

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
ESCUELA DE POSTGRADO
UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA



**“VISIÓN DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO DEL PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
TACNA 2018”**

Tesis presentada por la Maestra:

MUTTER CUELLAR, KARIMEN JETZABEL

Para optar el Grado Académico de Doctora
en Ciencias: Enfermería

Asesora: Dra. Elena Cachicatari Vargas

AREQUIPA - PERÚ

2019

Dedicatoria

A los profesionales de enfermería del Primer Nivel de Atención que me han brindado su apoyo, y han aportado con su sabia experiencia en este trabajo, para el crecimiento de la disciplina de Enfermería.

A toda mi familia ausente y presente Agueda, Natacha y Wil que siempre creen en la capacidad de poder obtener un logro.

A mis amigas Lourdes y Pamela que aunque no han estado cerca por situaciones laborales, sus palabras de apoyo resonaban en mí.

Karimen

Agradecimientos

Señor gracias por la ayuda que tantas veces te solicite para que me ilumines y me des la capacidad de entendimiento y fuerzas para seguir y por poner en mi camino gente tan maravillosa y valiosa.

*A mis Asesores **Dra. Elena Cachicari Vargas** y a la **Dra. Elva Maldonado de Zegarra** por sus palabras de apoyo, su orientación y conocimientos que me dieron la seguridad en este planteamiento.*

*A la **Dra. Esther Ramírez García** por sus sabios consejos y animarme a continuar.*

*A la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional San Agustín de Arequipa en especial a la **Sra. Sabina Flores Apaza**, mil gracias por su apoyo y no dejarme abandonar este proyecto.*

Karimen

ÍNDICE

RESUMEN	Pág.
ABSTRACT	
SOMMARIO	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
B. OBJETIVOS	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
A. ANTECEDENTES	15
B. BASE TEÓRICA	18
C. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE CATEGORÍAS	31
D. ALCANCES Y LIMITACIONES	33
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	34
B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	37
C. POBLACIÓN Y MUESTRA	39
D. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	40
E. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	40
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	
A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	42
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
A. CONCLUSIONES	64
B. RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

RESUMEN

El presente estudio titulado Visión de la Gestión del Cuidado del profesional de enfermería en el primer nivel de atención Tacna 2018 tuvo como propósito describir, analizar, comprender y elaborar aproximaciones conceptuales sobre la visión de la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería que trabajan en las Microredes del primer nivel de atención; para tal efecto se realizó un estudio cualitativo de Teoría Fundamentada cuya muestra estuvo conformada por 07 profesionales de enfermería con cargo o experiencia en Jefatura los cuales reunían los criterios de selección. Las bases Teóricas se sustentan en las concepciones filosóficas y teóricas del cuidado de Boff, y Swanson. El tratamiento de datos se realizó por análisis de contenido. Para la recolección de la información se utilizó como técnica la entrevista a profundidad, como instrumentos una guía de entrevista semiestructurada, las cuales fueron grabadas y transcritas. En el análisis de la información se utilizó el método de teoría fundamentada mediante el proceso de codificación abierta, axial y selectiva en el que emergieron cinco categorías. La Teoría emergente que representa la visión de la gestión del cuidado considera al Profesional de Enfermería en el Primer Nivel de Atención Líder con conocimientos, empoderado y actualizado en la práctica del cuidado dirigida a la persona, familia y comunidad con actitud empática y asertiva.

Palabras clave: Gestión, Cuidado, Primer nivel de atención.

ABSTRACT

The present study entitled Vision of Care Management of the nursing professional in the first level of care Tacna 2018 had the purpose of describing, analyzing, understanding and elaborating conceptual approaches on the vision of care management of nursing professionals working in Micro networks of the first level of attention; For this purpose, a qualitative study of Fundamental Theory was carried out, whose sample consisted of 07 nursing professionals with charge or experience in Headquarters who met the selection criteria. The theoretical bases are based on the philosophical and theoretical conceptions of the care of Boff, and Swanson. The data processing was done by content analysis. For the collection of information, the in-depth interview was used as a tool, as a semi-structured interview guide, which were recorded and transcribed. In the analysis of the information the method of theory based on the process of open, axial and selective coding was used in which five categories emerged. The emerging theory that represents the vision of care management considers the Nursing Professional in the First Level of Leader Care with knowledge, empowered and updated in the practice of care directed to the person, family and community with empathetic and assertive attitude.

Keywords: Management, Care, First level of attention.

SOMMARIO

Il presente studio intitolato Vision of Care Management del professionista infermieristico nel primo livello di cura Tacna 2018 aveva lo scopo di descrivere, analizzare, comprendere ed elaborare approcci concettuali sulla visione della gestione dell'assistenza degli infermieri che lavorano in Micro reti del primo livello di attenzione; A tal fine, è stato condotto uno studio qualitativo sulla Teoria Fondamentale, il cui campione consisteva in 07 professionisti infermieri con incarichi o esperienza in Quartier Generale che soddisfacevano i criteri di selezione. Le basi teoriche sono basate sulle concezioni filosofiche e teoriche della cura di Boff e Swanson. L'elaborazione dei dati è stata effettuata mediante analisi del contenuto. Per la raccolta di informazioni, l'intervista approfondita è stata utilizzata come strumento, come guida intervista semi-strutturata, che è stata registrata e trascritta. Nell'analisi delle informazioni è stato utilizzato il metodo della teoria basato sul processo di codifica aperta, assiale e selettiva in cui sono emerse cinque categorie. La teoria emergente che rappresenta la visione del management dell'assistenza considera il professionista infermieristico al primo livello di Leader Care con conoscenza, potenziato e aggiornato nella pratica di cura rivolta alla persona, alla famiglia e alla comunità con atteggiamento empatico e assertivo.

Parole chiave: gestione, cura, primo livello di attenzione.

INTRODUCCIÓN

El cuidado es la esencia de la enfermería y para brindar cuidados el profesional de enfermería requiere tener conocimientos, actitudes, y destrezas propias a la vez que utiliza herramientas de la gerencia para prever, organizar, dirigir y controlar el cuidado con calidad.

La finalidad de la actividad de la gestión de los cuidados está centrada en la interacción entre la persona y el entorno, dirigida a mantener y promover los contextos favorables para el cuidado de la persona lo que compromete a la Enfermera a involucrarse activamente en la organización de la profesión y al mismo tiempo al desarrollo de las instituciones para las cuales presta sus servicios, fundamentando estas acciones en el eje disciplinar, es decir, el cuidado del individuo, la familia y la comunidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana

de la Salud (OPS) 2015 indica que el personal de Enfermería conforma más del 60% de la fuerza de trabajo en salud y cubre el 80% de las necesidades de atención. En la actualidad la enfermera(o) tiene mayor presencia en los niveles de atención I y II, contando estos establecimientos con enfermera de planta o contratada.¹

Para comprender el funcionamiento de una determinada organización o grupo social como en el caso del profesional de enfermería del equipo de atención primaria, debemos centrarnos en los comportamientos que las caracterizan.² Por esta razón es importante conocer las concepciones que la disciplina de enfermería tiene en relación a la gestión de los cuidados y hacer visibles tales características que configuran la organización del trabajo en un primer nivel de atención y así enriquecer los fundamentos de la profesión en la actualidad.

La información se obtuvo de profesionales de enfermería con cargo de Jefe de enfermería y profesionales asistenciales con experiencia en el cargo en las Microredes de la Región de Tacna. Siendo un tipo de investigación cualitativa con metodología de Teoría Fundamentada, lo que permitirá obtener una teoría sustantiva y elaborar aproximaciones conceptuales de la visión de la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería.

Para la recolección de datos la técnica fue la entrevista a profundidad y como instrumento una guía de entrevista semiestructurada, las cuales fueron grabadas y transcritas.

Para el análisis de la información se utilizó el método de teoría fundamentada. En el proceso de codificación se obtuvieron cinco categorías que explican los conceptos disciplinares, el juicio profesional de la gestión del cuidado, las competencias del profesional de enfermería, la relación con la comunidad y la visión de la gestión del cuidado, de las cuales emergieron trece subcategorías: persona como ser integral, cuidado como compromiso, salud como bienestar biopsicosocial, entorno como todo lo que rodea a la persona, gestión del cuidado enfocada en un proceso administrativo, gestión del cuidado enfocada en la salud, conocimientos, comunicación asertiva, empatía, coordinación, trabajo comunitario interinstitucional, liderazgo en actualización y liderazgo en el cuidado. De todas ellas emergió la teoría

que representa la visión de la gestión del cuidado que considera al Profesional de Enfermería en el Primer Nivel de Atención Líder con conocimientos, empoderado y actualizado en la práctica del cuidado dirigida a la persona, familia y comunidad con actitud empática y asertiva.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Una de las principales prioridades de la reforma del sistema de salud Peruano es el fortalecimiento del primer nivel de atención con énfasis en la atención primaria de salud.

Actualmente en el Perú para garantizar el derecho a la salud de la población, el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales ofertan a través de redes de servicios de salud 7469 establecimientos de salud, de ellos, 1306 Centros de Salud y 6017 Puestos de Salud. Estos representan la oferta del Primer Nivel de Atención constituyendo el 98,05% de todos los establecimientos de salud.³

Los servicios de salud que se ofrecen en Tacna departamento que se encuentra

ubicado en el extremo Sur del Perú conformada por 4 provincias: Tacna, Tarata, Jorge Basadre y Candarave y 27 distritos cuenta con un total de 350.105 habitantes. Los cuales reciben servicios de salud a través de dos sectores: público y privado.

La Dirección Regional de Salud Tacna es un órgano descentralizado del Ministerio de Salud y tiene la mayor cobertura de servicios de salud a nivel regional. Instituido en una sola red de servicios de salud, la Red de Salud Tacna la cual está constituida por un Hospital Regional y por nueve Microredes de salud divididas en Urbanas – periurbanas integradas por las Microredes Metropolitana, Cono Sur y Cono Norte y las Rurales conformada por las Microredes Litoral, Jorge Basadre, Frontera, Tarata, Candarave y Alto Andina. Las cuales en el marco de modernización tienen una política de atención al usuario, basado en criterios de riesgo, teniendo una población sujeta a programación de 209.734 personas lo que correspondería a un 60% de la población total de Tacna.⁴

Para que el sistema de salud sea viable, los recursos humanos son indispensables, siendo parte del equipo de salud la enfermera quien como profesional de la Ciencia de la Salud, participa en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelve, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población, desarrollándose básicamente en las áreas: Asistencial, Administrativa, Docente y de Investigación.⁵

Según la OMS/OPS indica que el personal de Enfermería conforma más del 60% de la fuerza de trabajo en salud y cubre el 80% de las necesidades de atención.¹

En la actualidad el profesional de enfermería tiene mayor presencia en los niveles de atención I y II, contando estos establecimientos con enfermera de planta o contratada, las cuales son dirigidas por una enfermera jefe que es

asignada por el gerente de los establecimiento de salud, desarrollando la función administrativa y asistencial, no recibiendo aumento en su remuneración por el cargo ni reconocimiento de la función mediante documento.

Para poder comprender el funcionamiento de una determinada organización o grupo social como en el caso del profesional de enfermería del equipo de atención primaria, debemos centrarnos en los comportamientos que las caracterizan.²

Este conjunto de premisas y circunstancias favorecen y condicionan que la mirada investigadora se realice desde la perspectiva de la gestión del cuidado enfermero. El cual en las últimas décadas, ha sufrido un importante cambio, llegando a adquirir un elevado grado de complejidad en su conducta profesional. En la actualidad viene definido por la estandarización y sistematización de las actividades (planes de cuidados estandarizados, guías de práctica clínica, etc.), la evaluación del impacto de los cuidados, la implantación prácticas basadas en la evidencia y el desarrollo de sistemas de información para la gestión de cuidados.⁶

En consecuencia la presente investigación trata de analizar lo expresado en la siguiente pregunta:

PREGUNTA NORTEADORA

¿Cómo es la visión que tiene el profesional de Enfermería de la gestión del cuidado en el primer nivel de atención en la Provincia de Tacna 2018?

B. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Analizar la visión de la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería que trabajan en el primer nivel de atención de las Microredes de Salud de Tacna 2018.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.1. Describir la visión de la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería que trabajan en el primer nivel de atención de las Microredes de Salud de Tacna 2018.
- 2.2. Identificar la visión de la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería que trabajan en el primer nivel de atención de las Microredes de Salud de Tacna 2018.
- 2.3. Comprender la visión de la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería que trabajan en el primer nivel de atención de las Microredes de Salud de Tacna 2018.
- 2.4. Elaborar aproximaciones conceptuales de la visión de la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería que trabajan en el primer nivel de atención de las Microredes de Salud de Tacna 2018.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES

A continuación se muestra investigaciones realizadas a nivel internacional y nacional que contribuyeron con la investigación:

A nivel internacional

AGUAYO Y COL. (2015) CHILE. Es una investigación cualitativa de teoría fundamentada, la que concluye que las enfermeras reconocen el concepto de gestión del cuidado pero no lo asumen como propio de la enfermería comunitaria, pero si como una actividad realizada por enfermeras/os que se desempeñan en atención cerrada, otorgándole a la función asistencial un significado relacionado con su quehacer diario centrado en el paciente y

comunidad, en la que la gestión del cuidado surge como la aplicación del juicio profesional a las actividades derivadas de la gestión y administración de los programas ministeriales con un enfoque familiar y comunitario.⁷

GARCÍA S. (2013) COLOMBIA, Es un estudio descriptivo exploratorio transversal. Con el objetivo de determinar la Gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería realizada por la directora del departamento o coordinación de Enfermería. El cual concluye que se requiere promover reflexiones en torno al quehacer del profesional de enfermería, entronizar la cultura de la auto-evaluación del cuidado, abrir el debate en los escenarios de formación y motivar la investigación sobre el tema.⁸

CABARCAS R. (2012) COLOMBIA El presente estudio es de tipo descriptivo e interpretativo con abordaje cualitativo cuyo objetivo fue comprender el significado de la experiencia de la gestión de cuidado que brinda un grupo de profesionales de enfermería en una clínica de tercer nivel de la ciudad de Cartagena. Concluye que tanto para las enfermeras coordinadoras como para las enfermeras asistenciales gestionar el cuidado se constituye en acciones para estandarizar el cuidado. Estas acciones son orientadas por los protocolos y procesos, los cuales son establecidos por el nivel táctico-estratégico de las enfermeras coordinadoras.⁹

FARRES V. Y COL. (2010) CUBA, en su artículo indica que el objetivo de estudio fue valorar la influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de salud. Es una investigación documental Se concluye que la gestión del cuidado contribuye a la calidad de la atención de salud, siempre que su objetivo esencial sea satisfacer las necesidades de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas, es corresponder conscientemente al compromiso particular que hemos asumido formalmente ante la sociedad de cuidar a los seres más vulnerables, comprometiendo todo nuestro ser.¹⁰

HIDALGO Y COL. (2010) CHILE, Es una investigación cualitativa con enfoque fenomenológico con el objetivo de describir la experiencia que tienen las enfermeras de los hospitales de baja complejidad de la Región de los Ríos en

relación a la Gestión del Cuidado. Cuyos resultados indican que las entrevistadas creen fehacientemente que a pesar de no conocer teóricamente el concepto gestión del cuidado, lo realiza a diario porque es parte de su ser, ya que esas dos palabras forman la base de la profesión, aunque, queda claro que aún hay un déficit en el manejo del concepto global, principalmente en la visión de procesos clínicos.¹¹

A nivel Nacional

COAQUIRA M. (2017) PERÚ. Es un estudio de diseño descriptivo y corte transversal su objetivo fue determinar la relación de las habilidades investigativas y la gestión en salud en las enfermeras Red de Salud Arequipa Caylloma cuyos resultados demuestran que el 47,8%, de las enfermeras en estudio, tienen habilidades investigativas de regular nivel de las cuales, el 45,6% tienen regular nivel en gestión de salud, siendo la tendencia hacia el mínimo nivel con el 34,4%.¹²

URQUIAGA A. (2015) PERÚ, El objetivo de la investigación fue analizar comprensivamente las vivencias de los profesionales de enfermería en la gestión del cuidado a personas hospitalizadas en el Hospital San Ignacio de Casma". Es un estudio cualitativo de trayectoria fenomenológica, que concluye que las enfermeras consideran; como una de las principales funciones a la administración porque permite: la planificación de los cuidados, la organización del servicios, administración de los insumos, medicamentos, estancia hospitalaria, manejo personal, alta del paciente, referencias, coordinaciones con la familia contribuyen a mejorar la calidad de atención en el paciente.¹³

GUTIERREZ M. (2007) PERÚ, Es un estudio cualitativo, descriptivo, su objetivo fue analizar las concepciones de la gestión del cuidado que tienen las enfermeras administradoras de servicios de salud hospitalarios del Ministerio de Salud y EsSalud de la ciudad de Trujillo. Sus resultados indican que la gestión del cuidado se concibe como un proceso complejo multidimensional que implica la simultaneidad gestionar cuidar, con singularidades de autonomía dependencia, acciones uniduales de rutina creatividad, que precisa de la

articulación disciplinaria interdisciplinaria así como de espacios singulares para el acto de gestión, y en el que se suceden aspectos resonantes y disonantes de gestionar cuidar.¹⁴

B. BASE TEÓRICA

El abordaje teórico de la investigación se basa en fundamentos filosóficos y teóricos del cuidado humano, del cuidado de Enfermería, de la gestión del cuidado, que permita al profesional de enfermería desde su visión reflexionar sobre su quehacer profesional.

Para Heidegger el cuidado es algo más que un acto es una actitud, siendo esta actos que expresan disposición encontrándose en la raíz primera del ser humano, y todo lo que este haga ira impregnado de cuidado, con ello se reconoce que el cuidado es un modo de ser esencial, modo en que el ser se estructura y da a conocer, este revela de forma concreta como es el ser humano, como es la esencia humana. El término cuidado representa entonces un fenómeno ontológico como la esencia y la identidad profunda y naturaleza del ser.¹⁵

Para Boff el cuidado del otro es velar para que la acción de dialogo entre el yo-tu, sea liberadora, sinérgica (entendida como interacción entre unidades estructurales dotadas de energía que aumenta el rendimiento energético con respecto del que se obtendría tomando esas mismas unidades por separado) y constructora de una alianza perenne de paz y amor. Identifica que el cuidado tiene siete resonancias como actitud del cuidador siendo estas: el amor, la justa medida, la ternura vital, la caricia esencial, la amabilidad fundamental, la convivencia necesaria, la compasión radical. De las cuales consideraremos para la presente investigación la Amabilidad fundamental, la convivencia necesaria y la compasión radical.

Considerándose como amabilidad fundamental el corazón como una dimensión del espíritu de delicadeza como capacidad de captar la dimensión del valor

presente en las personas y en las cosas, siendo decisivo los significados que los hechos producen, enriqueciéndonos y transformándonos, surgiendo la dimensión del valor de aquello que cuenta, pesa e interesa convirtiéndose en portador de significado.¹⁵

La amabilidad fundamental designa aquel modo de ser que se encuentra en cada cosa, en cada persona. Esta característica nos permite distinguir significados y descubrir valores, es la capacidad de sentir del otro. Para Boff la persona amable ausculta, pega el oído a la realidad, presta atención y pone cuidado en todas las cosas. La amabilidad se une a la Convivencia necesaria para Boff que la entiende como la capacidad de hacer que convivan las dimensiones de producción y de cuidado, de efectividad y compasión, modelar con solicitud todo lo que producimos utilizando la creatividad la libertad y la fantasía, la aptitud para mantener el equilibrio multidimensional entre la sociedad y la naturaleza reforzando el sentido de pertenencia mutua.

