



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD COMUNITARIA**



**LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: UN
ESPEJO DE LA PARTICIPACIÓN DE LA
ENFERMERÍA PROFESIONAL EN LOS
PROCESOS DE COORDINACIÓN
ASISTENCIAL**

Autor:

Alicia Esther Guerra Martínez

Tutor:

Mg. Fernando Bertolotto

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2019



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

La continuidad de la atención: un espejo de la participación de la Enfermería Profesional en los procesos de coordinación asistencial

Estudio del lugar de la Enfermería Profesional en los procesos de coordinación asistencial, desde la percepción del usuario (Continuidad Asistencial) de una red servicios de salud de la región Oeste de ASSE (Ciudad de Mercedes, Departamento de Soriano)

Alicia Esther Guerra Martínez

Tesis de Maestría presentada al Programa de Posgrado de Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, como parte de los requisitos necesarios para la obtención del título de Magíster en Salud Familiar y Comunitaria.

Tutor:
Mg. Fernando Bertolotto

Montevideo - Uruguay
Junio de 2019

*A mi familia, mis amigos, mis compañeros
que siempre estuvieron...*

Agradecimientos

Esta investigación fue posible gracias al apoyo y acompañamiento de muchas personas, de las que mencionaré algunas, pero todas fueron importantes.

En primer lugar, a mi tutor, el Prof. Fernando Bertolotto, quien me ofreció a lo largo de todo el proceso, además de sus conocimientos y guía, el aporte de numerosas herramientas, estimulándome a participar en cursos, conferencias, talleres, que pudieran fortalecer el desarrollo del estudio. Adicionalmente, destaco la oportunidad de enmarcar esta investigación en el Proyecto Equity LA II, incluyendo el apartado específico de Enfermería en las encuestas.

A la Facultad de Enfermería y el Centro de Posgrado, por brindarme la oportunidad de cursar la Maestría, extendiendo el agradecimiento a todos los compañeros, desde la Directora Prof. Josefina Verde, como a todo su equipo que siempre me apoyaron.

A ASSE por facilitarme las instalaciones para la realizar la instancia del grupo focal en la ciudad de Mercedes.

A los usuarios, por su valiosa colaboración respondiendo los cuestionarios y participando activamente en el espacio de intercambio grupal.

Al Departamento de Enfermería Comunitaria y en él a todas las compañeras docentes, que la hoy lo integran y las que forman parte de su historia, en especial a sus directoras Esther y Cristina, y a todas las compañeras que nunca dejaron de estimularme y alentarme.

Una destacada mención a Mariana, Janet, Silvia y Zoraida, por sus aportes específicos.

A Cecilia, con la que compartimos todo el curso y gran parte de la investigación, cumpliendo además el rol de asistente en el grupo focal.

A los compañeros de la Unidad de Investigación, especialmente Sebastián, Valeria y el equipo de encuestadores.

A mi familia y a los amigos incondicionales que siempre estuvieron y que con mucho afecto me acompañan en la vida.

A todos ¡GRACIAS!

Resumen

Los cambios del modelo de atención en el Sistema Nacional Integrado de Salud promueven el abordaje integral y continuo. El objetivo de éste estudio fue analizar la percepción de los usuarios con patologías crónicas sobre la participación de enfermería en la continuidad de la atención. Se tomó como base el proyecto internacional Equity – LA II en Uruguay desarrollado por la Unidad de Investigación de la Facultad de Enfermería.

El estudio tuvo lugar entre usuarios mayores de 18 años, con patologías crónicas, que recurrieron a los servicios de salud de ASSE en la ciudad de Mercedes en los 6 meses previos al trabajo de campo (2015 -2018). Es una investigación descriptiva, con metodología cuantitativa, organizada secuencialmente en 3 etapas. En primer lugar, se obtuvieron 203 cuestionarios (2015), en segundo término se realizó un grupo focal con cuatro participantes (2017) y en tercer lugar se realizó un nuevo cuestionario a 109 usuarios (2018)

Aunque la mayoría de los resultados no fueron estadísticamente significativos, el estudio relevó que el 67% de la población encuestada, identificó a los profesionales enfermeros y el 58%, dijo conocer sus funciones. La contribución de las licenciadas en Enfermería a la continuidad de la relación y la información fueron percibidas con mayor claridad por los usuarios.