La compasión radical es la capacidad de com-partir la pasión del otro con el otro, para poder construir una vida sinérgica con el otro Para Boff es urgente una economía de cualidades humanas, después de haber construido una economía de bienes porque el mayor capital e infinito es el ser humano.

Asumiendo lo planteado por Boff, el cuidado puede, a través de su análisis, adaptarse a la práctica de la enfermera, brindando las herramientas para reflexionar sobre el cuidado que se brinda, dándonos el fundamento para comprender la relación que existe entre el entorno y el ser humano.

En este Marco la Teoría de los Cuidados de Swanson ofrece una clara explicación de lo que significa para las enfermeras el modo de cuidar en la práctica, siendo el objetivo de la enfermería promover el bienestar de otros. Define los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que siente un compromiso y una responsabilidad personal. ¹⁶

Postula que independientemente de los años de experiencia de una enfermera, los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales creados por la

propia actitud filosófica de la enfermera (mantener las creencias), la comprensión (conocimiento), los mensajes verbales transmitidos al cliente (estar con), las acciones terapéuticas (hacer por y posibilitar) y las consecuencias de los cuidados (desenlace deseado por el cliente).¹⁶

Por lo tanto según Swanson los cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica en los seres humanos, apoyada por el conocimiento de la realidad del cliente, expresada por hacer por y posibilitar al cliente, siendo un componente fundamental y universal de la buena enfermería atender el bienestar biopsicosocial y espiritual del cliente.¹⁶

ESTRUCTURA DEL CONOCIMIENTO

DIMENSIÓN FILOSÓFICA EPISTEMOLÓGICA

Para realizar un análisis de la visión de enfermería tenemos que fundamentarnos en la estructura de su conocimiento que como profesión utiliza en su práctica, lo cual la sitúa en un nivel intelectual de formación.⁵ Esta estructura permite la comprensión de las dimensiones que como disciplina posee. La dimensión Filosófica Epistemológica en la que el desarrollo del conocimiento de enfermería es guiado por afirmaciones filosóficas acerca de la naturaleza de los seres humanos y la relación humano-entorno y atención, siendo la filosofía dominante en enfermería el humanismo, con énfasis en los valores humanísticos de la atención y la promoción del bienestar y los derechos de los individuos.

Metaparadigmas

Dentro de esta dimensión encontramos los Metaparadigmas. Definidos como un conjunto de conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina de enfermería. En 1989 Jacqueline Fawcett expresa los conceptos que deben abarcar la disciplina, estos son: persona, salud, entorno y cuidado. Entendiendo como metaparadigma el componente más abstracto de la jerarquía estructural del conocimiento contemporáneo de enfermería.

Fawcett a través de lo que denomina estructura del conocimiento sitúa al

metaparadigma junto con los modelos conceptuales y a la teoría en una estructura descendente que relaciona el mundo abstracto con el mundo concreto. ¹⁷ El metaparadigma representa la perspectiva global de cualquier disciplina, de él se derivan los diversos modelos basados en los mismos conceptos.

Los fenómenos de interés particular para la disciplina de enfermería se representan con cuatro conceptos o núcleos básicos: persona, salud, entorno y cuidado.

Para el presente estudio utilizaremos los principales supuestos de la teoría de los Cuidados de Swanson en los que los principales fenómenos de interés de la disciplina enfermera son: enfermería, persona-cliente, salud, entorno. ¹⁸

Swanson define a la Enfermería como la disciplina conocedora de los cuidados para el bienestar de otros. Afirma que la disciplina de enfermería está fundada por el conocimiento empírico de la enfermería y de otras disciplinas relacionadas, así como por el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia clínica y los valores y expectativas personales y sociales. ¹⁸

Define a las personas como seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando se manifiesta un pensamiento, sentimiento, conducta. Postula que las experiencias vitales de cada individuo están influidas por una compleja interacción de una herencia genética, el legado espiritual y la capacidad de ejercer el libre albedrío. Así pues las personas modelan y son modeladas por el entorno en el que viven. ¹⁸

La Salud es considerada por Swanson como el restablecimiento del bienestar como un complejo proceso de cuidados y curación que incluye desprenderse del dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y salir con un sentimiento de renovada plenitud. Sostiene además que el entorno es cualquier contexto que influye o es influido por el cliente. ¹⁸

DIMENSIÓN METODOLÓGICA

Otra dimensión de la disciplina es la Metodológica representada por el proceso de enfermería, el cual constituye una serie de pasos orientados y sistematizados para dar cuidados; está compuesto por cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

VISIÓN

En relación a cómo deben comportarse los miembros de una disciplina en lo referente a la naturaleza del ser humano y la meta de la disciplina existe una orientación hacia tres visiones o paradigmas de la realidad según Newman. Estos son: Visión particular o determinante o de reacción, Visión integrativa-interactiva y Visión unitaria transformadora.²⁰

A continuación describiremos cada una de ellas.

En la Visión particular o determinante o de reacción el cuidado puede ser abordado de la forma tradicional de la ciencia. Implica que el cuidado puede ser aislado del contexto y reducido en entidades con propiedades o caracteres definidos que pueden ser observados, contados o medidos. De este modo el cuidado puede ser estudiado por la frecuencia de un comportamiento o de una intervención terapéutica, en términos de respuestas medibles, por lo tanto controlables y previsibles.²⁰

La Visión integrativa interactiva es una integración de la particular-determinante, que toma en cuenta el contexto y la experiencia para legitimar los datos subjetivos. Se ve al cuidado con múltiples partes interrelacionadas en un contexto específico, así las partes (comportamientos y acciones) y el contexto se tienen en cuenta como factores condicionantes para que el cuidar acontezca. Es considerado como un producto multidimensional, contextual y previsible.²⁰

Y en la Visión unitaria transformadora el cuidar es estudiado como un proceso único y al mismo tiempo variable y abierto, que ocurre en un campo auto organizado (Microcultura), dentro de un gran campo auto organizado (cultura)

orientado por normas y en la cual existe una continua interacción de las partes. Desde esta perspectiva la descripción del proceso es reflejo de aquello que el cuidar representa para todos y cada uno de los sujetos, participantes de la experiencia. Aquí se identifican los pensamientos, valores, sentimientos, decisiones y propósitos que participan en el proceso de cuidar.²⁰

Estas visiones nos orientan a diferentes conceptualizaciones y abordajes de los conceptos del Metaparadigma para la producción del conocimiento es decir de los fenómenos de enfermería. Desarrollándose de la misma forma para los paradigmas que reflejan los cambios de enfoque físico, social y humanístico.¹⁷

Paradigma Contemporáneo

Debemos además considerar el Paradigma Contemporáneo considerando que el avance tecnológico está relacionado estrechamente con la evolución de la ciencia, la cual le proporciona insumos que son incorporados en la producción de nuevas tecnologías aplicables en áreas como la salud, educación, gerencia entre otras. Es por esto que la enfermería como disciplina de la salud ha sido influenciada por las tecnologías en sus diferentes áreas, sin embargo el cuerpo humano sigue siendo el primer instrumento de la prestación de los cuidados.¹⁹

En relación a los cuidados según el Paradigma Contemporáneo para su abordaje se incluyen: Tecnologías leves en la que se incluye la interacción, el tacto y la escucha, tecnologías leves duras que considera las interacciones interdisciplinarias y multidisciplinarias, tecnologías duras en las que se encuentran los equipos tecnológicos y las tecnologías de información y comunicación que transforman los sistemas de registros en el área de la salud haciendo que estos sean más eficientes.¹⁹

En esta sociedad del conocimiento y del cambio, la tecnología responde a lo que la sociedad espera de la ciencia para resolver los problemas , en tal sentido la calidad de vida también depende de la tecnología, por consiguiente los profesionales de enfermería deben estar preparados frente a estos cambios.¹⁹

GESTIÓN DEL CUIDADO

El concepto gestión de cuidados se refiere al conjunto de actividades y tareas propias de la profesión que obedecen a un proceso de planificación, ejecución, y evaluación, sustentado en la disciplina propia y en un marco teórico instrumental de carácter interdisciplinario, requiere una orientación específica desde un concepto profesional del cuidar delimitado por el marco conceptual de la profesión. La gestión se integra en la organización en general de las políticas de salud y en la organización de los servicios en cada contexto y situación.²⁵

Meleis y Jening sostienen que la gestión de los cuidados se ejerce no solo en función de las teorías administrativas o prestadas de otras disciplinas, si no igualmente en relación a concepciones propias de la disciplina enfermera como es el cuidado de la persona, centro del servicio enfermero, que lo exige.²⁷

Según Morfi Samper, la Gestión del cuidado de Enfermería se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros e integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución dentro de un marco ético profesional.²⁷

En tanto, Kérouac la define como un proceso creativo, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que en interacción con su entorno, vive experiencias de salud.²⁷

El Colegio de Enfermeros del Perú (CEP) en su Documento Normativo Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero indica en sus conceptualizaciones operativas que la Gestión del cuidado constituye un ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales que desarrolla la enfermera (o) para organizar, coordinar y articular los cuidados terapéuticos en los diferentes niveles de atención asegurando con ello la continuidad y eficacia de los mismos.²⁸

Es importante además identificar que el campo de la gestión de los cuidados

está determinado por la estructura de los cuidados, la cual parte del conocimiento del profesional de enfermería y de los valores implícitos en el cuidado de la salud. El proceso de los cuidados, el cual está definido por la manera particular de hacer enfermería (método enfermero) y por el contexto donde se otorgan los cuidados (entorno estructural). Y los resultados, los cuales corresponden a la medida de la salud alcanzada en relación con la capacidad de autonomía de las personas y su entorno para satisfacer sus necesidades de cuidado. Estos tres elementos, conocimiento, método y contexto de los cuidados, definen el ser, el hacer, y el estar del cuidado de enfermería, siendo los determinantes del motor de esta profesión: la gestión del cuidado.²⁷

De este modo, la gestión de los cuidados implica conjugar en la práctica diaria los recursos que ofrecen las teorías de la administración, con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería, en las que el cuidado de la persona, corresponde al centro de esta profesión. Esto queda muy bien definido por Erdmann, quién manifiesta que “el cuidar y el cuidado se constituyen en el hacer de la enfermería como un modo, una forma, una manera, un estilo, un patrón, una dimensión, un sistema, una estructura, un proceso, u otros, con actitudes y estrategias formales e informales, visibles, sentidas, percibidas o no, que configura la práctica del ser-haciendo a través de la salud de los seres humanos en su proceso de vivir.”²⁶

CAPACIDAD OPERATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

NIVEL DE ATENCIÓN

En la actualidad, la aplicación del concepto de niveles tiene una connotación funcional que toma en cuenta la perspectiva de la comunidad y de sus necesidades y recursos. Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población.³²

Clásicamente se distinguen tres niveles de atención.

El primer nivel: Está dado, en consecuencia, como la organización de los

recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud.³²

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría.

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología.³²

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) EN EL PERÚ

Se define como aquella provisión continua y con calidad de una atención orientada a cubrir las necesidades de salud (desarrollo, mantenimiento, derivadas del daño y la discapacidad), con énfasis en la promoción de la salud y prevención de riesgos de los individuos en el contexto de su familia y comunidad y en un marco de corresponsabilidad con el involucrado y los actores sociales claves.

En el nuevo enfoque del Modelo de Atención integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC) la puerta de entrada son los Establecimientos de Salud (ES) del primer nivel de atención, los cuales realizan acciones extramurales mediante los Equipos Básicos de Salud que tienen a cargo la realización de las visitas a los hogares y desarrollar intervenciones en salud que comprenden un paquete de atención integral a la persona (por ciclo de vida), un paquete de atención integral a la familia (PAIFAM) y un paquete de atención integral a la comunidad. Las acciones intramurales de los ES incluyen la realización de una historia clínica integral por etapa de vida y atención de profesionales que reciben remisiones para atenciones en salud según las necesidades identificadas en las visitas domiciliarias. Así, los paquetes de

atención incluyen acciones tanto preventivo promocionales como recuperativas a cargo de los profesionales de salud de los establecimientos de salud.³⁰

En el componente de promoción de la salud las directrices nacionales están a cargo de la Dirección General de Promoción de la Salud, la cual tiene una trayectoria desde el año 2001 y en los últimos años se centra en el desarrollo de políticas, entornos saludables y educación para la salud en diversas áreas temáticas que incluyen: mejoramiento de la calidad de vida mediante la actividad física; alimentación saludable; ambientes libres de humo de tabaco; valores y buen trato dirigido a personal de salud; cultura de tránsito-seguridad vial; salud mental con acciones en contra de la violencia hacia la mujer; habilidades para la vida; y se destaca un especial énfasis en el entorno familiar saludable y el cuidado infantil. En esta última área se dispone de “Pautas de crianza en el menor de 1 año”, y diversas estrategias que buscan promover y proteger la lactancia materna e incluyen: la promulgación de ordenanzas municipales y regionales; la declaración de “Municipios Amigos de la Lactancia Materna” y Rutas de Trabajo para vigilar el cumplimiento del reglamento de Alimentación y Nutrición Infantil. En el entorno familiar se incluyen las iniciativas comunitarias para el desarrollo de instalaciones mejoradas de saneamiento y consumo de agua segura con tecnologías asequibles como los pozos y bombas de agua fabricados localmente y artesanalmente; además de la promoción de prácticas de higiene como el lavado de manos con jabón y sistemas caseros de tratamiento para agua potable. Se mencionan como logros en Promoción de la Salud la articulación con los Gobiernos Regionales y el Ministerio de Economía y Finanzas a través de los centros de vigilancia comunal para el cuidado de la madre y el niño, generación de espacios públicos para la recreación y actividad física, los programas de generación de prácticas y entornos saludables en el marco del Plan de Salud Escolar, los programas de puntos negros para disminuir los accidentes de tránsito y de manera relevante el Programa de Familias y Viviendas saludables” sobre el cual hay un documento técnico desde el 2006.³⁰

Las acciones preventivas tienen como directrices programas estratégicos con normas técnicas generalmente agrupadas por ciclo de vida y “problemas

sanitarios priorizados”, como son: Salud del Adolescente, Salud del Adulto Mayor, Salud Ocular, Enfermedades Metaxémicas (transmitidas por vectores), Control de Tuberculosis, Mortalidad Materna y Neonatal, Desnutrición Crónica, etc.³⁰

La organización se define como puerta de entrada a Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria (EB-SFC), que se adscriben a Establecimientos de Salud (ES) de primer nivel de atención (categoría I-2 en adelante); además, los ES I-4 deberían contar con Médicos especialistas en Medicina Familiar.

Los Equipos Básicos mínimo deben estar conformados por profesionales en medicina humana, una licenciada en enfermería, una licenciada en obstetricia. Un técnico en enfermería, y se acoplan más profesionales de acuerdo a la realidad sanitaria local.³⁰

COORDINACIÓN DE LOS CUIDADOS E INTEGRACIÓN DE LA APS EN LA RED DE SERVICIOS

La puerta de entrada en APS es el primer nivel de atención y los equipos básicos están ubicados en establecimientos I-2 en adelante, donde los profesionales en medicina remiten a establecimientos de salud (ES) de otros niveles según las condiciones particulares de los usuarios, empleando formatos estandarizados.

En Perú los establecimientos públicos se agrupan en redes integradas de servicios con subdivisiones acorde a las diversas regiones; las denominadas microrredes; estas últimas corresponden a los centros de salud, los cuales a su vez agrupan los puestos de salud locales.

Para la identificación de barreras y el seguimiento de la calidad de la atención en Perú se cuenta con la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA) de la cual se destaca que realiza anualmente una encuesta nacional de percepciones de los usuarios de los servicios de salud.³⁰

PARTICIPACIÓN SOCIAL Y ACTIVIDADES INTERSECTORIALES

Se considera como una estrategia fundamental la participación social en APS y se implementa involucrando en las acciones de salud pública a los denominados Agentes Comunitarios de Salud o Promotores de Salud, quienes actúan de manera voluntaria y se les asigna el rol de enlazar la comunidad con el Establecimiento de Salud para abordar los problemas de salud identificados en conjunto con los equipos básicos de salud. En este mismo sentido, la Dirección General de Promoción de la Salud está desarrollando una intervención de los determinantes sociales de la salud a través de la metodología del modelamiento causal, en la cual se estudian la diversidad de causas con todos los actores sociales involucrados, definiendo roles, acuerdos y compromisos para un trabajo articulado y coordinado.³⁰

ACTIVIDADES INTERSECTORIALES

Respecto a la intersectorialidad, actualmente las acciones se realizan alrededor de las estrategias mencionadas de promoción de salud para enfrentar “problemas sanitarios priorizados” como son la definición e implementación de políticas y entornos saludables y la educación para la salud en temáticas como por ejemplo lactancia materna, nutrición, etc.; así, se tienen planes de acción y rutas de trabajo conjuntos con sectores e instituciones diversos, como son: Ministerio de Educación, Ministerio de Transportes y Comunicaciones, Ministerio de Vivienda, Municipios Provinciales y Distritales, y algunas Organizaciones no Gubernamentales ONGs y organizaciones de la comunidad llamadas organizaciones sociales de base. Para fortalecer esos vínculos, en diciembre del 2013 se promulga una reglamentación (Decreto legislativo 1166) que define Redes Integradas de salud de APS (RIAPS) en las que participarían instancias gubernamentales como la Secretaría de Salud y Educación, el Ministerio de Vivienda y el sector comunitario, las cuales conformarían un comité intersectorial para participar en la definición del plan territorial de salud.³⁰

ENFERMERÍA COMUNITARIA

La enfermera que actualmente conocemos también se vio inmersa en las importantes transformaciones que el sistema de salud ha sufrido en los últimos años. La asociación de enfermeras americanas ANA define la enfermería comunitaria como aquella que combina la práctica enfermera y la práctica en salud pública aplicando su síntesis para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la población. Su práctica es general y se orienta a todos los grupos de edad, es continua, no episódica y su práctica abarca a la población como un todo. Su atención se dirige a los individuos, familias y grupos, contribuyendo a la salud de toda la población.³³

La enfermera comunitaria utiliza una aproximación holística a la salud de los individuos familias y grupos de la comunidad. Este acercamiento holístico incluye la promoción, el mantenimiento de la salud, la promoción, el mantenimiento de la salud, la educación la gestión de casos y la coordinación y continuidad de la atención.

Una de las características y a la vez de dificultad para el trabajo enfermero en la comunidad es el hecho que para su desarrollo los profesionales deben tener conocimientos de la totalidad de la disciplina de enfermería para prestar atención a las personas de forma holística y a la vez apoyarse de los conocimientos desarrollados por otras disciplinas , uno de los retos es que se enfrenta a un amplio campo de acción , no limitado a una sola especialidad , sino que debe de abarcar todos los aspectos referidos a la salud de un individuo, o grupo y a todas las etapas de su ciclo vital, así como también atender a los factores que condicionan su salud: medio ambiente, entorno social, escuela etc.³³

La enfermera que trabaja en la comunidad centra sus cuidados en el individuo sano o enfermo, en la familia considerada como un todo y en los diferentes grupos comunitarios. Así presta cuidados directos cuando son necesarios de forma continuada y no fragmentada, imparte educación sanitaria, asesora sobre aspectos relacionados a la salud, ofrece apoyo en situaciones de crisis, coordina y gestiona el acceso a los diferentes recursos sociales y sanitarios.³³

Para realizar estos cuidados la enfermera debe partir de un enfoque biopsicosocial de la persona y de su situación , debe fomentar el autocuidado, adelantarse a las situaciones de crisis, ofreciendo relación de ayuda , teniendo siempre en cuenta los valores y creencias del individuo y la familia, potenciando el uso de los propios recursos familiares.³³

EL TRABAJO DE LAS ENFERMERAS EN LA COMUNIDAD

La enfermera comunitaria desarrolla su actividad profesional tanto en los establecimientos de salud como en otros ámbitos de la comunidad. En todos estos ámbitos de actuación las enfermeras realizan las siguientes actividades: Promoción de la salud, Prevención de la enfermedad, Asistencia, Rehabilitación, Docencia, Investigación, Gestión y Administración de las actividades de enfermería

C. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE CATEGORÍAS

CONCEPTOS DISCIPLINARIOS

El Metaparadigma es un componente abstracto de la jerarquía estructural del conocimiento de enfermería, está constituido por los conceptos que identifican los fenómenos de interés de la enfermería. Los conceptos que abarcan son: persona, salud, entorno y cuidado.¹⁹

VISIÓN INTEGRATIVA-INTERACTIVA

Integra el contexto específico en que se sitúa un fenómeno con orientación hacia la persona, según esta orientación el cuidado va dirigido a mantener la salud de la personas en todas sus dimensiones, salud física, mental y social, en el que la persona es un todo sumada por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, culturales, espirituales, están relacionados.¹⁹

JUICIO PROFESIONAL DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO

Constituye un ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales que desarrolla la enfermera (o) para organizar, coordinar y articular los cuidados terapéuticos en los diferentes niveles de atención asegurando con ello la continuidad y eficacia de los mismos.²⁸

COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO.

El concepto de competencia surge de la necesidad de valorar no sólo el conjunto de los conocimientos apropiados (saber) y las habilidades y destrezas (saber hacer) desarrolladas por una persona, sino de apreciar su capacidad de emplearlas para responder a situaciones, resolver problemas y desenvolverse en el mundo.³⁷

Las competencias que desarrolla el profesional de enfermería no son conocimientos o habilidades fragmentadas, sino un conjunto de saberes combinados, que el mismo profesional construye a partir de la experiencia de la secuencia de actividades. Todas estas competencias que el desarrolla son de importancia para la adaptación a los cambios, generando dentro de la gestión del cuidado una vía para mejorar la calidad de atención de la enfermería.³⁸

RELACIÓN CON LA COMUNIDAD

La estrategia de atención primaria de salud cobra un significado especial cuando se examina las relaciones entre la comunidad y la institución prestadora de estos servicios. El cambio fundamental que la comunidad y los individuos dejan de ser objeto de atención y se convierten en actores, que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud y asumen responsabilidades específicas ante ella. Los factores ideológicos, políticos, sociales y culturales influirán en este proceso y condicionarán la claridad con la que se vean las relaciones entre la salud y otros aspectos de la vida de la comunidad, es así que las actividades del sector salud se integran en un enfoque intersectorial, en la medida que la comunidad participe, de manera efectiva en todos los aspectos de su propio

desarrollo y los demás sectores social y económico.

LIDERAZGO

El liderazgo es la habilidad de influir en las personas de modo que trabajen con entusiasmo y con la perspectiva de alcanzar los objetivos que se cree son para el bien común, El líder es aquel que ejerce autoridad y liderazgo, es una persona honesta y confiable, buen modelo, cuidadoso, comprometido, buen oyente, mantienen la responsabilidad en las personas, las trata con respeto, las incentiva y presenta una actitud positiva y entusiasta y le agrada a la gente. ⁴²

D. ALCANCE Y LIMITACIONES

1. ALCANCES

Los resultados obtenidos en la presente investigación son aplicables a la población en estudio.

2. LIMITACIONES

- Enfermeras que no deseen participar de la investigación.
- Eventos imprevistos durante las entrevistas.

CAPÍTULO III

MARCO OPERACIONAL

A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

La presente investigación es un estudio cualitativo con metodología de Teoría Fundamentada

TEORÍA FUNDAMENTADA

La Teoría Fundamentada (TF) es inicialmente un acercamiento a la colección de datos y análisis de datos desarrollados por Barney Glaser y Anselm Strauss en los años sesenta. Tiene sus orígenes en la sociología, en particular en el interaccionismo simbólico como base teórica el cual se enfoca en los procesos de interacción entre las personas que exploran conductas humanas y roles sociales. El interaccionismo simbólico explica como la interacción se produce

entre seres humanos que interpretan o definen las acciones de los demás en lugar de reaccionar a las mismas.³⁶

El desarrollo de la metodología de Teoría Fundamentada se debe a la necesidad de salir al campo para descubrir lo que sucede en realidad; la importancia de la teoría, fundamentada en los datos, para el desarrollo de una disciplina y como base para la acción social; la complejidad y variabilidad de los fenómenos y de la acción humana; la creencia de que las personas son actores que adoptan un papel activo al responder a situaciones problemáticas; la idea de que las personas actúan con una intención; la creencia de que la intención se define y se redefine por la interacción; una sensibilidad a la naturaleza evolutiva y en desarrollo permanente de los acontecimientos (procesos) y la constancia de la relación entre las condiciones (la estructura), la acción (el proceso) y las consecuencias.⁴³

El objetivo principal de la teoría fundamentada es la generación de teoría de datos. Su base metodológica es la comparación constante, compara cada sección de datos con cada dato a lo largo del estudio para establecer similitudes, diferencias y conexiones. Todos los datos son codificados y categorizados y de este proceso se forman conceptos mayores y estructuras.

La Teoría Fundamentada Según Corbin y Strauss

Según Corbin y Strauss la Teoría Fundamentada se refiere a una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizada por medio de un proceso de investigación.⁴³

Existen procedimientos que proporcionan estandarización y rigor al proceso, estos son llamados procesos de codificación cuyo propósito es el siguiente: Construir teoría más que comprobarla, ofrecer a los investigadores herramientas útiles para manejar grandes cantidades de datos brutos, ayudar a los analistas a considerar significados alternativos de los fenómenos, ser sistemático y creativo al mismo tiempo e identificar, desarrollar y relacionar los conceptos, elementos constitutivos básicos de la teoría.

Proceso del Diseño

Codificación Abierta. Es el proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades (características de una categoría, cuya delineación la define y le da significado) y dimensiones (escala en la cual varían las propiedades generales de una categoría, y que le da especificaciones a la categoría y variaciones a la teoría). El analista se preocupa por generar categorías y sus propiedades, y luego busca determinar cómo varían en su rango dimensional.⁴³

Codificación Axial. Proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías, denominado "axial" porque la codificación ocurre alrededor del eje de una categoría, y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones. En este proceso las categorías se construyen de manera sistemática y se ligan a las subcategorías.⁴³

Codificación Selectiva. Proceso de integrar y refinar las categorías. Su objetivo es decidir una categoría principal que representa el tema central de la investigación (idea central) alrededor del cual todas las otras categorías están integradas, se desarrolla en la investigación y es una abstracción que emerge de los datos.³⁵

Al final se escribe una historia o narración que vincule las categorías y describa el proceso o fenómeno.

PROCEDIMIENTOS:

1. **Prueba piloto:** Se realizó en enfermeras seleccionadas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, pertenecientes a las Microredes de Salud de Tacna.
2. **Consentimiento Informado:** Se explicó a las enfermeras la información concerniente a la investigación con el fin de obtener su consentimiento para su participación. (Ver Anexo 2)
3. **Aplicación de Instrumentos:** Se aplicó como instrumento la guía temática,

a través de la entrevista a profundidad, a las Jefes de Enfermería y Enfermeras asistenciales con experiencia en jefatura de las Microredes de Tacna. (Ver Anexo 1)

4. Análisis de información

Codificación Abierta. Se revisaron los datos recolectados (entrevistas, observaciones, anotaciones). Se transcribieron los contenidos en un archivo Word, se otorgó una numeración a cada línea, luego se imprimió el material para analizarlo y comprender las expresiones de los participantes, identificando ideas principales sobre la visión de la gestión del cuidado, se determinaron las unidades de significado en las respuestas de cada uno de los participantes asignándole el código según líneas y número de profesional.

Codificación Axial. En este proceso se reagruparon los datos obtenidos en la codificación abierta, relacionando las categorías. Se identificaron las subcategorías para dar explicación al fenómeno según sus propiedades y dimensiones. Se realizó la comparación de las unidades de significado lo que permitió identificar coincidencias y divergencias, estableciendo las subcategorías y categorías como hipótesis construyendo un esquema analizando las condiciones, el contexto y las acciones que lo describen.

Codificación Selectiva. Se analizó el esquema revisando las unidades para establecer el esquema emergente y fundamentarlo estableciendo las relaciones entre categorías o temas. Así se obtuvo el sentido de entendimiento.

B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en la Red de Salud Tacna la cual está constituida por nueve Microredes de salud divididas en Urbanas – periurbanas integradas por las Microredes Metropolitana, Cono Sur y Cono Norte y las Rurales conformada por las Microredes Litoral, Jorge Basadre, Frontera, Tarata, Candarave y Alto Andina. Las cuales en el marco de modernización tienen una

política de atención al usuario, basado en criterios de riesgo, teniendo una población sujeta a programación de 209.734 personas lo que correspondería a un 60% de la población total de Tacna.

Las Microredes están compuestas por los siguientes establecimientos:

1. **Microred Metropolitana:** Cuenta con 05 Centros de Salud con Nivel I-3 y 02 Puestos de Salud con nivel I-2.
2. **Microred Cono Sur:** Cuenta con 01 Centro de salud con nivel I-4 y 04 Puestos de Salud con nivel I-2.
3. **Microred Cono Norte:** cuenta con 02 centros de salud nivel I-4, 01 Centro de Salud con Nivel I-3 y 04 Puestos de Salud con nivel I-2.
4. **Microred Litoral:** cuenta con 01 Centros de Salud nivel I-4 y 01 Centro de Salud Nivel I-3, 03 puestos de salud nivel I-1 y 05 Puestos de Salud nivel I-2.
5. **Microred Jorge Basadre:** cuenta con 02 centros de salud nivel I-3, 03 Puestos de salud Nivel I-1 y 04 puestos de salud Nivel I-2.
6. **Microred Frontera:** Cuenta con 01 Centro de salud I-3, 05 puestos de salud Nivel I-2 y 02 puestos de Salud Nivel I -1.
7. **Microred Tarata:** Cuenta con 01 Centro de salud I-3, 07 Puestos de Salud nivel I-2 y 02 Puestos de salud Nivel I-1.
8. **Microred Candarave:** Cuenta con 01 Centro de salud I-3, 07 Puestos de Salud nivel I-2 y 02 Puestos de salud Nivel I-1.
9. **Microred Alto Andino:** Cuenta con 01 Centro de salud I-3, 03 Puestos de Salud nivel I-2 y 02 Puestos de salud Nivel I-1.

En las Microred se ofrece atención de salud a la población siendo la oferta de servicios: medicina, enfermería, odontología, obstetricia, psicóloga, nutrición, laboratorio, saneamiento ambiental, servicio social, farmacia, logística, admisión, tiraje, tópicos; y las Estrategias Sanitarias del primer nivel de atención. Cuenta

con personal de salud nombrado, contratado y de Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS). Su horario de atención es de Lunes a Sábado de 7.30 am – 7.30 pm.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

1. POBLACIÓN

La población estuvo conformada por Enfermeros jefes de 09 Cabeceras de Microred.

2. MUESTRA

Conformada por 07 Cabeceras de Microred de Salud en las cuales se desempeña un profesional de Enfermería con el cargo de Jefe de Enfermería.

Se consideró que en la investigación cualitativa el tamaño de la muestra debe determinarse con base a las necesidades de información, por ello, uno de los principios que guía es un muestreo por saturación de datos, esto es, hasta el punto en que ya no se obtiene nueva información y esta comienza a ser redundante.

Criterios de inclusión:

- Profesionales de enfermería en ejercicio de la profesión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención que tengan el cargo de jefatura o asistencial con experiencia en jefatura de enfermería.
- Profesionales de enfermería en ejercicio de la profesión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención que tengan de 5 a más años de experiencia.

Criterios de exclusión

- Profesionales de enfermería que estén realizando el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud.

- Profesionales de enfermería que tengan menos de 5 años de experiencia.

D. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Entrevista semiestructurada: Para la recolección de la información se utilizó la entrevista semiestructurada, dejando que la participante (el profesional de enfermería) exprese todo aquello que va relacionado con el concepto de la gestión de cuidado: las acciones que realizan en el día a día desde su experiencia, sus limitantes, sus alcances.

Se tuvo en cuenta la delimitación del número de entrevistas a ser trabajadas. La información que se obtuvo de cada participante se consideró saturada cuando los informantes no brindaron información diferente

Para la captación de las participantes se tuvieron en cuenta lo siguientes

Aspectos:

1. Se explicó a los participantes el objeto del estudio. Se dio cumplimiento al principio ético de respeto y reciprocidad.
2. Se solicitó por escrito la autorización a través del consentimiento informado (ver anexo 2), para realizar grabaciones y entrevistas en diferentes oportunidades, con transcripción textual de las entrevistas guardando el principio de confiabilidad y beneficencia no maleficencia en relación a la información obtenida de cada participante.
3. Se mantuvo la información obtenida bajo confidencialidad y el respeto a la persona, principio de autonomía y se le dejó claro el caso que decida retirarse del estudio cuando lo desee.
4. Se tuvo en cuenta que el sitio en donde se realizaron las entrevistas esté libre de ruido y además se acordó con cada enfermera (o) que la entrevista se realizara en el horario que estén libres de toda presión laboral durante la estancia en el sitio de trabajo.

E. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

La investigación se desarrolló con el personal de Enfermería que ejerce el cargo de Jefatura o que ha tenido esta experiencia, en las Microredes de Salud, con la finalidad de comprender la esencia del objeto a investigar, es decir, los fenómenos relacionados a la visión de la gestión del cuidado según su experiencia.

Codificación Abierta. Se revisaron los datos recolectados (entrevistas, observaciones, anotaciones) para analizarlos y generar por comparación constante categorías iniciales de significado. Se Elimino la redundancia y desarrollo evidencias para las categorías. Se identificaron subcategorías, las cuales fueron codificadas (las subcategorías proveen detalles de cada categoría)

Codificación Axial. Una vez agrupados los datos se realizó la conexión entre categorías y temas construyendo un esquema analizando las condiciones, el contexto y las acciones que lo describen.

Codificación Selectiva. Se analizó el esquema revisando las unidades para establecer el esquema emergente y fundamentarlo estableciendo las relaciones entre categorías o temas. Así se obtuvo el sentido de entendimiento.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En la investigación realizada bajo el enfoque cualitativo de Teoría Fundamentada se analizaron los discursos de los participantes mediante los pasos o niveles de codificación abierta, axial y selectiva con una metodología inductiva interpretando significados de la realidad laboral del personal de enfermería del primer nivel de atención mediante un muestreo teórico por saturación de datos.

Para la identificación de similitudes y diferencias se realizó un análisis comparativo de las narraciones. Realizando todo este proceso se logró identificar 28 unidades de significado, agrupadas en 13 Subcategorías emergiendo 5 categorías que se aproximan y caracterizan la visión de la gestión

del cuidado del profesional de enfermería del primer nivel de atención:
Conceptos disciplinares, Juicio profesional de la gestión del cuidado,
Competencias del profesional de enfermería para la gestión del cuidado, relación
con la comunidad y Liderazgo.

1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	UNIDAD DE SIGNIFICADO
CONCEPTOS DISCIPLINARES: VISIÓN INTEGRATIVA-INTERACTIVA.	Persona ser integral	Ser integral
	Cuidado como compromiso	Actividades de enfermería
	Salud bienestar biopsicosocial	Bienestar biopsicosocial
	Entorno todo lo que rodea a la persona	Todo lo que rodea a la persona
JUICIO PROFESIONAL DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO	Gestión del cuidado enfocada en un proceso Administrativo	Infraestructura, requerimientos de materiales, insumos, equipos
		Capacitación e inducción del personal
		Aplica un juicio profesional en la planificación, organización y ejecución de los cuidados
		Monitorizan y evalúan indicadores y metas de trabajo
	Gestión del cuidado enfocada en la salud	Estrategias para mejorar las actividades de cuidado y este debe ser integrado, organizado y multidisciplinario.
		Cuidado centrada en la persona
		Realizar un plan para que se pueda recuperar el paciente

COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO	Conocimientos	deber del profesional
	Comunicación asertiva	habilidades para la gestión del cuidado conocimiento
		Las competencias que se consideran en el profesional de enfermería son: que esté capacitado comprometido que sea humano, que tenga comunicación asertiva
		Líder, paciente asertiva.
	Empatía	Habilidades para la gestión del cuidado, la empatía y el trato.
		La enfermera tiene que tener, paciencia empatía
Personal de enfermería con estabilidad emocional, empatía		
RELACIÓN CON LA COMUNIDAD	Coordinación	Extramuralmente la enfermera realiza actividades de abogacía, con líderes comunitarios y autoridades.
		La enfermera elabora un plan de trabajo, coordina actividades preventivas promocionales evalúa el clima organizacional.
	Trabajo comunitario interinstitucional	Extramuralmente se realizan reuniones de concertación con las diferentes instituciones
		Coordina con las municipalidades, organizaciones de base, planea campañas multidisciplinarias

		coordinaciones con instituciones públicas o privadas.
LIDERAZGO	Liderazgo en actualización	El profesional de enfermería debe estar actualizado en el manejo de tecnologías y ser líder.
		La visión de la gestión del cuidado es la unificación de criterios, manejo de sistemas informáticos, armonía en el trabajo, trabajo en equipo, y mejores relaciones interpersonales.
	Liderazgo en el cuidado	Implementación de sistemas de información oportuna y veraz, mejorar el tiempo de espera de los pacientes, continuar con los sistemas de pre citas.
		Grupo para compartir experiencias talleres de liderazgo, pasantías
		Motivar el liderazgo, empoderamiento en los profesionales de enfermería mediante capacitaciones.
		El profesional de enfermería debe tener la capacidad de liderar el grupo.

2. CONSTRUCTO TEÓRICO

4.2.1. CONCEPTOS DISCIPLINARIOS: VISIÓN INTEGRATIVA-INTERACTIVA

4.2.1.1. Persona ser integral

4.2.1.2. Cuidado como compromiso

4.2.1.3. Salud bienestar biopsicosocial

4.2.1.4. Entorno todo lo que rodea a la persona

4.2.2. JUICIO PROFESIONAL DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO

4.2.2.1. Gestión del cuidado enfocada a un proceso Administrativo

4.2.2.2. Gestión del cuidado enfocada a la salud

4.2.3. COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO

4.2.3.1. Conocimientos

4.2.3.2. Comunicación asertiva

4.2.3.3. Empatía

4.2.4. RELACIÓN CON LA COMUNIDAD

4.2.4.1. Coordinación

4.2.4.2. Trabajo comunitario interinstitucional

4.2.5. LIDERAZGO

4.2.5.1. Liderazgo en actualización

4.2.5.2. Liderazgo en el cuidado

CONSTRUCCIÓN DE CATEGORÍAS

4.2.1. CONCEPTOS DISCIPLINARIOS: VISIÓN INTEGRATIVA-INTERACTIVA

Se debe mencionar que los metaparadigmas se encuentran enmarcados en grandes corrientes de pensamientos o maneras de ver o comprender el mundo, que han sido llamados paradigmas los cuales tienen su influencia sobre las concepciones de la disciplina de enfermería. Según Newman estos son: Visión Particular determinante o de Reacción, Visión Integrativa-Interactiva y la Visión Unitaria- Transformadora.²⁰

Esta categoría surge del significado que otorgan los enfermeros a los conceptos metaparadigmaticos, Persona, Cuidado, Salud y Entorno en el primer nivel de atención.

El Metaparadigma es un componente abstracto de la jerarquía estructural del conocimiento de enfermería, está constituido por los conceptos que identifican los fenómenos de interés de la enfermería y se representan en cuatro conceptos o núcleos básicos.