Para concluir se analiza el alcance de los hallazgos en función de la identificación de las enfermeras, la continuidad de la relación, la información y la gestión. La investigación identifica los aspectos respecto de los cuales se cuenta con información suficiente y aquellos que requerirán de una indagación en la que se profundice posteriormente.

Palabras clave: Continuidad de la atención, rol de la enfermera profesional, coordinación asistencial, percepción del usuario

Abstract

Changes in the care model in the National Integrated Health System promote a comprehensive and continuous approach. The main objective of this study was to analyze the perception of users with chronic pathologies about nursing participation in the continuity of care. The international project "Equity -LA II" developed by the Research Unity of the Faculty of Nursing, was taken as a basis.

The study took place among users with chronic pathologies, older than 18 years, who had resorted to the public health service in Mercedes' City in the 6 months prior to the field work (2015-2018). It is a descriptive investigation, with a mixed methods approach, sequentially organized in 3 stages. Firstly, 203 questionnaires were obtained (2015); secondly, a focus group with four participants (2017) and finally, a new questionnaire was implemented for 109 users (2018).

The study revealed that 67% of the surveyed population identified the nursing professionals and 58% said that they knew their functions. The continuity of the relationship and the information were perceived more clearly by the users.

In conclusion, the scope of the findings was analyzed based on the identification of the nurses, the continuity of relationship, the information and the management. The investigation identified aspects for which there is enough information and those that will require further research.

Keywords: Continuity of care, professional role of the nurse, care coordination, patient's perception.

Lista de siglas

ALAMES:	Asociación Latinoamericana de Medicina Social
APS:	Atención Primaria de Salud
ASSE:	Administración de Servicios de Salud del Estado
CONAE:	Comisión Nacional Asesora de Enfermería
FONASA:	Fondo Nacional de Salud
OMS:	Organización Mundial de Salud
PNA:	Primer Nivel de Atención
RIEPS:	Red Integrada de Efectores Públicos de Salud
RISS:	Redes Integradas de Salud
SAS:	Servicio de Atención a la Salud
SNIS:	Sistema Nacional Integrado de Salud
SUESFCOM:	Sociedad Uruguaya de Enfermería Familiar y Comunitaria
UdelaR:	Universidad de la República

Tabla de contenido

Lista de siglas	vii
I. Introducción	8
II. Antecedentes	11
III. Justificación	15
IV. Objetivos	17
4.1. Objetivo general	17
4.2. Objetivos específicos	17
4.3. Preguntas de investigación	17
V. Marco teórico	18
5.1. Salud y Sistemas	18
5.2. Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)	18
5.3. Niveles de atención	19
5.4. Usuarios/pacientes	20
5.5. Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)	21
5.6. Continuidad asistencial	21
5.7. Enfermería.....	22
VI. Diseño metodológico	28
6.1. Tipo y modo de desarrollo del estudio	28
6.2. Área de indagación	29
6.3. Consideraciones éticas	30
6.4. Etapas cuantitativas	31
6.5. Etapa cualitativa	32
6.6. Recolección y registro de la información	33
6.7. Análisis de la información y presentación de resultados	34
VII. Resultados	36

7.1. Consideraciones estadísticas de la primera etapa cuantitativa	36
7.2. Consideraciones estadísticas de la segunda etapa cuantitativa.	50
7.3. Resultados del estudio cualitativo	76
VIII. Discusión y análisis	88
Continuidad de la información.....	91
Continuidad de la relación	91
Continuidad de la gestión.....	92
Funciones	93
IX. Conclusiones y reflexiones finales	96
Referencias bibliográficas	102
Apéndices	106
Apéndice 1 - Matriz de búsqueda bibliográfica	106
Apéndice 2 – Contexto donde se desarrolló la investigación	116
Apéndice 3 – Cuestionario para la primera etapa cuantitativa	125
Apéndice 4 – Cuestionario segunda etapa cuantitativa.....	127
Apéndice 5 – Variables utilizadas en la primera etapa cuantitativa	129
Apéndice 6 – Variables utilizadas en la segunda etapa cuantitativa	132
Apéndice 7 – Instrumento para el enfoque cualitativo	136
Apéndice 8 – Cuadro para el análisis del grupo focal	140
Anexos	150
Anexo 1 – Marco normativo de referencia de la investigación	150