4.2.1.1. Persona ser integral

Según las principales premisas de Swanson define a la persona como seres únicos que están en un proceso de creación y cuya integridad se completa cuando se manifiestan en pensamiento, sentimientos y conductas.¹⁸

“Bueno primero tenemos que ver a la persona como un todo, entonces tenemos que ver el sistema de ellos como están”. (E-2 L1)

“Persona es ese ser integral de nuestra sociedad por el cual debemos velar por su bienestar físico, psíquico, social” (E-3 L2-3)

“En cuanto a la persona es ver al mismo paciente como una persona, verlo como un todo integral” (E-4 L7)

Al respecto según lo manifestado por los participantes el concepto de persona lo definen como un ser integral entendiéndose como un ser complejo que está constituido por sus esferas biopsicosocial que se encuentra inmerso en un sistema el cual es el receptor de cuidado de enfermería.

4.2.1.2. Cuidado como compromiso

Para Boff el cuidar es más que un acto es una actitud, es lo que se opone al desinterés y la indiferencia, abarca más que un momento de atención de celo y desvelo. Representa una actitud de ocupación, preocupación, de responsabilidad y compromiso afectivo con el otro.¹⁵

Tenemos el cuidado, como esta persona cuida su salud, enseñar a la persona como debe de cuidar su salud ellos mismos. (E-2 L7-8)

Los cuidado que también nosotros como personal de salud generamos en esta persona, en este ser en este paciente o este usuario externo que nosotros concebimos en este primer nivel de atención. (E-3 L12)

Los cuidados están referidos a todo el conjunto de actividades que hace la enfermera referidas a una persona con algún daño para lograr que se pueda recuperar (E-4 L9-10).

El cuidado son aquellas actividades que uno realiza con la finalidad de poder mejorar el estado actual de una persona, de una sociedad. (E-5 L4)

Estas afirmaciones son corroboradas también por Swanson quien explica que los cuidados son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad profesional.

De lo manifestado en los discursos se entiende que el Cuidado son las acciones o intervenciones que realiza el profesional de enfermería enfocado en la persona, con la finalidad del mejoramiento de su salud.

4.2.1.3. Salud bienestar biopsicosocial

Según la OMS «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional en 1946.⁴⁴

Contrario a esta idea Boff entiende la salud no como un estado sino como un proceso permanente de búsqueda de equilibrio dinámico de todos los factores que componen la vida humana, dichos factores están al servicio de la persona para que tenga la fuerza de ser persona autónoma, libre, abierta y creativa en las diferentes situaciones que tenga que enfrentar.¹⁵

Salud está relacionado con el completo bienestar físico psíquico y social de una persona aunque no podamos cumplir en un cien por ciento con esa definición (E-3 L3-4)

La salud sería un conjunto de sistemas que estén marchando bien, que esté dando bienestar sobre todo, redundando a lo que es el mismo concepto que nos dice que la salud es el completo estado de bienestar, biopsicosocial (E-4 L6)

La salud es el bienestar individual de una persona como también el aspecto social, en el aspecto psicológico, un equilibrio entre estos escenarios o factores (E-5 L2-3)

4.2.1.4. Entorno todo lo que rodea a la persona

Según Swanson el entorno lo define de manera situacional, sostiene que para la enfermería es cualquier contexto que influye o que está influido por el cliente, existiendo muchos tipos de influencia sobre el entorno como los aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos económicos y otros.

Según los discursos el Entorno esta descrito como todo lo que rodea a la persona y a la familia el lugar donde se desenvuelven identificado como un espacio físico.

Para mí, en cuanto al entorno vendría a ser todo lo que le rodea a la persona, a la familia, donde se desenvuelve, donde vive (E-4 L2-4)

El entorno son los escenarios o lo que rodea a la persona con lo cual la persona se interrelaciona, podría ser la familia, la comunidad, la iglesia las instituciones públicas o privadas (E-5 L5-7)

El entorno son una serie de factores que rodean a una persona tales como los factores sociales, culturales, morales económicos (E-6 L2-3)

Según todos estos conceptos el paradigma identificado según los discursos analizados es el de una Visión Integrativa-Interactiva, ya que la orientación que se describe en el cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones, biológica, psicológica y social siendo esta un ser integral como la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas.

4.2.2. JUICIO PROFESIONAL DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO

Esta categoría surge de la concepción del profesional de enfermería sobre la gestión del cuidado que con sus propias palabras expresan las acciones que desempeñan en el primer nivel de atención.

Generalmente se reconoce que el rol de una gestora consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la finalidad del logro de objetivos institucionales.²⁷

Meleis y Jenring sostienen que la gestión de los cuidados se ejerce no solamente en función a teorías administrativas prestadas de otras disciplinas, sino igualmente en relación a las concepciones propias de la disciplina de enfermería. Dichas concepciones sirven de base para su práctica.²⁷

Meleis sostiene que la dirección de los cuidados debe tener una visión clara y explícita de la disciplina enfermera con el fin de contribuir a la solución de problemas relativo a los cuidados, a los clientes y al personal.²⁷

4.2.2.1. Gestión del cuidado enfocada en un proceso Administrativo

A través de la administración se busca el uso eficiente de los recursos para lograr un objetivo. En el caso de los servicios del primer nivel de atención de salud el desafío es dirigir estos recursos a satisfacer las necesidades de una sociedad que se encuentra en constante evolución y cambio.

Este proceso administrativo se inicia con el estudio de las necesidades, la demanda, la oferta, el diagnóstico. Es importante tener la información básica, procesarla y canalizarla para determinar tanto los principales problemas de salud como la capacidad operativa existente y la que se puede generar potencialmente. Con estos elementos es posible determinar las prioridades de intervención para luego programar y ejecutar las actividades de cuidado.³¹

La gestión del cuidado es amplia porque enfermería no tan solo se desenvuelve en la atención directa al paciente, sino que también tenemos que ver que en cuanto a todo lo que involucra la atención, la infraestructura, los equipos, la capacitación que tenga el personal una serie de procesos que van a ir directamente relacionados al cuidado y la atención del paciente. (E-1 L 7-11)

La gestión del cuidado se entiende como la razón de ser de la enfermera o el ejercicio profesional, bajo una base científica en el cual aplicara un juicio profesional en la planificación, organización y ejecución de los cuidados para el bienestar de la persona familia y comunidad (E-6 L 7-10)

En cuanto a lo que es gestión es pue ver si en alguna de esas etapas que están relacionadas al cuidado del paciente y él no lo pueda hacer se pueda ver de repente en su entorno o en la comunidad, los recursos que se puedan tener para el bien de él. (E-4 L 15-18)

La enfermera gestora desarrolla sus actividades utilizando una metodología de proceso elaborando un plan de atención el cual será ejecutado, y evaluado. Ella se encarga de movilizar todos los recursos materiales y humanos para este desarrollo con la finalidad de bienestar de la persona familia y comunidad.

4.2.2.2. Gestión del cuidado enfocada en la salud

Según Kerouac y Col. La dirección del cuidado esta llamada a promover los enfoques centrados en la salud más que en la enfermedad, lo que modificara la elección del sistema de prestaciones de cuidados, las calificaciones, y el número de personal cuidador, las descripciones del puesto de trabajo, las normas y los criterios de calidad de los cuidados, los programas de orientación y de formación continuada, el sistema de promoción y las afectaciones propuestas.²⁷

La gestión del cuidado es buscar estrategias que me lleven a mejorar las actividades del cuidado de tal manera que sea eficiente. (E-5 L 8-9)

En cuanto a la gestión del cuidado es la base del quehacer de la enfermera, es realizar todo un plan donde se tenga que determinar todo lo que se tenga que hacer con el paciente para que se pueda recuperar definitivamente en todas sus esferas (E-4 L 12-15)

Gestión es todo aquel proceso que nosotros desarrollamos en forma integral para hacer que nuestro usuario sea beneficiado en todas sus esferas biosicosocial. (E-3 L 15-17)

Según los discursos analizados la salud y el bienestar de la persona es el centro mismo de la actividad de gestión de los cuidados, que va dirigido a alcanzar el objetivo de la práctica de enfermería, mantener la salud mediante la práctica del cuidado.

4.2.3. COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO.

El concepto de competencia surge de la necesidad de valorar no sólo el conjunto de los conocimientos apropiados (saber) y las habilidades y destrezas (saber hacer) desarrolladas por una persona, sino de apreciar su capacidad de emplearlas para responder a situaciones, resolver problemas y desenvolverse en el mundo.³⁷

Las competencias que desarrolla el profesional de enfermería no son

conocimientos o habilidades fragmentadas, sino un conjunto de saberes combinados, que el mismo profesional construye a partir de la experiencia de la secuencia de actividades. Todas estas competencias que el desarrolla son de importancia para la adaptación a los cambios, generando dentro de la gestión del cuidado una vía para mejorar la calidad de atención de la enfermería.³⁸

4.2.3.1. Conocimientos

Swanson define el conocimiento como el esfuerzo por comprender el significado de un suceso en la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado.

Tenemos que hablar de la preparación que debe tener el profesional de enfermería, sería el conocimiento y las habilidades destrezas que va desarrollando a lo largo de la carrera. (E-01 L 12-14)

La enfermera tiene que tener conocimientos, tiene que tener habilidades, experiencia que va adoptando a lo largo de su tiempo de trabajo (E-04 L 19-20)

Los profesionales de enfermería reconocen que como competencia para el ejercicio de la gestión del cuidado deben contar con conocimientos que van adquiriendo durante su experiencia laboral.

4.2.3.2. Comunicación asertiva

Para Boff en la concretización del cuidado encontramos el cuidado del otro que nos indica que no existe solo la red de relaciones sociales, también existen las personas concretas, los hombres y las mujeres, en cuanto a seres humanos, las personas son seres hablantes y a través del habla construyen el mundo con sus relaciones y el yo solo se constituye mediante el diálogo con el tú. El tú asiste al alumbramiento del yo.

El cuidado se da entonces velando porque este dialogar yo-tu sea liberador sinérgico y constructor de una alianza perenne de paz y amor.¹⁵

Después también tenemos personal que tenga comunicación asertiva entre ella y el paciente ese es otro aspecto que podemos determinar cómo enfermeras (E-02 L 20-22)

La Enfermera debe ser líder, debe ser paciente, asertiva, comunicativa, tomar en cuenta las opiniones de los demás. (E-05 L 10-11)

Las cualidades del profesional de enfermería son la comunicación asertiva, estabilidad emocional, (E-06 L 11)

La comunicación no es solo dar información, es una manera de relacionarse, en la cual el profesional de enfermería está presente con todo su ser, como testigo empático, con un compromiso de ayudar y acompañamiento al ser humano en su realidad.³⁹

Es importante destacar que en el proceso de comunicación la enfermera desarrolla ciertas conductas y aptitudes, algunas de ellas las mencionaremos a continuación:

El profesional de enfermería es capaz de iniciar conversaciones con el individuo, familiares y actores sociales de su comunidad siendo capaz de guiar la interacción desde un nivel superficial a uno más complejo, determina necesidades, comprende las percepciones, estimula a los participantes a expresar sus sentimientos en forma apropiada, considera la edad, el sexo, la cultura, las experiencias vitales, aptitudes y preferencias mientras realiza su plan de cuidados, escucha atentamente los mensajes, lucha por no estereotipar a los que la rodean, permite periodos de silencio en una conversación, alienta a discutir problemas a fondo, proporciona retroalimentación cuando sigue y comprende la conversación, interroga con habilidad y gentileza considerando la situación y sentimientos, busca la aclaración cuando es necesario, observa gestos, expresiones faciales, apariencia postural, tono de voz y fluidez de su interlocutor, presta atención a los contenidos que se repiten en una conversación, detecta incongruencias, nota efectos en la condición física, emocional social y espiritual de individuo y familia, estimula a ser activos en el

proceso de cuidado de la salud, valora los mensajes y otros datos para determinar la necesidad de asistencia, establece metas, explora diversos enfoques para dar solución a la problemática, considera el factor de disposición favorable para comunicarse, respeta la confianza cuando recibe información confidencial, colabora con otros miembros del equipo para el logro de un nivel óptimo de salud, busca asistencia con otros miembros del equipo de salud, considera el ambiente familiar y de la comunidad donde habita el individuo, utiliza recursos para la asistencia, busca conocimientos y habilidades adicionales para desempeñarse competente y compasivamente.⁴⁰

Esta lista de conductas y aptitudes demuestra la complejidad del proceso de comunicación, muestra también los numerosos y variados aspectos de las actividades diarias de una enfermera en la práctica de su profesión al realizar intervenciones a nivel individual, familiar y comunitario.⁴⁰

Pero para que esta comunicación sea eficaz también debe ser asertiva como un comportamiento que se aprende. Es una actitud profesional que comparten todas las enfermeras cuyos testimonios lo confirman. La enfermera en su quehacer diario se relaciona con personas, familias, comunidades, instituciones, actores sociales y en este continuo desarrollo de relaciones, identifica como característica importante en la ejecución de la gestión del cuidado que la enfermera tenga la cualidad de una comunicación asertiva, entendiendo por esto conocer los propios derechos y defenderlos, respetando a los demás.

4.2.3.3. Empatía

La práctica de enfermería es mucho más que el cumplimiento de metas. Requiere de la capacidad de ponerse en el lugar del otro.

La empatía es definida como una respuesta emocional derivada de la percepción del estado o condición de otra persona, siendo congruente con esa situación.⁴¹

Boff hace mención en las repercusiones del cuidado de la Compasión radical la que comprende como una contribución del budismo que no significa tener pena

por el otro, la compasión tiene para el dos significados fundamentales el primero es respetar al otro, no invadir su espacio, dejarlo crecer y el segundo significado es si el otro sufre nunca dejarlo solo. Es entonces que en el reconocimiento del semejante comienza la empatía, comienza el cuidado como la relación profundamente humana que se prolonga hacia la naturaleza. ⁴⁵

Swanson hace referencia en sus principales conceptos el Estar con que significa estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada y el Hacer porque significa hacer por otros lo que se haría por uno mismo, si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad.

Es entonces esa actitud necesaria que se advierte en la gestos y en las palabras del profesional de enfermería y que comunica al paciente que su situación y preocupaciones nos importan. Con la empatía mostramos que hemos entendido lo que siente la otra persona y que somos sensibles en cada momento al contenido emocional de lo que nos está comunicando. ³⁹

La enfermera es capaz de desarrollar esta actitud en la continua relación que tiene con las personas, cabe destacar que no todas se desenvuelven con una actitud empática.

Lo otro es también la paciencia y sobre todo cualidades como la empatía, ponerse en el lugar de esa persona, verlo como si fuera algún hermano o un familiar. (E-04 L 21-22)

Las habilidades que debe tener no solamente la parte de empatía, en la parte de trato al ser humano, calidad, calidez, (E-03 L 18-19)

Las cualidades del profesional de enfermería son la comunicación asertiva, estabilidad emocional, empatía, flexibilidad, respuesta oportuna. (E-06 L 11)

Una persona puede tener mucho conocimiento, puede ser muy preparada pero

la actitud que tenga con el paciente es muy importante, por ejemplo tenemos serios problemas con el maltrato, mala atención. (E-1 L 16-18)

4.2.4. RELACIÓN CON LA COMUNIDAD

La estrategia de atención primaria de salud cobra un significado especial cuando se examina las relaciones entre la comunidad y las instituciones de salud.

El cambio fundamental es que la comunidad y los individuos dejen de ser objeto de atención y se convierten en actores, que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud y asuman responsabilidades específicas ante ella.

Los factores ideológicos, políticos, sociales y culturales influirán en este proceso y condicionarán la claridad con la que se vean las relaciones entre la salud y otros aspectos de la vida de la comunidad, es así que las actividades del sector salud se integran en un enfoque intersectorial, en la medida que la comunidad participe, de manera efectiva en todos los aspectos de su propio desarrollo y los demás sectores social y económico.³¹

4.2.4.1. Coordinación

Durante el proceso en el cual el profesional de enfermería realiza la planificación, organización, ejecución y evaluación de actividades aplica estrategias de coordinación intra y extra sectoriales, teniendo en cuenta que durante este proceso el equipo de salud debe reflexionar sobre el objetivo institucional la adecuación de la organización estructural y funcional a la realidad del ámbito jurisdiccional.

El profesional de enfermería en la atención primaria además de brindar cuidados de salud debe actuar como un coordinador de un equipo de trabajo que tiene funciones de promoción y prevención de la salud, eso requiere de una actitud activa y de tomar la iniciativa.

Intramuralmente Son varias, coordinaciones a nivel de los que es gerencias, jefaturas, servicios eso es en forma diaria. . (E-03 L23- 24)

Coordinamos las actividades preventivas promocionales con cada servicio, organización dentro del establecimiento, el clima del usuario externo e interno, aplicándoles las encuestas de evaluación. . (E-05 L 14-16)

Todas las coordinaciones, la abogacía que se hace con los líderes de la comunidad, con las autoridades, reuniones, una serie de actividades (E-01 L 24-25)

4.2.4.2. Trabajo comunitario interinstitucional

Vemos que en todos los discursos la enfermera identifica el trabajo comunitario como un trabajo en el que debe estar coordinando permanentemente con los actores e instituciones que forman parte de la jurisdicción en la que desempeña su labor.

Según el Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad en el eje de necesidades las Intervenciones en la comunidad constituyen la oferta de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que están orientadas a atender las necesidades de salud de la comunidad en sus diferentes escenarios: instituciones educativas, centros laborales, redes sociales y otros. Esta oferta de intervenciones tiene la finalidad de lograr el desarrollo de comunidades con entornos saludables. Todo ello se identifica en los siguientes discursos.

Tenemos las reuniones de concertación con las diferentes instituciones que existen en nuestra jurisdicción con todos ellos, trabajamos también con todas las organizaciones de base como son vaso de leche etc. (E-02 L 32.34)

Creación de alianzas con todos los sectores, organizaciones de base, vasos de leche club de madres, pronois Instituciones educativas iniciales, privadas o estatales, municipios, nosotros actualmente trabajamos con municipios saludables, universidades privas o sea con todas las instituciones que nos rodean. (E-03 L 25-29)

Actividades que se realizan en la comunidad, los seguimientos que se realizan a través de visitas domiciliarias, las campañas y las capacitaciones que se dan a

los líderes de la comunidad, agentes comunitarios, profesores. (E-04 L 43-46)

Me avoco al cumplimiento de las actividades del PSL que nos indica que debemos trabajar con instituciones, agentes comunitarios, club de madres, municipios. (E-07 L 12-14)

4.2.5. LIDERAZGO

El liderazgo es la habilidad de influir en las personas de modo que trabajen con entusiasmo y con la perspectiva de alcanzar los objetivos que se cree son para el bien común, el líder es aquel que ejerce autoridad y liderazgo, es una persona honesta y confiable, buen modelo, cuidadoso, comprometido, buen oyente, mantienen la responsabilidad en las personas, las trata con respeto, las incentiva y presenta una actitud positiva y entusiasta y le agrada a la gente.⁴²

4.2.5.1. Liderazgo en actualización

El profesional de enfermería reconoce que es importante contar con herramientas de comunicación que le permitan un mejor desarrollo y empoderamiento, relacionado a sistematizar la gran cantidad de datos que genera y este manejo sea más efectivo a través de un liderazgo en el manejo de la tecnología de la comunicación.

La visión de la gestión del cuidado es contar con Profesionales capacitados, actualizados con las últimas tecnologías con actitud positiva, no tan solo tener el conocimiento, la habilidad la destreza en la atención integral del paciente de su familia de la comunidad y del entorno nosotros manejamos todo, todo lo que está alrededor del paciente integral. (E-01 L 43-47)

la enfermera debe estar empoderada en todo lo que son conocimientos habilidades para lo que es el cuidado del paciente en el primer nivel no solo las actividades preventivo promocionales sino también en las actividades recuperativas que es lo que está empezando a incrementar y ser la enfermera un pilar de apoyo para la familia.(E-04 L 60-64)

4.2.5.2. Liderazgo en el cuidado

Según Kerouac y Col. Refieren que la gestión de los cuidados requiere la utilización del potencial de cada persona cuidadora para dispensar lo más eficazmente posible los cuidados dirigidos a la salud de los diversos clientes y por extensión, los de la comunidad, siendo el rol de la enfermera gestora el de liderazgo y de motivación procesos esenciales para la gestión del entorno social.²⁷

Nosotros siempre buscando el liderazgo ser pues en algún momento líder en el cuidado en el primer nivel de atención que es preventivo promocional. (E-03 L 39-40)

La visión de la gestión del cuidado es que la enfermera se empodere en brindar una atención con calidad y calidez considerando las determinantes de la salud en el primer nivel de atención. (E-06 L 28-29)

No tan solo tener el conocimiento, la habilidad la destreza en la atención integral del paciente de su familia de la comunidad y del entorno nosotros manejamos todo, todo lo que está alrededor del paciente integral. . (E-06 L 44-47)

El profesional de enfermería necesita empoderarse del cuidado y ser líder en su ejercicio así lo demuestran los discursos analizados entendiéndose que se debe estar comprometido con la institución, la persona, la familia y la comunidad para mejorar la calidad de los cuidados este logro se adquirirá a medida que los profesionales estén dispuestos a compartir sus experiencias y capacitarse permanentemente para el fortalecimiento de la profesión y evidenciar que los cuidados ofrecidos tienen resultados en nuestra práctica, reflejados en la sociedad.

4.3. Construcción de la teoría emergente

Profesional de Enfermería en el Primer Nivel de Atención Líder con conocimientos, empoderado y actualizado en la práctica del cuidado dirigida a la persona, familia y comunidad con actitud empática y asertiva.

La Visión de la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería en el

primer nivel de atención de la Región de Tacna según su manera de ver y comprender las concepciones de la disciplina de enfermería se encuentra en una visión integrativa-interactiva ya que la orientación que se describe en el cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones. Se identifica a la persona como un todo integral, constituido por las esferas biopsicosocial, un ser que se encuentra inmerso en un sistema en el cual recibe cuidados, entendidos estos como un compromiso ya que sus acciones e intervenciones tienen la finalidad del mejoramiento de la salud.

La salud es entendida según la definición de la OMS, Boff nos invita a reflexionar sobre ello para no ver la salud como un estado sino como un proceso permanente de búsqueda de equilibrio de todos los factores que componen la salud humana.

Para todo este proceso el profesional de enfermería debe desarrollar un juicio profesional de la gestión del cuidado desde un enfoque administrativo y de cuidado de la salud ya que la enfermera utiliza una metodología del proceso elaborando un plan de atención el cual será ejecutado y evaluado movilizando todos los recursos materiales y humanos para este desarrollo con la finalidad del bienestar de la persona familia y comunidad.

Para este desarrollo el profesional de enfermería deberá contar con competencias siendo las más importantes que este tenga conocimientos y se comunique asertivamente con una relación empática, todas estas actitudes y competencias se irán desarrollando y adquiriendo durante su experiencia laboral. Es importante en la relación empática practicar el respeto por el otro y reconocer sus necesidades, cuidando de esta relación humana entre profesionales y con los usuarios.

La relación que se da con la comunidad es parte del trabajo que el profesional de enfermería desarrolla en el primer nivel de atención en el cual coordina permanentemente con diferentes actores sociales en diferentes escenarios y sectores, desarrollando las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

El profesional de enfermería tiene la visión de la gestión del cuidado con liderazgo con la necesidad de empoderarse en el cuidado de enfermería, ser líder en su ejercicio con la capacidad del manejo de nuevas tecnologías encontrarse siempre actualizado para el beneficio de la persona familia y comunidad que se encuentra bajo su cuidado.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

PRIMERA: Mediante el método de la Teoría Fundamentada en el proceso de codificación emergieron cinco categorías, 13 subcategorías y 28 unidades de análisis. La primera categoría relacionada a los conceptos disciplinarios con sus con cuatro subcategorías persona como ser integral, cuidado como compromiso, salud como bienestar biopsicosocial, entorno como todo lo que rodea a la persona. La segunda categoría fue Juicio Profesional de la gestión del cuidado con dos subcategorías, gestión del cuidado enfocada en un proceso administrativo, y la gestión del cuidado enfocada en la salud, como tercera categoría esta la competencia del

profesional de enfermería para la gestión del cuidado con sus subcategorías conocimientos, comunicación asertiva y empatía, la cuarta categoría de relación con la comunidad con su subcategorías coordinación y trabajo comunitario interinstitucional y por último la quinta categoría la del Liderazgo con subcategorías de liderazgo en actualización y liderazgo en el cuidado. De todas ellas emergió la teoría que representa la visión de la gestión del cuidado que considera al Profesional de Enfermería en el Primer Nivel de Atención Líder con conocimientos, empoderado y actualizado en la práctica del cuidado dirigida a la persona, familia y comunidad con actitud empática y asertiva.

SEGUNDA: La enfermera gestora desarrolla sus actividades utilizando una metodología de proceso elaborando un plan estratégico de cuidado el cual será ejecutado, monitoreado y evaluado. Ella se encarga de movilizar todos los recursos materiales y humanos para este desarrollo con la finalidad de lograr el bienestar de la persona familia y comunidad siendo estos el centro mismo de la actividad de la gestión de los cuidados, que va dirigido a alcanzar el objetivo de la práctica de enfermería, mantener la salud mediante la práctica del cuidado.

TERCERA: El profesional de enfermería necesita empoderarse del cuidado y ser líder en su ejercicio así lo demuestran los discursos analizados entendiéndose que se debe estar comprometido con la institución, la persona, la familia y la comunidad para mejorar la calidad de los cuidados este logro se adquirirá a medida que los profesionales estén dispuestos a compartir sus experiencias y capacitarse permanentemente para el fortalecimiento de la profesión y evidenciar que los cuidados ofrecidos tienen resultados en nuestra práctica, reflejados en la sociedad.

CUARTA: La Visión de la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería en el primer nivel de atención de la Región de Tacna se

encuentra en una visión integrativa-interactiva ya que la orientación que se describe en el cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones. Se identifica a la persona como un todo integral, constituido por las esferas biopsicosocial, un ser que se encuentra inmerso en un sistema en el cual recibe cuidados, entendidos estos como un compromiso ya que sus acciones e intervenciones tienen la finalidad del mejoramiento de la salud, la cual es entendida según la definición de la OMS.

El juicio profesional de la gestión del cuidado es visto desde un enfoque administrativo y de cuidado de la salud ya que la enfermera utiliza una metodología del proceso movilizando todos los recursos materiales y humanos para este desarrollo con la finalidad del bienestar de la persona familia y comunidad, para ello deberá contar con competencias siendo las más importantes que este tenga conocimientos y se comunique asertivamente con una relación empática, todas estas actitudes y competencias se irán desarrollando y adquiriendo durante su experiencia laboral.

El profesional de enfermería tiene la visión de la gestión del cuidado con liderazgo con la necesidad de empoderarse en el cuidado de enfermería, ser líder en su ejercicio con la capacidad del manejo de nuevas tecnologías encontrarse siempre actualizado para el beneficio de la persona familia y comunidad que se encuentra bajo su cuidado.

B. RECOMENDACIONES

1. El proceso de análisis de la información se realizó manualmente y a través de programas básicos de texto Word y Excel, se recomienda el uso de algún programa para estudios cualitativos que mejore el tiempo en el procesamiento de la información.
2. Para mejorar la calidad en la gestión del cuidado es necesario diseñar programas Integrales de capacitación aplicada y personalizada en aspectos de Gerencia para que el profesional de enfermería cuente con herramientas tendientes a fortalecer las capacidades de gestión en el manejo de tecnologías blandas, duras, de información y comunicación en el primer nivel de atención en salud e incluir en la formación de pregrado en Enfermería el manejo de software que permita la creación de base de datos para el manejo de información generada por el profesional de enfermería en el primer nivel de atención y visualizar el producto de su trabajo.
3. Promover el intercambio de experiencias entre los profesionales de enfermería con años de experiencia con los que inician su práctica profesional, para empoderarse en la gestión del cuidado y que la Dirección Ejecutiva de la Red de Salud Tacna reconozca con resolución la función que desempeña el personal de enfermería cuando ejerce el cargo de Jefa (e) de Enfermeros en los Establecimientos del Primer Nivel de Atención, para que el profesional se sienta motivado y comprometido.
4. Un cambio de paradigma tiene lugar cuando surgen nuevas visiones de la realidad. Para mejorar la apertura de la ciencia de enfermería hacia el mundo con un metaparadigma de Transformación se debe hacer partícipe al individuo, familia, comunidad e instituciones en la planificación, ejecución y evaluación de acciones dirigidas a la protección de su salud y no ser solo receptores de cuidado. Boff nos invita a reflexionar sobre ello para no ver la salud como un estado sino como un proceso permanente de búsqueda de equilibrio de todos los factores que componen la salud humana.

FIGURA N° 01

TEORÍA EMERGENTE.

“Visión de la gestión del cuidado

Profesional de Enfermería en el Primer Nivel de Atención Líder con conocimientos, empoderado y actualizado en la práctica del cuidado dirigida a la persona, familia y comunidad con actitud empática.”

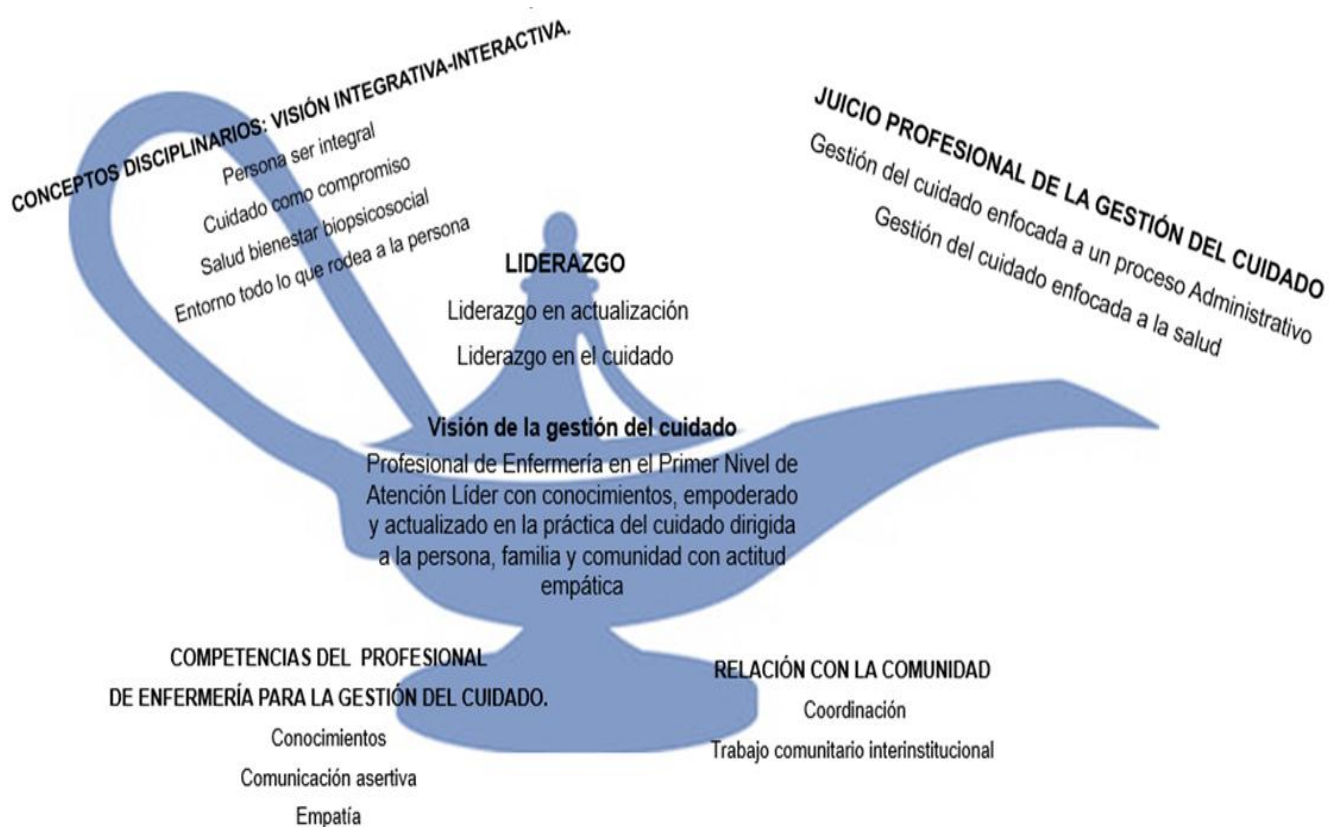
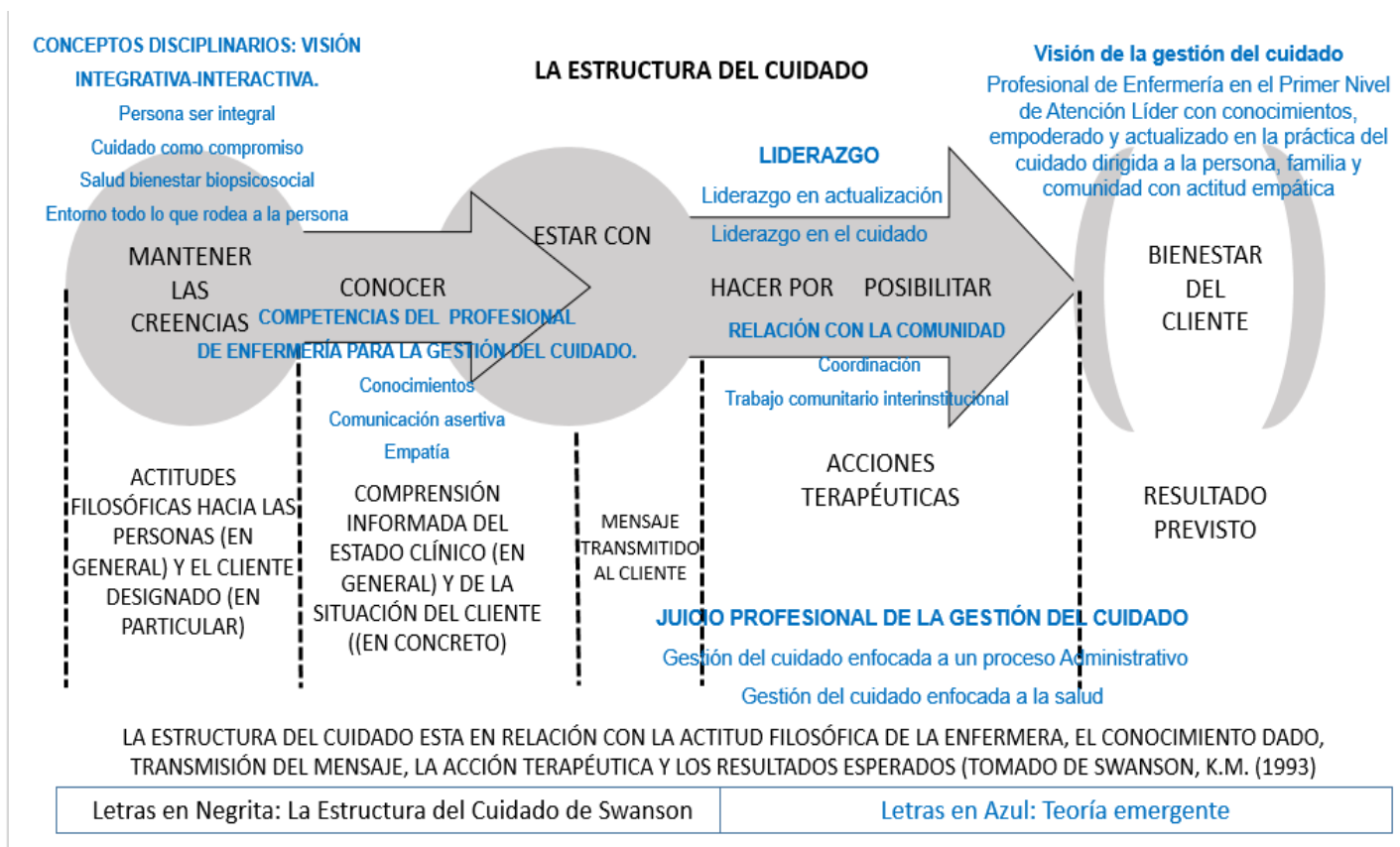


FIGURA N° 02

La estructura del Cuidado de Kristen M. Swanson Adaptado para representar esquemáticamente la teoría emergente.



BIBLIOGRAFÍA

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La OPS/OMS destaca la necesidad de formar más personal de enfermería en América Latina y el Caribe. Recuperado:https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=948:la-opsoms-destaca-la-necesidad-de-formar-mas-personal-de-enfermeria-en-america-latina-y-el-caribe&Itemid=340.
2. BENGUA R, Y COL. (2009). "Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: Una guía práctica para avanzar." Barcelona: Elsevier Masson.
3. MINISTERIO DE SALUD (2011). Plan Nacional de Fortalecimiento del primer Nivel de Atención 2011-2021. Dirección General de Salud de las Personas. Lima-Perú.
4. MINISTERIO DE SALUD (2017) "Análisis de Situación de Salud Tacna 2017. Dirección Ejecutiva de Epidemiología. Tacna-Perú.
5. LEY N° 27669 Ley del Trabajo de la Enfermera(o).
6. DEL PINO C Y COL. (2007)."Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de salud". Revista Administración Sanitaria.
7. AGUAYO Y COL. (2015). Ciencia y Enfermería XXI (3): 73-85, 2015 ISSN 0717-2079 Universidad de La Frontera Temuco, Chile. Departamento de Salud Municipal de Pucón. Programa Magíster de Enfermería.
8. GARCÍA S. (2013). Gestión de la calidad del cuidado de enfermería en Instituciones Prestadoras de Salud de III y IV nivel de atención en salud. Barranquilla Tesis para optar al título de: Magister en Enfermería con énfasis en gerencia servicios de salud y Enfermería Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería Maestría En Enfermería Bogotá, Colombia.

9. CABARCAS R. (2012). Significado de la experiencia de la gestión del cuidado de enfermeras en una clínica de tercer nivel de la ciudad de Cartagena. Universidad nacional de Colombia convenio universidad de Cartagena facultad de enfermería maestría en enfermería con énfasis en gerencia del cuidado para la salud.
10. FARRES V. (2010) Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de Salud. Revista Cubana de Enfermería .2010; 26(2)14-26 <http://scielo.sld.cu>.
11. HIDALGO Y COL. (2010). La gestión del cuidado desde la perspectiva de enfermeras de hospitales de baja complejidad de la Región de los Ríos. Universidad Austral de Chile Facultad de Medicina Escuela de Enfermería Tesis presentada para optar al grado de Licenciado en Enfermería. Valdivia – Chile.
12. COAQUIRA M. (2017). Habilidades investigativas y gestión de salud, enfermeras red Arequipa Caylloma - 2017 Tesis para optar el grado de maestra en ciencias: enfermería con mención en: salud de la mujer, del niño y del adolescente. Universidad Nacional de san Agustín de Arequipa Escuela de Posgrado Unidad de Posgrado de la Facultad de Enfermería.
13. URQUIAGA A. (2015) Vivencias de los Profesionales de Enfermería en la Gestión del Cuidado a Personas Hospitalizadas. Universidad Católica los ángeles de Chimbote. Tesis para optar el grado de doctor en ciencias enfermería. Chimbote Perú 2015.
14. GUTIÉRREZ M. (2007) Gestión Del Cuidado De Enfermería En Los Servicios De Salud Hospitalarios. Universidad Nacional De Trujillo Tesis Para Optar El Grado De Doctor En Enfermería Trujillo- Perú.
15. BOFF L. (2002). El cuidado esencial. Ética de lo humano compasión por la tierra. Colección Estructura y Procesos. Serie Religión. Ed. Trotta. España.
16. MARRINER, A. Y COL. (2008).”Modelos y Teorías de Enfermería”. Sexta edición. Editorial: Elsevier Mosby, España.