Tablas y gráficos

TABLA N° 1: Características de la muestra estudiada.	37
TABLA N° 2: Distribución de la población según reconocimiento del rol diferenciado entre enfermera profesional y auxiliar en servicios del 1er y 2do nivel de atención y sexo.	38
TABLA N° 3: Distribución de la población según reconocimiento del rol diferenciado entre enfermera profesional y auxiliar en servicios del 1er y 2do nivel de atención y edad.	39
TABLA N° 4: Distribución de la población según reconocimiento del rol diferenciado entre enfermera profesional y auxiliar en servicios del 1er y 2do nivel de atención y rol de jefe (a) de hogar.	40
TABLA N° 5: Distribución de la población según reconocimiento del rol diferenciado entre enfermera profesional y auxiliar en servicios del 1er y 2do nivel de atención y nivel de ingresos.	41
TABLA N° 6: Distribución de la población según reconocimiento del rol diferenciado entre enfermera profesional y auxiliar en servicios del 1er y 2do nivel de atención y nivel de estudios aprobados de la persona encuestada.	42
TABLA N° 7: Distribución de la población según opinión de la atención de la Enfermera profesional como complementaria en la atención del médico en su problema de salud y sexo.	44
TABLA N° 8: Distribución de la población según opinión de la atención de la Enfermera profesional como complementaria en la atención del médico en su problema de salud y edad del encuestado.	45
TABLA N° 9: Distribución de la población según opinión de la atención de la Enfermera profesional como complementaria en la atención del médico en su problema de salud y rol de jefe (a) de hogar del encuestado.	46
TABLA N° 10: Distribución de la población según opinión de la atención de la Enfermera profesional como complementaria en la atención del médico en su problema de salud e ingresos.	48
TABLA N° 11: Distribución de la población según opinión de la atención de la Enfermera profesional como complementaria en la atención del médico en su problema de salud y	

nivel de estudios aprobado.	49
TABLA N° 12: Identificación de las Licenciadas en Enfermería que trabajan en los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde se atienden.	51
TABLA N° 13: Conocimiento de las funciones de las licenciadas en Enfermería que	52
TABLA N° 14: Fueron atendidos por alguna Licenciada en alguna consulta.	53
TABLA N° 15: En qué intervino la Licenciada en su atención.	54
TABLA N° 16: Opinión sobre las tareas que podría realizar una Licenciada en Enfermería para mejorar la calidad de la atención que se le brinda.	55
TABLA N° 17: Opinión acerca de si las Licenciadas de los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde se atienden, tenían información sobre su historia clínica y antecedentes.	56
TABLA N° 18: Le dieron pase a alguna Licenciada en los últimos 6 meses.	57
TABLA N° 19: Quién les dio el pase.	58
TABLA N° 20: Motivo por el cual le dieron el pase.	58
Tabla N° 21: Opinión sobre si la atención de la Licenciada en Enfermería contribuye en la continuidad de la atención en su problema de salud.....	59
TABLA N° 22: Motivo por el cual la Licenciada contribuye a la continuidad de la atención en su problema de salud.	60
TABLA N° 23: Distribución de la población según identificación de las Licenciadas en Enfermería que trabajan en los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde se atienden y sexo.	61
TABLA N° 24: Distribución de la población según identificación de las Licenciadas en Enfermería que trabajan en los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde se atienden y edad.	63
TABLA N° 25: Distribución de la población según opinión acerca de si las/os Enfermeras/os de los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde se atienden tenían información sobre su historia clínica y sexo.	65
TABLA N° 26: Distribución de la población según opinión acerca de si las/os Enfermeras/os de los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde	