17. DURAN D. (2002). "Marco Epistemológico de la enfermería". Revista Aquichan- ISSN 1657-5997 Año 2. Bogota-Colombia.
18. RAILE A. (2015). "Modelos y Teorías en Enfermería". Octava edición. Editorial: Elsevier, España.
19. REYES G. (2015). "Fundamentos de enfermería" 2da edición ed. Manual Moderno.
20. GRUPO CUIDADO. (2002). El arte y la ciencia del cuidado. Editora Guadalupe Ltda. Primera Edición.
21. DONALDSON S Y COL. (1994). "La disciplina de enfermería. Traducción por Edilma Gutiérrez. Nurs Outlook. 1978; 26(2):113–20.
22. CARPER B. (1978) "Fundamental patterns of knowing in nursing". Adv.Nurs.Sci. De los patrones de conocimiento de Carper a las formas de ser: un cambio filosófico ontológico en enfermería. Avd. Nurs Sci. 18(1):1–13.
23. BURBANO C. (2007). "Una mirada actual de la simbología en enfermería". Colombia Médica. 2007; 38(4 (supl 2)):105–9.
24. GÓMEZ O Y COL. (2011.) "La situación de enfermería: fuente y contexto del conocimiento de enfermería. La narrativa como medio para comunicarla". Bogotá, Colombia: Gráfica Ducal Ltda.
25. ESVERRI, C. (1992). "Enfermería Hoy. Filosofía y Antropología de una Profesión". Madrid. España .Ediciones Díaz de Santos.
26. ERDMANN, A. (1996). "Sistema de cuidados de enfermagem". Universitária/UFPel.
27. KÉROUAC S. Y COL. (1996.) "El pensamiento enfermero". Barcelona: Masson, S.A.
28. COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ. (2015) Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero

29. FRIAS O. (2006) Salud Publica y educación para la salud. Editorial Elsevier Masson 1ra edición. España.
30. ACOSTA R. Y ROMÁN V. (2014). Consultores: Naydú Romero. Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur. Documento Autoral de APS en los países de Suramérica. Rio de Janeiro. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud.
31. KROEGER Y COL. (1992) atención primaria de salud. Principios y Métodos. 2da edición. Editorial pax México. Organización Panamericana de la salud.
32. VIGNOLO Y COL. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch. Med. Interna 2011; XXXIII (1):11-14 11 © Prensa Médica Latinoamericana. 2011 ISSN 0250-3816 - Printed in Uruguay - All rights reserved.
33. MONSERRAT R Y COL. (2007) enfermería comunitaria. Lexus editores.
34. HERNÁNDEZ R. (2010) "Metodología de la investigación" 5ta Edición. Editorial Mc Graw Hill. México.
35. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2008) "Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y Didáctica" Serie Paltex. Salud y Sociedad 2000 Numero 10
36. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2008) "Investigación cualitativa en enfermería. Contexto y bases Conceptuales" Serie Paltex. Salud y Sociedad 2000 Numero 9.
37. MINISTERIO PARA EDUCACIÓN NACIONAL DE COLOMBIA, (2003). "Competencias laborales: Base para mejorar la empleabilidad de las personas".
38. REVISTA DIGITAL ENFERMERÍA 21 ENERO (2015) N° 1 Volumen 5. Competencias profesionales en enfermeras que desempeñan su labor en una unidad de cuidados intensivos Cibeles González Nahuelquin Enfermera. Magister en Enfermería Mención en Gestión del Cuidado. Profesora auxiliar.

Universidad de Valparaíso. Chile.

39. VALVERDE G. (2007) comunicación terapéutica en enfermería. 1ra Edición Editorial. Difusión avance en enfermería. Madrid España.
40. MAURREN J. (1983) Comunicación y relaciones en enfermería. Editorial El manual Moderno S.A. DE C.V. México.
41. MARQUES A Y COL. (2000), Estudos de Psicologia Competência Social e Empatia, 5(1), 71-93 Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. 1 Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
42. WALDOW V. (2008) Cuidar: expresión humanizadora. Editorial palabra ediciones. 1ra edición. México.
43. STRAUSS A, CORBIN J. (2002) Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Colombia.
44. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Preguntas más frecuentes. ¿Cómo define la OMS la Salud? Recuperado de : <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
45. FORO DE EMPRENDEDURISMO SOCIAL EN LA NUEVA ECONOMÍA. Panel Empatía y Cuidado: Paradigmas de la nueva civilización. Bernardo Toro y Leonardo Boff .Forte de Copacabana, Río de Janeiro.15 de junio 2012.recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=rBSD5Yiof6o>

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN AREQUIPA

DOCTORADO EN CIENCIAS: ENFERMERÍA

ANEXO 01

GUÍA DE PREGUNTAS

OBJETIVOS: Recoger información de las Enfermeras en relación a la Gestión del Cuidado

CÓDIGO DE ENFERMERA: _____

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: _____

FECHA DE ENTREVISTA: _____ HORA DE INICIO: _____

PREGUNTAS GENERADORAS

1. ¿Cuáles son los Metaparadigmas en Enfermería y que significan para Ud.?
2. ¿Cuál es el significado que usted le otorga a la gestión del cuidado en enfermería en el quehacer de una enfermera/o?
3. ¿Qué competencias y cualidades reconoce Ud. en el profesional de enfermería para el desarrollo de la gestión del cuidado en su establecimiento de salud?
4. ¿Qué actividades de gestión del cuidado considera Ud. que realiza intramuralmente?
5. ¿Qué actividades de gestión del cuidado considera Ud. que realiza extramuralmente?
6. ¿De qué manera la institución y los profesionales de enfermería han asumido la gestión del cuidado?
7. ¿Cuáles serían sus propuestas para implementar la gestión del cuidado en el primer nivel de atención?
8. ¿Cuál es su visión de la gestión del cuidado en enfermería en el primer nivel de atención?



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
DOCTORADO EN CIENCIAS: ENFERMERÍA

“VISIÓN DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ENFERMERA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN TACNA 2018”

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... con número de DNI..... declaro que he sido informado (a) sobre el estudio: “VISIÓN DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ENFERMERA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN TACNA 2018”. Para lo cual han pedido mi participación y tendré que responder a una entrevista.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento, he sido informada que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados del estudio cuando se haya concluido.

Por lo cual expreso mi decisión voluntaria de participar en esta investigación, en fe de lo cual firmo.

Tacna.....

Firma del participante

Firma del investigador

ANEXO 03

CARACTERIZACIÓN DE LOS INFORMANTES			
CARACTERÍSTICAS		N°	%
TIEMPO DE TRABAJO	05- 14 años	03	42.85
	15-24 años	02	28.57
	25-34 años	02	28.57
ESTABLECIMIENTO	Cabecera de Micro Red	06	85.71
	Centros de Salud	01	14.28
FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA	Jefatura	06	85.71
	Asistencial	01	14.28
SEXO	Femenino	06	85.71
	Masculino	01	14.28
TOTAL		07	100%

ANEXO 04
ANÁLISIS DE DISCURSOS

DISCURSO I

CÓDIGO DE ENFERMERA: E-01

AÑOS DE EXPERIENCIA: 31

CUADRO DE CODIFICACIÓN ABIERTA

DISCURSO I

DATOS RECOLECTADOS	CODIFICACIÓN ABIERTA (CÓDIGOS PRELIMINARES)
(1) Enfermería es cuidado definitivamente que es el punto de partida, y lo veo como un cuidado integral.	(1)Cuidado: integral, individual
(2) pero en particular de cada persona es individual,	(2) Persona: ser individual.
(3) Aquí hablaríamos entonces de atención integral, todas las esferas del ser humano y como cada etapa de vida tiene su particularidad trabajar el cuidado en la atención integral por etapas de vida.	(3)Salud: Atención integral: todas las esferas del ser humano, etapas de vida.
(4) Tenemos que considerar además todo lo que rodea a la persona considerar el entorno.	(4)Entorno: todo lo que rodea a la persona.
(5) La gestión del cuidado es amplio porque enfermería no tan solo se	(5) La gestión del cuidado involucra la atención, la infraestructura, los equipos,

<p>desenvuelve en la atención directa al paciente, sino que también tenemos que ver que en cuanto a todo lo que involucra la atención, la infraestructura, los equipos, la capacitación que tenga el personal una serie de procesos que van a ir directamente relacionados al cuidado y la atención del paciente.</p> <p>(6) Tenemos que hablar de la preparación que debe tener el profesional de enfermería, sería el conocimiento y las habilidades destrezas que va desarrollando a lo largo de la carrera. Pero hay algo que considero que es bien importante que es la actitud, creo que eso es lo que actualmente está fallando, una persona puede tener mucho conocimiento, puede ser muy preparada pero la actitud que tenga con el paciente es muy importante, por ejemplo tenemos serios problemas con el maltrato, mala atención.</p> <p>(7) Intramuralmente tenemos nosotros todo lo que es capacitación, calidad, inducción del personal, tenemos que ver en cuanto a los requerimientos de recursos, tanto humanos y materiales, además debemos verificar los procesos y dar cumplimiento a nuestra funciones</p>	<p>la capacitación que están directamente relacionados con el cuidado y la atención del paciente,</p> <p>(6) El profesional debe tener conocimiento, habilidades y destrezas que desarrolla durante la carrera, lo más importante es que desarrolle la actitud frente al paciente.</p> <p>(7) La capacitación, calidad, inducción de personal, requerimientos de recursos humanos y materiales, son actividades que se realizan intramuralmente según la visión del establecimiento de salud.</p>
--	---

de acuerdo a la visión que tenga el establecimiento de salud.

(8) Exramuralmente son todas las coordinaciones, la abogacía que se hace con los líderes de la comunidad, con las autoridades, reuniones, una serie de actividades.

(9) La gestión del cuidado la asumen de acuerdo a las actividades o a las metas que tienen, pero a veces lo que falta es un trabajo en equipo generalmente estamos encontrando que hay un trabajo individual, se le entrega una responsabilidad y asumen bien este cargo pero no hay el trabajo en equipo, la coordinación entre uno y otro, es lo que falta es lo que tenemos que trabajar.

(10) Las propuesta seria, contar con profesionales que les guste trabajar en este primer nivel de atención, ay tenemos varios, en el primer nivel de atención tenemos la categorización de los establecimientos, por ejemplo aquí este establecimiento es un establecimiento I-4 entonces ay posibilidades para las colegas que les guste la parte de hospitalización, internamiento, puedan estar trabajando

(8) Las coordinaciones, la abogacía con los líderes de la comunidad, autoridades son actividades que se realizan extramuralmente.

(9) La gestión del cuidado se asume de acuerdo a actividades o metas, encontrando un trabajo individual y no trabajo en equipo.

(10) Para implementar la gestión del cuidado se debe contar con profesionales que les guste trabajar en el primer nivel de atención, y que tengan las herramientas actualizadas, tecnologías de información y comunicación, y el desarrollo del liderazgo.

en esa área. Pero tiene que gustarles, definitivamente tiene que gustarle el área donde se desempeñan. Tenemos que ver herramientas que son importantes con la tecnología, que todas las colegas tengan las herramientas adecuadas, todos tenemos que estar actualizados en tecnologías de información y comunicación los TICS es muy importante implementar eso y en si toda la tecnología que involucra el manejo de equipos de atención directa al paciente, la tecnología entrar más en esa parte, implementar también el liderazgo.

(11) La visión de la gestión del cuidado es contar con Profesionales capacitados, actualizados con las últimas tecnologías con actitud positiva, no tan solo tener el conocimiento, la habilidad la destreza en la atención integral del paciente de su familia de la comunidad y del entorno nosotros manejamos todo, todo lo que está alrededor del paciente integral.

(11) La visión de la gestión del cuidado es tener profesionales actualizados con últimas tecnologías, con actitud positiva, con habilidades y destrezas en la atención integral del paciente, familia, comunidad y su entorno.

Fuente: Archivo de transcripción de Discurso

CUADRO DE CODIFICACIÓN AXIAL

DISCURSO I

CODIFICACIÓN ABIERTA (CÓDIGOS PRELIMINARES)	CODIFICACIÓN AXIAL (CATEGORÍA CONCEPTUAL)
1 Cuidado: integral, individual 2 Persona: ser individual. 3 Salud: Atención integral: todas las esferas del ser humano, etapas de vida. 4 Entorno: todo lo que rodea a la persona.	CONCEPTOS DISCIPLINARIOS VISIÓN INTEGRATIVA-INTERACTIVA. A. Enfermería es cuidado integral, individual, en todas las esferas del ser humano en cada etapa de vida, considerando todo lo que rodea a la persona.
5 La gestión del cuidado involucra la atención, la infraestructura, los equipos, la capacitación que están directamente relacionados con el cuidado y la atención del paciente 7 La capacitación, calidad, inducción de personal, requerimientos de recursos humanos y materiales, son actividades que se realizan intramuralmente según la visión del establecimiento de salud. 9 La gestión del cuidado se asume de acuerdo a actividades o metas, encontrando un trabajo individual y no trabajo en equipo.	GESTIÓN DEL CUIDADO ENFOCADA A UN PROCESO ADMINISTRATIVO B. La atención, infraestructura, requerimientos de materiales, insumos, equipos, capacitación e inducción del personal están relacionados con la gestión del cuidado.
6 El profesional debe tener conocimiento, habilidades y destrezas que desarrolla durante la carrera, lo más importante es que desarrolle la actitud frente al paciente. 11 La visión de la gestión del cuidado es tener profesionales actualizados con	CONOCIMIENTOS C. El profesional debe tener conocimientos, lo más importante es que desarrolle la actitud positiva frente al paciente.

<p>últimas tecnologías, con actitud positiva, con habilidades y destrezas en la atención integral del paciente, familia, comunidad y su entorno</p>	
<p>5 Las coordinaciones, la abogacía con los líderes de la comunidad, autoridades son actividades que se realizan extramuralmente.</p>	<p>COORDINACIÓN D. Extramuralmente la enfermera realiza actividades de abogacía, con líderes comunitarios y autoridades.</p>
<p>10 Para implementar la gestión del cuidado se debe contar con profesionales que les guste trabajar en el primer nivel de atención, y que tengan las herramientas actualizadas, tecnologías de información y comunicación, y el desarrollo del liderazgo.</p> <p>11 La visión de la gestión del cuidado es tener profesionales actualizados con últimas tecnologías</p>	<p>LIDERAZGO EN ACTUALIZACIÓN E. El profesional de enfermería debe estar actualizado en el manejo de tecnologías y ser líder.</p>

DISCURSO II

CÓDIGO DE ENFERMERA: E-02

AÑOS DE EXPERIENCIA: 25

CUADRO DE CODIFICACIÓN ABIERTA

DATOS RECOLECTADOS	CODIFICACIÓN ABIERTA (CÓDIGOS PRELIMINARES)
<p>(1) Bueno primero tenemos que ver a la persona como un todo, entonces tenemos que ver el sistema de ellos como están.</p> <p>(2) también vemos todo lo que es su entorno porque si solamente nos vamos a dedicar a la persona como persona no porque tenemos que ver también todo lo que existe en su entorno.</p> <p>(3) tenemos que ver salud como la enfermera ve la salud de esta persona, ver cuáles son los problemas que presenta y profundizar en esos problemas, teniendo en consideración todo lo que es su entorno.</p> <p>(4) tenemos el cuidado como esta persona cuida su salud, enseñar a la persona como debe de cuidar su salud ello mismos, entonces tenemos esos cuatro cosas que hemos utilizado como</p>	<p>(1)Persona: un todo.</p> <p>(2)Entorno: todo lo que existe.</p> <p>(3)Salud: problemas que presenta.</p> <p>(4)Cuidado: como esta persona cuida su salud, enseñar a la persona como debe de cuidar su salud.</p>

<p>enfermeras y lo estamos aplicando aquí, viendo a la persona como un todo.</p> <p>(5) Para nosotros como significado de la gestión del cuidado vemos a todo lo que es el paciente como cuidar su salud, como verlo desde el momento como decíamos utilizando estos cuatro metaparadigmas como vemos a esta persona involucrada en lo que es el cuidado de su salud, después también tenemos que ver como la enfermera tiene que profundizar muchas veces no solamente ver la parte superficial, tenemos que ir mucho más allá, asea la enfermera ve casi todo de la persona tanto enferma como sana, el significado del cuidado para mí es un todo.</p> <p>(6) Una de las competencias es que el personal esté capacitado, personal comprometido, personal humano, parte humanística, después otro, después también tenemos personal que tenga comunicación asertiva entre ella y el paciente ese es otro aspecto que podemos determinar cómo enfermeras.</p> <p>(7) A veces también como que nos involucramos y vamos más allá que ya no se estipula, es el compromiso más profundo que a veces hacemos con la persona o el usuario, otra cualidad es</p>	<p>(5) enfermera ve a la persona tanto enferma como sana, el significado del cuidado es un todo.</p> <p>(6) las competencias del personal de enfermería que esté capacitado, comprometido que sea humano, que tenga comunicación asertiva.</p> <p>(7) Cualidad del profesional de enfermería es que realice seguimiento a las personas que están en mayor riesgo.</p>
--	---

<p>que estamos haciendo un constante seguimiento a las personas que están en mayor riesgo.</p> <p>(8) Intramuralmente estamos dando todo, lo que es la comunicación asertiva que tenemos con ellos, tenemos lo que es el educar a cada persona de acuerdo a lo que necesita, después también tenemos, actividades que realizamos a través de un sistema de seguimiento de los pacientes, actualización de las historias clínicas, las tarjetas que podemos utilizar.</p> <p>(9) Extramuralmente Tenemos las reuniones de concertación con las diferentes instituciones que existen en nuestra jurisdicción con todos ellos, trabajamos también con todas las organizaciones de base como son vaso de leche etc.</p> <p>(10) Para seguir mejorando tenemos que seguir actualizando en los nuevos cambios, en los nuevos retos que propone nuestra profesión, después seguir mejorando e implementando sistemas donde podamos obtener información oportuna y veraz, mejorar el tiempo de espera de los pacientes. Continuar con los sistemas de pre citas para los diferentes consultorios de</p>	<p>(8) Intramuralmente Educar a la persona en todo lo que necesita,</p> <p>(9) Extramuralmente se realizan reuniones de concertación con las diferentes instituciones.</p> <p>(10) implementación de sistemas información oportuna y veraz, mejorar el tiempo de espera de los pacientes, continuar con los sistemas de pre citas.</p>
---	--

<p>enfermería</p> <p>(11) La visión es hacer que un cien por ciento de personal de enfermería tengamos el mismo criterio trazar un mismo camino a seguir en bien del paciente, implementar las técnicas de manejo de sistema informático, manejar adecuadamente, hoy en día tenemos profesionales que no están muy adaptadas al manejo de este sistema y entonces les cuesta mucho trabajo, entonces lograr de repente eso mejorar. Lograr la armonía en el trabajo en equipo como profesionales, mejorar la relación interpersonal y que el usuario no observe los problemas.</p>	<p>(11) La visión de la gestión del cuidado es la unificación de criterios, manejo de sistemas informáticos, armonía en el trabajo, trabajo en equipo, y mejores relaciones interpersonales.</p>
--	--

Fuente: Archivo de transcripción de Discurso

CUADRO DE CODIFICACIÓN AXIAL

DISCURSO II

CODIFICACIÓN ABIERTA (CÓDIGOS PRELIMINARES)	CODIFICACIÓN AXIAL (CATEGORÍA CONCEPTUAL)
<p>1 Persona: un todo. 2 Entorno: todo lo que existe. 3 Salud: problemas que presenta. 4 Cuidado: como esta persona cuida su salud, enseñar a la persona como debe de cuidar su salud.</p>	<p>CONCEPTOS DISCIPLINARIOS VISIÓN INTEGRATIVA-INTERACTIVA. A. Enfermería ve a la persona como un todo, considerando su entorno, su salud, sus problemas, enseña cómo cuidar la salud.</p>
<p>6 Las competencias del personal de enfermería que esté capacitado,</p>	<p>COMUNICACIÓN ASERTIVA C. Las competencias que se consideran</p>

<p>comprometido que sea humano, que tenga comunicación asertiva.</p>	<p>en el profesional de enfermería son: que esté capacitado comprometido que sea humano, que tenga comunicación asertiva</p>
<p>9 Extramuralmente se realizan reuniones de concertación con las diferentes instituciones.</p>	<p>TRABAJO COMUNITARIO INTERINSTITUCIONAL D. Extramuralmente se realizan reuniones de concertación con las diferentes instituciones</p>
<p>10 implementaciones de sistemas información oportuna y veraz, mejorar el tiempo de espera de los pacientes, continuar con los sistemas de pre citas. 7 Calidad del profesional de enfermería es que realice seguimiento a las personas que están en mayor riesgo.</p>	<p>LIDERAZGO EN EL CUIDADO E. Implementación de sistemas de información oportuna y veraz, mejorar el tiempo de espera de los pacientes, continuar con los sistemas de pre citas.</p>
<p>11 La visión de la gestión del cuidado es la unificación de criterios, manejo de sistemas informáticos, armonía en el trabajo, trabajo en equipo, y mejores relaciones interpersonales.</p>	<p>LIDERAZGO EN MANEJO DE TECNOLOGÍA F. La visión de la gestión del cuidado es la unificación de criterios, manejo de sistemas informáticos, armonía en el trabajo, trabajo en equipo, y mejores relaciones interpersonales.</p>

DISCURSO III

CÓDIGO DE ENFERMERA: E- 03

AÑOS DE EXPERIENCIA: 20

CUADRO DE CODIFICACIÓN ABIERTA

DISCURSO III

DATOS RECOLECTADOS	CODIFICACIÓN ABIERTA (CÓDIGOS PRELIMINARES)
<p>(1) Si hacemos una definición de lo que es persona es ese ser integral de nuestra sociedad por el cual debemos velar por su bienestar físico, psíquico, social básicamente.</p>	<p>(1) Persona: ser integral.</p>
<p>(2) y si queremos hablar de lo que es salud está relacionado con el completo bienestar físico psíquico y social de una persona aunque no podamos cumplir en un cien por ciento con esa definición.</p>	<p>(2) Salud: bienestar físico, psíquico, social.</p>
<p>(3) Si nos vamos al entorno, son todos aquellos factores que condicionan a esta persona y que está relacionado con su salud y con el proceso de salud enfermedad.</p>	<p>(3) Entorno: factores que condicionan relacionado con el proceso de salud enfermedad.</p>
<p>(4) Y si nosotros nos referimos o vamos viendo con lo que es el cuidado específicamente, de este individuo de esta persona, tendríamos que ver el autocuidado que debe tener el individuo o la persona y de los cuidado que también</p>	<p>(4) Cuidado: lo que genera la enfermera</p>

<p>nosotros como personal de salud generamos en esta persona, en este ser en este paciente o este usuario externo que nosotros concebimos en este primer nivel de atención.</p> <p>(5) Gestión es todo aquel proceso que nosotros desarrollamos en forma integral para hacer que nuestro usuario sea beneficiado en todas sus esferas biopsicosocial.</p> <p>(6) capacidad de gestión, capacidad de liderazgo, crear alianzas, capacidad de crear esas alianzas estratégicas para el bienestar de ese usuario que nosotros tenemos y lograr los objetivos tanto institucionales como también de ese usuario.</p> <p>(7) A parte del conocimiento las habilidades que debe tener no solamente la parte de empatía, en la parte de trato al ser humano, calidad, calidez.</p> <p>(8) Intramuralmente Son varias, coordinaciones a nivel de los que es gerencias, jefaturas, servicios eso es en forma diaria.</p> <p>(9) En el establecimiento creo yo se asume la gestión del cuidado de manera</p>	<p>(5) La Gestión es un proceso que se brinda de forma integral para beneficio del usuario en sus esferas biopsicosocial.</p> <p>(6) capacidad de gestión, de liderazgo, en beneficio del usuario.</p> <p>(7) Las habilidades del profesional de enfermería son el conocimiento, la empatía, el trato al ser humano con calidad y calidez.</p> <p>(8) Coordinaciones, gerencias, jefaturas, servicios.</p> <p>(9) Responsabilidad y profesionalismo al asumir la gestión del cuidado.</p>
--	---

<p>responsable no solamente por profesionalismo si no por la empatía que como profesionales de salud practicamos frente al paciente, no creo que haya queja con relación a esa parte en enfermería.</p> <p>(10) Nosotros siempre buscando el liderazgo ser pues en algún momento líder en el cuidado en el primer nivel de atención que es preventivo promocional.</p> <p>(11) Lamentablemente a veces esta visión es un poco difícil en el sentido cada vez nos vamos volviendo más asistenciales y no estamos acudiendo a la parte comunitaria o preventivo promocional acá solamente en los establecimientos de salud de primer nivel hay una responsable de las actividades que son netamente preventivo promocionales mientras el resto está abocadas a la parte netamente asistencial que son controles de crecimiento y desarrollo, pero la parte educativa de difusión y promoción de nuestra labor de informar de educar de comunicar se ve un poco relegada.</p> <p>(12) pero la visión es llegar a eso a ser líderes en lo que es preventivo promocional, como le digo hay bastantes dificultades pero como bien claro es la visión que uno tiene que es a futuro.</p>	<p>(10) Ser líder en el cuidado en el primer nivel de atención.</p> <p>(11) Se relega las actividades preventivas promocionales por labor asistencial.</p> <p>(12) Llegar a ser líderes en actividades preventivo promocionales</p>
---	---

Fuente: Archivo de transcripción de Discurso

CUADRO DE CODIFICACIÓN AXIAL

DISCURSO III

CODIFICACIÓN ABIERTA (CÓDIGOS PRELIMINARES)	CODIFICACIÓN AXIAL (CATEGORÍA CONCEPTUAL)
1 Persona: ser integral. 2 Salud: bienestar físico, psíquico, social. 3 Entorno: factores que condicionan relacionado con el proceso de salud enfermedad. 4 Cuidado: lo que genera la enfermera.	CONCEPTOS DISCIPLINARIOS VISIÓN INTEGRATIVA-INTERACTIVA. A. Velar por el bienestar bienestar físico, psíquico, social.
5 La Gestión es un proceso que se brinda de forma integral para beneficio del usuario en sus esferas biopsicosocial.	GESTIÓN DEL CUIDADO ENFOCADA A LA SALUD B La Gestión es un proceso integral para beneficio del usuario en sus esferas biopsicosocial.
7 Las habilidades del profesional de enfermería son el conocimiento, la empatía, el trato al ser humano con calidad y calidez.	CONOCIMIENTO, EMPATÍA, D. Profesional con habilidades para la gestión del cuidado conocimiento, la empatía y el trato.
6 Capacidad de gestión, capacidad de liderazgo, y el logro de objetivos institucionales y capacidad de generar alianzas en beneficio del usuario. 10 Ser líder en el cuidado en el primer nivel de atención. 8 Responsabilidad y profesionalismo al asumir la gestión del cuidado.	GESTIÓN DEL CUIDADO ENFOCADA A UN PROCESO ADMINISTRATIVO E. Profesional con capacidad de gestión y liderazgo para el logro de objetivos institucionales.
10 La dificultad es que hay una sola enfermera encargada de promoción de la salud y las demás son asistenciales, relegando la labor educativa de difusión y promoción de la salud (10)	RELEGANDO LA LABOR EDUCATIVA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. G. Hay un solo profesional encargado de promoción de la salud en el establecimiento.

DISCURSO IV

CÓDIGO DE ENFERMERA: E-04

AÑOS DE EXPERIENCIA: 33

CUADRO DE CODIFICACIÓN ABIERTA

DISCURSO IV

DATOS RECOLECTADOS	CODIFICACIÓN ABIERTA (CÓDIGOS PRELIMINARES)
<p>(1) Bueno uno sería el entorno, otro es la salud, lo relacionado a las personas y lo relacionado al cuidado. Bien que significa para mí, en cuanto al entorno vendría a ser todo lo que le rodea a la persona, a la familia, donde se desenvuelve, donde vive.</p>	<p>(1) Entorno: lo que le rodea a la persona.</p>
<p>(2) La salud sería un conjunto de sistemas que estén marchando bien, que esté dando bienestar sobre todo, redundando a lo que es el mismo concepto que nos dice que la salud es el completo estado de bienestar, biopsicosocial.</p>	<p>(2) Salud: bienestar, biopsicosocial.</p>
<p>(3) en cuanto a la persona es ver al mismo paciente como una persona, verlo como un todo, cada uno con sus calidades positivas negativas, con todo lo bueno y lo malo que trae.</p>	<p>(3) Persona: es ver al mismo paciente, verlo como un todo.</p>
<p>(4) y los cuidados están referidos a todo</p>	<p>(4) Cuidados: conjunto de actividades</p>

el conjunto de actividades que hace la enfermera referidas a una persona con algún daño para lograr que se pueda recuperar.

5) En cuanto a la gestión del cuidado es la base del quehacer de la enfermera, es realizar todo un plan donde se tenga que determinar todo lo que se tenga que hacer con el paciente para que se pueda recuperar definitivamente en todas sus esferas y si en alguno de ellos en cuanto a lo que es gestión es que se puede ver si en alguna de esas etapas que están relacionadas al cuidado del paciente y él no lo pueda hacer se pueda ver de repente en su entorno o en la comunidad, los recursos que se puedan tener para el bien de él.

(6) La enfermera tiene que tener conocimientos, tiene que tener habilidades, experiencia que va adoptando a lo largo de su tiempo de trabajo, lo otro es también la paciencia y sobre todo cualidades como la empatía, ponerse en el lugar de esa persona, verlo como si fuera algún hermano o un familiar.

(7) Intramuralmente se trabaja con los diferentes grupos atareos, por ejemplo

que hace la enfermera.

(5) la gestión del cuidado es la base del quehacer de la enfermera la que planifica sus acciones a través de la elaboración de un plan de cuidados, analizando los recursos con los que cuenta el paciente en su entorno con la finalidad de lograr el equilibrio biopsicosocial.

(6) La enfermera debe tener conocimientos, paciencia empatía que se adquieren con la experiencia.

(7) Intramuralmente el profesional de enfermería realiza la gestión del

niño está todo el plan de cuidados que se tiene, desde que nace, de ver y enseñarle a la mamá a reconocer sus signos y síntomas de cuidado o de alerta, enseñarle también lo preventivo, enseñarle también como bañarlo, la lactancia materna, dentro de lo que es niño está también los cuidados que debe tener el niño en cuanto a su alimentación, su desarrollo, crianza y después lo referente a si presenta alguna patología los cuidados estarían referidos a la prevención de acuerdo a las estaciones como son las Iras las Edas, las infecciones todo lo que sea prevención, al igual en el adolescente, en el adulto en el adulto mayor todavía mucho más por ser una persona que está en una edad tan vulnerable.

(8) A parte de ser enfermera encargada de la jefatura estoy encargada de la atención de tópicos de emergencia.

(9) Estoy encargada de la programación de la organización del servicio de enfermería, que tiene que ver con los roles de turno, la distribución del personal de enfermería en las diferentes áreas, ver que los servicios estén dotados con materiales e insumos que se necesitan, también soy participe

cuidado según las etapas de vida plasmadas en un plan de cuidados.

(8) La enfermera jefe también desarrolla labor asistencial.

(9) las actividades de gestión del cuidado son programación de personal, organización del servicio de enfermería, dotación de materiales e insumos, control y permanencia de la asistencia del personal, reuniones de evaluación de las diferentes estrategias.

de lo que es el control y permanencia de la asistencia del personal a mi cargo, hacemos también reuniones de evaluación de las diferentes estrategias que llevamos para ver cómo estamos, planteamos estrategias para mejorar todos en conjunto.

(10) Extramuralmente lo bueno que como enfermería lleva también la parte de lo que es de promoción apoyamos en actividades que se realizan en la comunidad, los seguimientos que se realizan a través de visitas domiciliarias, las campañas y las capacitaciones que se dan a los líderes de la comunidad, agentes comunitarios, profesores.

(11) La enfermera asume la gestión del cuidado de forma innata es parte de nuestra profesión, creo que lo que más nos caracteriza es el cuidado.

(12) De acuerdo a la realidad actual tienen que haber capacitaciones por ejemplo tenemos pacientes que están con cáncer por ejemplo, entonces tenemos que estar capacitadas en tratamientos del cáncer en el hogar, tenemos que asesorar a la familia, los tratamientos para el dolor, tratar que conserven una calidad de vida, esto se

(10) Extramuralmente las actividades de gestión del cuidado son seguimientos que se realizan a través de visitas domiciliarias, las campañas y las capacitaciones que se dan a los líderes de la comunidad, agentes comunitarios, profesores.

(11) Lo que caracteriza a la enfermera es el cuidado.

(12) La enfermera debe estar capacitada y contar con herramientas para la atención en los niveles de recuperación y rehabilitación del paciente.

ve desde el punto de vista hospitalario y se está dejando de lado la parte comunitaria, tendríamos que estar capacitadas en cuanto a eso, porque además hay bastante pacientes postrados, producto de las complicaciones de las hipertensiones o accidentes cerebro vascular , como enfermeras del primer nivel debemos estar capacitadas contar con herramientas para poder brindar atención y guiar a esa familia.

(13) Yo creo que como enfermeras nuestra visión es muy alentadora, que se recobre en la enfermera la confianza, sobre todo la enfermera debe estar empoderada en todo lo que son conocimientos habilidades para lo que es el cuidado del paciente en el primer nivel no solo las actividades preventivo promocionales sino también en las actividades recuperativas que es lo que está empezando a incrementar y ser la enfermera un pilar de apoyo para la familia.

(13) La visión de la gestión del cuidado es que enfermería este empoderada, con conocimientos no solo las actividades preventivo promocionales sino también en las actividades recuperativas.

Fuente: Archivo de transcripción de Discurso

CUADRO DE CODIFICACIÓN AXIAL

DISCURSO IV

CODIFICACIÓN ABIERTA (CÓDIGOS PRELIMINARES)	CODIFICACIÓN AXIAL (CATEGORÍA CONCEPTUAL)
1 Entorno: lo que le rodea a la persona 2 Salud: bienestar, biopsicosocial Persona: es ver al mismo paciente, verlo como un todo 3 Cuidados: conjunto de actividades que hace la enfermera	CONCEPTOS DISCIPLINARIOS VISIÓN INTEGRATIVA-INTERACTIVA. A. ver al paciente como una persona, verlo como un todo.
5 la gestión del cuidado es la base del quehacer de la enfermera la que planifica sus acciones a través de la elaboración de un plan de cuidados, analizando los recursos con los que cuenta el paciente en su entorno con la finalidad de lograr el equilibrio biopsicosocial. 7 Intramuralmente el profesional de enfermería realiza la gestión del cuidado según las etapas de vida plasmadas en un plan de cuidados 9 Las actividades de gestión del cuidado son programación de personal, organización del servicio de enfermería, dotación de materiales e insumos, control y permanencia de la asistencia del personal, reuniones de evaluación de las diferentes estrategias.	GESTIÓN DEL CUIDADO ENFOCADA A UN PROCESO ADMINISTRATIVO B. Base del quehacer de la enfermera es realizar un plan para que se pueda recuperar el paciente y los recursos con los que cuenta en su entorno.
6 La enfermera tiene que tener conocimientos, paciencia empatía.	CONOCIMIENTOS Y EMPATÍA C. La enfermera tiene que tener

	conocimientos, paciencia empatía.
8 La enfermera jefe también desarrolla labor asistencial, la encargatura no es remunerada ni reconocida	LABOR DE LA ENFERMERA JEFE NO ES RECONOCIDA NI REMUNERADA D. La enfermera jefe también desarrolla labor asistencial, la encargatura no es remunerada ni reconocida.
12 La enfermera debe estar capacitada y contar con herramientas para la atención en los niveles de recuperación y rehabilitación del paciente.	GESTIÓN DEL CUIDADO ENFOCADA A LA SALUD E. La enfermera debe estar capacitada y contar con herramientas para la atención en los niveles de recuperación y rehabilitación del paciente.

DISCURSO V

CÓDIGO DE ENFERMERA: E- 05

AÑOS DE EXPERIENCIA: 09 años

CUADRO DE CODIFICACIÓN ABIERTA

DISCURSO V

DATOS RECOLECTADOS	CODIFICACIÓN ABIERTA (CÓDIGOS PRELIMINARES)
(1) La persona es aquel ser humano que tiene derechos pero también tiene deberes,	(1) Persona: ser humano que tiene derechos y deberes.
(2) la salud es el bienestar individual de una persona como también el aspecto social, en el aspecto psicológico, un equilibrio entre estos escenarios o factores.	(2) Salud: bienestar individual, social, en el aspecto psicológico, un equilibrio.
(3) El cuidado son aquellas actividades que uno realiza con la finalidad de poder mejorar el estado actual de una persona, de una sociedad,	(3) Cuidado: actividades que uno realiza con la finalidad de poder mejorar el estado actual de una persona, de una sociedad.
(4) El entorno son los escenarios o lo que rodea a la persona con lo cual la persona se interrelaciona, podría ser la familia, la comunidad, la iglesia las instituciones públicas o privadas.	(4) Entorno: escenarios o lo que rodea a la persona, la persona se interrelaciona.
(5) La gestión del cuidado es buscar estrategias que me lleven a mejorar las	(5) La gestión del cuidado busca estrategias para mejorar las actividades

actividades del cuidado de tal manera que sea eficiente.

(6) La Enfermera debe ser líder, debe ser paciente, asertiva, comunicativa, tomar en cuenta las opiniones de los demás.

(7) Intramuralmente la enfermera realiza los informes de cada estrategia, realizamos un plan de trabajo, de acuerdo a las estrategias de salud que estemos a cargo, coordinamos las actividades preventivas promocionales con cada servicio, organización dentro del establecimiento, el clima del usuario externo e interno, aplicándoles las encuestas de evaluación.

(8) Extramuralmente se coordina con las municipalidades para poder trabajar el trabajo con comunidades y municipios todo lo que es promoción de la salud, se coordina también con otras organizaciones de base, se planea también campañas multidisciplinarias, se establece también coordinaciones con las redes de salud con las direcciones de salud, colegio de enfermeros, instituciones públicas o privadas.

de cuidado.

(6) Enfermera líder, paciente asertiva.

(7) La enfermera realiza informes de cada estrategia, elabora un plan de trabajo, coordina actividades preventivas promocionales evalúa el clima organizacional.

(8) Coordina con las municipalidades, organizaciones de base, planea campañas multidisciplinarias coordinaciones con instituciones públicas o privadas.