se atienden tenían información sobre su historia clínica y edad.	66
TABLA N° 27: Distribución de la población según opinión sobre las tareas que podría realizar una Licenciada en Enfermería para mejorar la calidad de la atención que se le brinda y sexo.	68
TABLA N° 28: Distribución de la población según opinión sobre las tareas que podría realizar una Licenciada en Enfermería para mejorar la calidad de la atención que se le brinda y edad.	70
TABLA N° 29: Distribución de la población según opinión acerca del motivo por el cual la Licenciada en Enfermería contribuye en la continuidad de la atención y sexo.	72
TABLA N° 30: Distribución de la población según opinión acerca del motivo por el cual la Licenciada en Enfermería contribuye en la continuidad de la atención y edad.	74
TABLA N° 31: Distribución de la población del grupo focal, según edad, sexo y residencia	77
TABLA N° 32: Categorías y subcategorías	78
GRÁFICO N° 1: Distribución de la población según reconocimiento del rol diferenciado entre enfermera profesional y auxiliar en servicios del 1er y 2do nivel de atención y sexo.	38
GRÁFICO N° 2: Distribución de la población según reconocimiento del rol diferenciado entre enfermera profesional y auxiliar en servicios del 1er y 2do nivel de atención y nivel de estudios aprobado.	42
GRÁFICO N° 3: Distribución de la población según opinión de la atención de la Enfermera profesional como complementaria en la atención del médico en su problema de salud y sexo del encuestado.	44
GRÁFICO N° 4: Distribución de la población según opinión de la atención de la Enfermera profesional como complementaria en la atención del médico en su problema de salud y nivel de estudios aprobado.	49
GRÁFICO N° 5: Identificación de las Licenciadas en Enfermería que trabajan en los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde se atienden.	51
GRÁFICO N° 6: Conocimiento de las funciones de las licenciadas en Enfermería que	

trabajan en los lugares donde se atienden.	52
GRÁFICO N° 7: Fueron atendidos por alguna Licenciada en alguna consulta.	53
GRÁFICO N° 8: En qué intervino la Licenciada en su atención.	54
GRÁFICO N° 9: Opinión sobre las tareas que podría realizar una Licenciada en Enfermería para mejorar la calidad de la atención que se le brinda.	55
GRÁFICO N° 10: Opinión acerca de si las/os Enfermeras/os de los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde se atienden, tenían información sobre su historia clínica y antecedentes.	56
GRÁFICO N° 11: Le dieron pase a alguna Licenciada en los últimos 6 meses.	57
GRÁFICO N° 12: Opinión sobre si la atención de la Licenciada en Enfermería contribuye en la continuidad de la atención en su problema de salud.	59
GRÁFICO N° 13: Motivo por el cual la Licenciada contribuye a la continuidad de la atención en su problema de salud.	60
GRÁFICO N° 14: Distribución de la población según identificación de las Licenciadas en Enfermería que trabajan en los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde se atienden y sexo.	62
GRÁFICO N° 15: Distribución de la población según identificación de las Licenciadas en Enfermería que trabajan en los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde se atienden y edad.	64
GRÁFICO N° 16: Distribución de la población según opinión acerca de si las/os Enfermeras/os de los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde se atienden tenían información sobre su historia clínica y edad.	66
GRÁFICO N° 17: Distribución de la población según opinión sobre las tareas que podría realizar una licenciada en Enfermería para mejorar la calidad de la atención que se le brinda y sexo.	68
GRÁFICO N° 18: Distribución de la población según opinión sobre las tareas que podría realizar una Licenciada en Enfermería para mejorar la calidad de la atención que se le brinda y edad.	71
GRÁFICO N° 19: Distribución de la población según opinión acerca del motivo por el cual la licenciada en Enfermería contribuye en la continuidad de la atención y sexo. ...	73

GRÁFICO N° 20: Distribución de la población según opinión acerca del motivo por el cual la Licenciada en Enfermería contribuye en la continuidad de la atención y edad. . 75

I. Introducción

Los cambios en el modelo de atención en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) promueven el abordaje integral y continuo, a través de equipos interdisciplinarios.

El objeto de estudio seleccionado refiere a los procesos institucionales que participan en la formación de las representaciones que los usuarios de servicios de salud públicos de Uruguay construyen de estos, según su experiencia con relación a la atención.

Se estudió la percepción de los usuarios sobre la participación del profesional de Enfermería en la continuidad de la atención. Entendida esta última como “el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo”. (Terraza, Vargas y Vázquez, 2006, p. 486).

La inequidad y fragmentación en la atención a pesar de grandes avances aún persisten en el país, manteniendo diferencias según el territorio urbano y rural, con indicadores muy heterogéneos aún dentro de una misma ciudad.

Dentro de los ejes fundamentales del SNIS se promovió la integración de los servicios, en forma eficiente y coordinada entre los distintos niveles de atención, facilitando la continuidad asistencial, disminuyendo fragmentaciones e inequidades con resultados efectivos en el cuidado adecuado que los pacientes requieren.