(9) El actuar de enfermería actualmente es demasiada pasiva si vemos en un panorama en la red de salud creo que ni el veinte por ciento de gerente son enfermeros, la mayoría son otras carreras, de repente es un poco la pasividad el miedo porque no están capacitados, o no se sienten capaces de repente de poder organizar su tiempo para poder llevar a cabo lo que es la gestión, creo que es falta de conocimiento, porque si a la enfermera le explicaran las actividades que se realizan cuando uno es gerente o cuando ejerce la gestión, son las mismas que realiza, porque ella misma realiza actividades intramurales, extramurales son las que realiza solamente que ella al escuchar la palabra gerente o gestión tienen temor y prefieren no involucrarse en ese tema.

(10) Para implementar la gestión deben realizarse reuniones de sensibilización, talleres de liderazgo, realizar grupos para compartir experiencias y aprender unos de otros porque hay enfermeras con mayor experiencia con los que recién están egresando, juntar enfermeras de diversos grupos étnicos y también de diverso sexo, porque es diferente la percepción de un varón a la

(9) Enfermería actualmente es demasiada pasiva no están capacitados prefieren no involucrarse en obtener algún cargo de gerencia.

(10) Para implementar la gestión deben realizarse Grupo para compartir experiencias talleres de liderazgo enfermeras de diversos grupos étnicos y también de diverso sexo pasantías.

<p>de una mujer, quizás pasantías con otras regiones en la que la carrera este surgiendo.</p> <p>(11) reconocimiento y motivación al personal que está ejerciendo una gestión.</p> <p>(12) La Visión de la Gestión del cuidado es que este sea integrado, organizado y multidisciplinario.</p>	<p>(11) reconocimiento y motivación al personal que está ejerciendo una gestión.</p> <p>(12) La Visión de la Gestión del cuidado es que este sea integrado, organizado y multidisciplinario</p>
--	---

Fuente: Archivo de transcripción de Discurso

CUADRO DE CODIFICACIÓN AXIAL

DISCURSO V

CODIFICACIÓN ABIERTA (CÓDIGOS PRELIMINARES)	CODIFICACIÓN AXIAL (CATEGORÍA CONCEPTUAL)
<p>1 Persona: ser humano que tiene derechos pero también tiene deberes.</p> <p>2 Salud: bienestar individual, social, en el aspecto psicológico, un equilibrio.</p> <p>3 Cuidado: actividades que uno realiza con la finalidad de poder mejorar el estado actual de una persona, de una sociedad.</p> <p>4 Entorno: escenarios o lo que rodea a la persona, la persona se interrelaciona.</p>	<p>CONCEPTOS DISCIPLINARIOS VISIÓN INTEGRATIVA-INTERACTIVA.</p> <p>A. Ser humano que tiene derechos y deberes en la que su salud está dada por el equilibrio en el aspecto social y psicológico, al que se le brinda cuidados con la finalidad de mejorar su estado actual, incluido en un entorno familiar, comunitario e institucional.</p>
<p>5 La gestión del cuidado busca estrategias para mejorar las actividades de cuidado</p> <p>11 Visión de la Gestión del cuidado es que este sea integrado, organizado y</p>	<p>GESTIÓN DEL CUIDADO ENFOCADA A LA SALUD</p> <p>B. La gestión del cuidado busca estrategias para mejorar las actividades de cuidado y este debe ser integrado,</p>

multidisciplinario.	organizado y multidisciplinario.
6 Enfermera líder, paciente asertiva.	COMUNICACIÓN ASERTIVA C. Líder, paciente asertiva.
9 Actualmente es demasiada pasiva no están capacitados	ACTITUD PASIVA DEL PROFESIONAL D. En la actualidad pasiva
7 La enfermera realiza informes de cada estrategia, elabora un plan de trabajo, coordina actividades preventivas promocionales evalúa el clima organizacional.	COORDINACIÓN E. La enfermera elabora un plan de trabajo, coordina actividades preventivas promocionales evalúa el clima organizacional.
8 Coordina con las municipalidades, organizaciones de base, planea campañas multidisciplinarias coordinaciones con instituciones públicas o privadas.	TRABAJO COMUNITARIO INTERINSTITUCIONAL F. Coordina con las municipalidades, organizaciones de base, planea campañas multidisciplinarias coordinaciones con instituciones públicas o privadas.
10 Para implementar la gestión deben realizarse Grupo para compartir experiencias talleres de liderazgo enfermeras de diversos grupos étnicos y también de diverso sexo pasantías	LIDERAZGO EN EL CUIDADO G. Grupo para compartir experiencias talleres de liderazgo, pasantías
RECONOCIMIENTO Y MOTIVACIÓN 11 Reconocimiento y motivación al personal que está ejerciendo una gestión.	RECONOCIMIENTO Y MOTIVACIÓN 11 Reconocimiento y motivación al personal que está ejerciendo una gestión.

DISCURSO VI

CÓDIGO DE ENFERMERA: E-06

AÑOS DE EXPERIENCIA: 8 años

CUADRO DE CODIFICACIÓN ABIERTA

DISCURSO VI

DATOS RECOLECTADOS	CODIFICACIÓN ABIERTA (CÓDIGOS PRELIMINARES)
(1) La persona es el individuo con poder de raciocinio y que cuenta con una identidad,	(1) Persona: individuo con poder de raciocinio y que cuenta con una identidad.
(2) el entorno son una serie de factores que rodean a una persona tales como los factores sociales, culturales, morales económicos,	(2) Entorno: factores que rodean a una persona.
(3) el cuidado de enfermería son todas las atenciones y actividades que realiza el enfermero en bienestar de su paciente	(3) Cuidado. Atenciones y actividades que realiza el enfermero en bienestar de su paciente.
(4) la salud son una serie de condiciones físicas en que se encuentra una persona.	(4) Salud: condiciones físicas en que se encuentra una persona.
(5) La gestión del cuidado se entiende como la razón de ser de la enfermera o el ejercicio profesional, bajo una base científica en el cual aplicara un juicio profesional en la planificación,	(5) La gestión del cuidado se entiende como la razón de ser de la enfermera cuenta con una base científica en el que aplica un juicio profesional en la planificación, organización y ejecución

organización y ejecución de los cuidados para el bienestar de la persona familia y comunidad.

(6) Las cualidades del profesional de enfermería son la comunicación asertiva, estabilidad emocional, empatía, flexibilidad, respuesta oportuna y resistencia física.

(7) Intramuralmente se realizan actividades de diagnóstico precoz, recuperación y rehabilitación con calidad y calidez cuyo único objetivo es insertar al individuo en su entorno.

(8) Extramuralmente la enfermera realiza actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con el único objetivo de brindar cuidados oportunos, seguros, integrales que aseguren continuidad de la atención en el individuo familia y comunidad.

(9) Intramuralmente desde el punto de vista del primer nivel de atención realizar gestiones con diferentes escenarios de promoción de la salud, realizando actividades de información, educación y comunicación para cambiar hábitos y costumbres del individuo,

de los cuidados para el bienestar de la persona familia y comunidad.

(6) cualidades del profesional de enfermería son la comunicación asertiva, estabilidad emocional,, empatía, flexibilidad, respuesta oportuna y resistencia física.

(7) diagnóstico precoz, recuperación y rehabilitación con calidad y calidez cuyo único objetivo es insertar al individuo en su entorno

(8) Enfermera realiza actividades de promoción de la salud prevención de la enfermedad de forma oportuna, segura integral asegurando la continuidad de la atención en el individuo familia y comunidad.

(9) gestiones con diferentes escenarios de promoción de la salud realizando actividades de información, educación y comunicación cambiar hábitos y costumbres del individuo, familia y comunidad.

<p>familia y comunidad.</p> <p>(10) Las propuestas para implementar la gestión del cuidado serian motivar el liderazgo, empoderamiento en los profesionales de enfermería mediante capacitaciones.</p> <p>(11)La visión de la gestión del cuidado es que la enfermera se empodere en brindar una atención con calidad y calidez considerando las determinantes de la salud en el primer nivel de atención.</p>	<p>(10) Motivar el liderazgo, empoderamiento en los profesionales de enfermería mediante capacitaciones. Considerando las determinantes de la salud en el primer nivel de atención.</p> <p>(11) La enfermera debe empoderarse en brindar una atención con calidad y calidez considerando las determinantes de la salud.</p>
--	---

Fuente: Archivo de transcripción de Discurso

CUADRO DE CODIFICACIÓN AXIAL

DISCURSO VI

CODIFICACIÓN ABIERTA (CÓDIGOS PRELIMINARES)	CODIFICACIÓN AXIAL (CATEGORÍA CONCEPTUAL)
<p>1 Persona: individuo con poder de raciocinio y que cuenta con una identidad.</p> <p>2 Entorno: factores que rodean a una persona.</p> <p>3 Cuidado. Atenciones y actividades que realiza el enfermero en bienestar de su paciente.</p> <p>4 Salud: condiciones físicas en que se encuentra una persona.</p>	<p>CONCEPTOS DISCIPLINARIOS VISIÓN INTEGRATIVA-INTERACTIVA.</p> <p>.</p> <p>A. Persona con poder de raciocinio, con identidad, con un entorno con factores sociales culturales, morales económicos, al cual se le brinda cuidados para su bienestar siendo su salud una serie de condiciones físicas.</p>

<p>5 La gestión del cuidado se entiende como la razón de ser de la enfermera cuenta con una base científica en el que aplica un juicio profesional en la planificación, organización y ejecución de los cuidados para el bienestar de la persona familia y comunidad. (5)</p>	<p>GESTIÓN DEL CUIDADO ENFOCADA A UN PROCESO ADMINISTRATIVO B. La gestión del cuidado es la razón de ser de la enfermera con una base científica en el que aplica un juicio profesional en la planificación, organización y ejecución de los cuidados para el bienestar de la persona familia y comunidad.</p>
<p>6 cualidades del profesional de enfermería son la comunicación asertiva, estabilidad emocional,, empatía, flexibilidad, respuesta oportuna y resistencia física(6)</p>	<p>ASERTIVO, EMPÁTICO. C. Profesional de enfermería con comunicación asertiva, estabilidad emocional, empatía, flexibilidad, respuesta oportuna y resistencia física.</p>
<p>5 diagnóstico precoz, recuperación y rehabilitación con calidad y calidez cuyo único objetivo es insertar al individuo en su entorno Enfermera realiza actividades de promoción de la salud prevención de la enfermedad de forma oportuna, segura integral asegurando la continuidad de la atención en el individuo familia y comunidad. 6 gestiones con diferentes escenarios de promoción de la salud realizando actividades de información, educación y comunicación cambiar hábitos y costumbres del individuo, familia y comunidad</p>	<p>GESTIÓN DEL CUIDADO ENFOCADA A LA SALUD D. Realizar acciones de promoción de la salud, diagnóstico precoz, recuperación y rehabilitación con calidad y calidez cuyo único objetivo es insertar al individuo en su entorno de forma oportuna, segura integral asegurando la continuidad de la atención en el individuo familia y comunidad.</p>
<p>10 Motivar el liderazgo, empoderamiento en los profesionales</p>	<p>LIDERAZGO EN EL CUIDADO E. Motivar el liderazgo, empoderamiento</p>

de enfermería mediante capacitaciones.
Considerando las determinantes de la salud en el primer nivel de atención.

(11) La enfermera debe empoderarse en brindar una atención con calidad y calidez considerando las determinantes de la salud

en los profesionales de enfermería mediante capacitaciones.

DISCURSO VII

CÓDIGO DE ENFERMERA: E-07

AÑOS DE EXPERIENCIA: 12 años

CUADRO DE CODIFICACIÓN ABIERTA

DISCURSO VII

DATOS RECOLECTADOS	CODIFICACIÓN ABIERTA (CÓDIGOS PRELIMINARES)
<p>(1)Bueno para mí la persona es un ser vivo,</p> <p>(2)el entorno es el lugar donde se desenvuelve la persona,</p> <p>(3)el cuidado es mi trabajo, es la labor diaria para el cuidado del paciente,</p> <p>(4)Salud es la ausencia de enfermedad es el equilibrio biológico psicológico y social de una persona.</p> <p>(5) Gestión del cuidado, bueno en el primer nivel hacemos actividades preventivas promocionales, administrar recursos, planifico las actividades del personal a mi cargo, cumplimiento de metas, indicadores, monitoreo, evaluación del trabajo.</p> <p>(6) El enfermero debe ser líder, el resto se aprende, tener la capacidad de</p>	<p>(1) Persona es un ser vivo.</p> <p>(2)Entorno es el lugar donde se desenvuelve la persona.</p> <p>(3)Cuidado es mi trabajo, es la labor diaria.</p> <p>(4)Salud ausencia de enfermedad equilibrio biológico psicológico y social de una persona.</p> <p>(5) En la gestión del cuidado se planifican y ejecutan actividades preventivas promocionales y se monitorizan y evalúan indicadores y metas de trabajo.</p> <p>(6) El profesional de enfermería debe tener la capacidad de liderar el grupo.</p>

<p>liderar al grupo, la necesidad te orienta a ser responsable.</p> <p>(7) Intramuralmete se realiza sobre todo actividades para dar cumplimiento al logro de las metas establecidas en el plan de salud local.</p> <p>(8) Extramuralmente, lo que me avoco al cumplimiento de las actividades del PSL que nos indica que debemos trabajar con instituciones, agentes comunitarios, club de madres, municipios.</p> <p>(9) El enfermero tiene que hacer lo que debe hacer es mi trabajo debo cumplir porque además recibo un pago, yo hago lo que se hacer, con los conocimientos adquiridos durante mi formación, por ejemplo en la altura hay muchos colegas que les ruegan a la población por ejemplo en vacunación, en cambio yo les explico y si aun con la educación brindada no aceptan algún procedimiento o cuidado yo le explico que tienen que firmar que no están aceptando.</p> <p>(10) En el primer nivel de atención nos hemos llenado tanto de formatos y papeles que no te da tiempo de atender</p>	<p>(7) Intramuralmete se realiza todo actividades para el logro de metas.</p> <p>(8) Trabajo según el Plan de Salud Local.</p> <p>(9) Personal de enfermería con conocimientos educa a la población advierte de consecuencia de la toma de decisiones en relación a su salud.</p> <p>(10) Enfermería prioriza llenado de información en la atención al paciente.</p>
--	--

a la gente, le quitamos tiempo a la atención por darle tiempo al llenado de información, hay que llenar seguimientos, los HIS, formatos del SIS, Historia Clínica, por ejemplo de media hora que te dan para la atención veinte minutos te demoras en escribir, escribes más y atiendes menos, y estamos perdiendo la oportunidad de encontrar más cosas en el paciente, o incluso nos relacionamos mal con ellos, el trabajo es ordenado pero se ha exagerado en lo que es la documentación, para mí eso es un problema un retroceso una pared entre el paciente y nosotros.

(11) Creo que la visión sería una atención más centrada en la persona que en el producto, se trabaja en base a metas y no podemos medir el resultado que en si era cambiar actitudes y comportamientos en la persona, no se evalúan esos cambios, se evalúan números tratando de llegar a ello de cualquier manera.

(11) visión de la gestión del cuidado centrada en la persona

Fuente: Archivo de transcripción de Discurso

CUADRO DE CODIFICACIÓN AXIAL

DISCURSO VII

CODIFICACIÓN ABIERTA (CÓDIGOS PRELIMINARES)	CODIFICACIÓN AXIAL (CATEGORÍA CONCEPTUAL)
<p>1 Persona es un ser vivo.</p> <p>2 Entorno es el lugar donde se desenvuelve la persona.</p> <p>3 Cuidado es mi trabajo, es la labor diaria.</p> <p>4 Salud ausencia de enfermedad equilibrio biológico psicológico y social de una persona.</p>	<p>CONCEPTOS DISCIPLINARIOS VISIÓN INTEGRATIVA-INTERACTIVA.</p> <p>.</p> <p>A. Ser vivo que se desenvuelve en un entorno recibe cuidado de enfermería procurando el equilibrio biológico psicológico y social de una persona.</p>
<p>5 En la gestión del cuidado se planifican y ejecutan actividades preventivas promocionales y se monitorizan y evalúan indicadores y metas de trabajo.</p>	<p>GESTIÓN DEL CUIDADO ENFOCADA A UN PROCESO ADMINISTRATIVO</p> <p>B. En la gestión del cuidado se planifican y ejecutan actividades preventivas promocionales y se monitorizan y evalúan indicadores y metas de trabajo.</p>
<p>6 El profesional de enfermería debe tener la capacidad de liderar el grupo.</p>	<p>LIDERAZGO EN EL CUIDADO</p> <p>C. El profesional de enfermería debe tener la capacidad de liderar el grupo.</p>
<p>8 Intramuralmete se realiza todo actividades para el logro de metas. Trabajo según el Plan de Salud Local.</p>	<p>TRABAJO PARA EL LOGRO DE METAS SEGÚN PLAN DE SALUD LOCAL</p> <p>D. El profesional de enfermería trabaja según la programación del plan de salud local.</p>
<p>9 Personal de enfermería con conocimientos educa a la población advierte de consecuencia de la toma de</p>	<p>EDUCACIÓN</p> <p>E. Personal de enfermería educa a la población para la toma de decisiones en</p>

decisiones en relación a su salud.	relación a su salud.
11 visión de la gestión del cuidado centrada en la persona(GESTIÓN DEL CUIDADO ENFOCADA A LA SALUD
10 Enfermería prioriza llenado de información en la atención al paciente.	F. visión de la gestión del cuidado centrada en la persona

ANEXO 05

ANÁLISIS DE DISCURSOS POR LÍNEA

CUADRO DE ANÁLISIS I- CATEGORÍA: CONCEPTOS DISCIPLINARIOS

UNIDAD DE SIGNIFICADO	DI	DII	DIII	DIV	DV	DVI	DVII
Persona	L-2	L-1	L-2-3	L-7	L-1	L-1-2	L-1
Cuidado	L-2	L-7-8	L-1-2	L-9-10	L-4	L-3-4	L-2
Salud	L-3	L-6	L-3-4	L-6	L-2-3	L-5-6	L-3-4
Entorno	L-5-6	L-4	L-7	L-2-3	L-5-6	L-2	L-1-2

CUADRO DE ANÁLISIS II- CATEGORÍA: JUICIO PROFESIONAL DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO

UNIDAD DE SIGNIFICADO	DI	DII	DIII	DIV	DV	DVI	DVII
Gestión del Cuidado Enfocada a un Proceso Administrativo	L-8.9.10-20-21		L-15	L-36-37-38		L-9-10	L-6-7
Gestión del Cuidado Enfocada a la Salud	L-11	L-11-12-13	L-16-17	L-14-15-16	L-8-9	L-9-10-22-24	

CUADRO DE ANÁLISIS III- CATEGORÍA: COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO

UNIDAD DE SIGNIFICADO	DI	DII	DIII	DIV	DV	DVI	DVII
Conocimientos	L-13		L-19	L-19			L-16
Comunicación asertiva		L-21-27			L-10	L-11	
Empatía				L-21		L-12	

CUADRO DE ANÁLISIS IV: RELACIÓN CON LA COMUNIDAD

UNIDAD DE SIGNIFICADO	DI	DII	DIII	DIV	DV	DVI	DVII
Coordinación	L-24		L-23		L-17-20		
Trabajo Comunitario Interinstitucional	L-25	L-32-33	L-25-26.27-28	L-45-46	L-18-19	L-22-24	L-13-14

CUADRO DE ANÁLISIS V: LIDERAZGO

UNIDAD DE SIGNIFICADO	DI	DII	DIII	DIV	DV	DVI	DVII
Liderazgo en Actualización	L-38-39-41-42	L-45	L-23				
Liderazgo en el Cuidado	L-45-47	L-40-42		L-39-40-48-49	L-61-62	L-26	L-30-31