Los cambios en la epidemiología de la población ubican a las enfermedades crónicas en progresivo aumento dentro de los problemas prevalentes sanitarios del país. Las enfermedades cardiovasculares y la diabetes son las que ocupan el primer lugar de prevalencia. Estas condiciones requieren mayor intervención coordinada de los equipos de salud en los distintos niveles de atención, con el fin de disminuir complicaciones y muertes evitables.

Conocer cómo estaban percibiendo los usuarios la eficiencia y continuidad de la atención entre los distintos niveles de atención, especialmente en el seguimiento de enfermedades crónicas, y la participación de las diferentes profesionales -en este caso de enfermería- pretendió contribuir en la implementación de estrategias para mejorar la situación encontrada.

En la realidad del Uruguay, la Enfermería Profesional se encontraba en un proceso de profundización de la identidad y definición del rol, consolidando el marco legal para la

regulación del ejercicio profesional, expresado en la Ley 18.815. Junto con el decreto N°219/009, en el cual se indica la prestación y organización de los servicios profesionales de Enfermería en las instituciones públicas y privadas y la reglamentación en vigencia desde 2014 (ver Anexo 1: marco normativo de la investigación).

En este contexto, era fundamental conocer la percepción sobre la participación que desempeñan las/os enfermeras/os profesionales en el proceso de atención, asegurando el cuidado que necesitaban los pacientes con patologías crónicas. Entonces, la propuesta de investigación tuvo como principal objetivo conocer la percepción y experiencias de los usuarios con patologías crónicas relativas a la participación de las Enfermeras profesionales en la continuidad de la atención.

El rol de estos profesionales del equipo de salud no parece ser percibida por los usuarios, quienes construyen sus representaciones de la continuidad de la atención a partir de la experiencia con otros actores del sistema que tienen un rol diferente y probablemente menos relevante en estos procesos. Se buscó comprender los mecanismos que llevan a la relativa “invisibilidad” de las funciones de la licenciada en Enfermería, a los efectos de contribuir a mejorar el posicionamiento de este actor del sistema de salud en sus equipos y organizaciones. Se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, con una metodología cualitativa a través de un grupo focal y dos etapas cuantitativas, donde la primera aportó la base del análisis de la percepción del rol de la Enfermera profesional en la continuidad de la atención de adultos y adultos mayores con patologías crónicas que se atienden en servicios del primer y segundo nivel de atención de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) de la ciudad de Mercedes, departamento de Soriano. Posteriormente al estudio cualitativo, se realizó una segunda etapa cuantitativa a los efectos de buscar otros elementos que permitieran profundizar en algunos aspectos que resultaban relevantes dentro de los objetivos del estudio.

La investigación se realizó considerando como base el proyecto internacional Equity – LA II, que se desarrolló en la Unidad de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República (UdelaR) en asociación con la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), cuyo objetivo era evaluar la eficacia de diferentes estrategias de integración para mejorar la coordinación y la calidad de la atención en seis países de América Latina. (Bertolotto et al., 2017)

Se considera que se lograron aportar algunos insumos para mejorar la calidad de las actividades que Enfermería desarrolla al asumir sus funciones en la coordinación de la atención y en las relaciones con los beneficiarios de esta.

II. Antecedentes

La propuesta de investigación se fundamentó tanto en la observación empírica de la problemática como en la evidencia científica internacional. La observación empírica es visualizada a través de la experiencia obtenida en el sistema de atención durante el desempeño en diversos roles como: docencia en el Departamento de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería, de la UDELAR, gestión en la Dirección del Servicio de Atención a la Salud (SAS) de la Intendencia de Montevideo, formando parte de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS) y representando la Institución Departamental en la Comisión Nacional Asesora de Enfermería (CONAE). Participación en otros escenarios de reflexión y análisis tales como la Sociedad Uruguaya de Enfermería Familiar y Comunitaria (SUESFCOM), en la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) e integrando la Escuela de Gobierno de la OPS con el MSP, en el rol de tutora de Efectores.

Asimismo, se tuvieron en cuenta los resultados de algunos estudios nacionales realizados en el marco de trabajos finales de investigación (Tesis de Grado) para la Licenciatura de Enfermería:

- Continuidad de relación asistencial de los adultos mayores diabéticos con los profesionales que lo asisten en el sector público realizada por Bertora, Piastrí, Piñeiro, Romero y Senattore en el 2014,
- Percepción del usuario Diabético con respecto a la Continuidad de Atención realizado por Castro, Espinosa, Olivera, Pérez y Pérez en el año 2014,
- Percepción del usuario con EPOC oxígeno dependiente sobre su continuidad asistencial realizada por Bengochea, Geymonat, Mary, Vivian y Cardozo en el año 2014,
- Continuidad asistencial en pacientes con enfermedad obstructiva crónica en el primer nivel de atención realizada por Cura en el año 2013,
- Percepción de la Continuidad asistencial de los usuarios en tratamiento con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica realizada por Bordenave, Carreño, García, Rivero y Vidal, 2014,
- Percepción de los usuarios sobre el quehacer de la Licenciada en Enfermería en el Primer Nivel de Atención realizada por Agoglia, Camacho, González, Juárez, Techera, Tirelli en el año 2011, disponibles en la biblioteca de la Facultad de

Enfermería y en repositorio Colibrí. Estos estudios ponen de manifiesto una relativa “invisibilidad” de esta categoría de profesionales para los usuarios.

A su vez, la evidencia científica internacional ha demostrado la importancia estratégica de la función de integración y coordinación asistencial realizada por esta categoría de profesionales, considerada como un factor determinante de la calidad de los sistemas de salud (ver Apéndice 1).

Para la búsqueda de antecedentes y artículos de base relacionados, se utilizó la Metodología de búsqueda Heurística, la que permite describir e indagar con un proceso metodológico, partiendo de la etapa preparatoria, permitiendo ordenar de forma planificada el proceso de búsqueda hasta llegar a la etapa analítica.

A partir de las palabras claves, se buscaron los descriptores en el tesoro de ciencias de la salud, construyendo la frase: *Continuidad de la atención al paciente + rol de la enfermera + coordinación asistencial + percepción del usuario.*

Se aplicó la fórmula en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS).

Desde los descriptores se continuó la búsqueda en la base de datos de la UdelaR (nacional), bases especializadas internacionales, SCIELO, TIMBÓ, LILACS, Google Académico. Del resultado de la búsqueda en las publicaciones extranjeras, se destaca una investigación realizada en México “Continuidad de la atención para la adhesión al tratamiento en personas con diabetes tipo 2” realizada por Zenteno López, Tzontehua-Tzontehua, Gil-Londoño, Contreras-Arroyo y Galicia-Aguilar, en el año 2016, que plantea que la continuidad asistencial practicada por Enfermería tiene un impacto positivo en la adhesión al tratamiento de los diabéticos tipo I.

En la tesis doctoral de Pilar García-Abad Martínez “Coordinación e implantación de estrategias de continuidad”, se destaca que “la mejora de la coordinación entre los dos niveles asistenciales, así como consensuar las estrategias que se van a llevar a cabo, favorece la continuidad asistencial” (García, Abad Martínez, 2012 p. 146). En tal sentido, la enfermera de la atención primaria tiene gran protagonismo en la continuidad de la información.

Asimismo, se tuvieron en cuenta los resultados de algunos estudios nacionales realizados en el marco de trabajos finales de investigación para la Licenciatura de Enfermería, tales como, la realizada por Castro K, Espinosa V, Olivera L, Pérez C, Pérez M, en el año 2014, titulado “Percepción de usuarios diabéticos con respeto a la

continuidad de la atención”. El principal objetivo del trabajo de investigación fue conocer la percepción del usuario diabético sobre la continuidad de atención en su tratamiento, en el municipio A en policlínicas de la Intendencia de Montevideo y un Centro de Salud de la RAP- ASSE. Se analizaron las respuestas de 29 usuarios diabéticos tipo II con dos años en tratamiento en los servicios de primer nivel de atención de salud públicos de la zona oeste de Montevideo, donde concluyen que lograron identificar que la percepción de los usuarios diabéticos era adecuada. (Castro, Espinosa, Olivera, Pérez y Pérez, 2014, p.40) Este antecedente contribuye en el análisis de los ejes que sustentan la presente investigación.

Otro de los trabajos seleccionados fue el de *“Continuidad de relación asistencial de los adultos mayores diabéticos con los profesionales que lo asisten en el sector público”* realizado por Bertora, Piastrì, Piñero, Romero, Senattore en el año 2014

Realizado por cinco estudiantes pertenecientes a la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, licenciatura en Enfermería plan 1993, entre los meses diciembre de 2012 y setiembre 2014, con el objetivo de conocer la continuidad de relación asistencial de los adultos mayores diabéticos con los profesionales que los asistían en tres sectores públicos de Montevideo. Se utilizó una metodología cuantitativa, descriptiva de corte transversal. De los resultados obtenidos se destacó que los usuarios confiaban en el equipo que los atendía, los profesionales los conocían y tenían información de sus antecedentes. (Bértora et al., 2014) lo que permitió reconocer la percepción positiva de la continuidad de la atención en la relación e información.

También se consideró el trabajo final de investigación *“Percepción del usuario con EPOC oxígeno dependiente sobre su continuidad asistencial”* El objetivo de este trabajo fue conocer la percepción del usuario con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica oxígeno dependiente, en cuanto a su continuidad de atención de relación entre este y el equipo del Servicio de Oxígeno Domiciliario pertenecientes al sector público de Montevideo, Uruguay. La investigación se llevó a cabo entre los meses de marzo y abril de 2014. La metodología utilizada fue de tipo descriptivo, la población objeto fueron los usuarios diagnosticados con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica que fueron oxígeno dependientes, mayores o iguales a cuarenta años de edad y de ambos sexos. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue un cuestionario, el cual se aplicó a los usuarios que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaran formar parte de la investigación. En dicho instrumento se utilizó una variable compleja midiendo de esta

forma la continuidad asistencial de relación, obteniendo como resultado que todos los usuarios entrevistados percibieron esa continuidad durante su asistencia. (Bengochea et al., 2014).

Por último, se citó el trabajo de tesis final de investigación (TFI: Tesis de grado, del Dpto. de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la UDELAR). *Continuidad asistencial en pacientes con enfermedad obstructiva crónica en el primer nivel de atención*. Su objetivo fue conocer la perspectiva de los pacientes con EPOC de origen tabaquista, acerca de la continuidad asistencial, relacionado a su vínculo con el equipo de salud. Se trató de una investigación cuantitativa, descriptiva de corte transversal. Cabe destacar que en los resultados se obtuvo que el 56% de los usuarios entrevistados manifestaron que existía continuidad de relación en la asistencia, predominando aspectos positivos tales como comunicación adecuada, información precisa y clara. Se identificó el vínculo de confianza del paciente con el profesional y el interés de los profesionales por los usuarios” (Cura et al., 2013)

Cabe destacar que, para el desarrollo de la problemática propia relativa al rol de la Enfermería Profesional en la formación de la percepción de la continuidad de la atención, el presente proyecto se inspira en el marco conceptual del proyecto de investigación internacional Equity-LA II¹ en curso en Uruguay, puede ampliarse más información en el siguiente link: <http://www.equity-la.eu/es/>, con la autorización de sus responsables. Dicho proyecto analiza los determinantes de la coordinación asistencial entre niveles de atención en la región Oeste de ASSE (departamentos de Colonia, Soriano, Rio Negro, Florida, Durazno y San José). En esta investigación se aprovecha su dispositivo operacional para la realización de una parte del trabajo de recolección de datos.

¹ Título oficial del proyecto Equity-LA II: “El impacto de estrategias alternativas de integración de la atención de salud: rendimiento en los diferentes sistemas de salud de América Latina”. Se trata de un proyecto de investigación intervencional, que pretende contribuir a optimizar el impacto de las estrategias de integración de los servicios de atención a la salud, analizando el rendimiento de las redes integradas de servicios de salud, incorporadas en diferentes sistemas de salud de América Latina para luchar contra los efectos de su fragmentación. La primera etapa de investigación se realizó en el período 2009/ 2013: “Impacto en la equidad en el acceso y en la eficiencia de las Redes Integradas de Salud (RIS) en Colombia y Brasil”. (Bertolotto, 2017).

III. Justificación

La inequidad y fragmentación en la atención persisten en el país, manteniendo diferencias según el territorio urbano o rural, con indicadores muy heterogéneos, aún dentro de una misma ciudad.

Si bien en el año 2005 se inició el proceso de reforma con el propósito de contribuir a la disminución de esas inequidades planteado en la Ley 18.211, logrando avances relevantes especialmente a nivel tecnológico e informático, como los sistemas integrados de gestión de consultas, la historia clínica electrónica, entre otros, se mantienen manifestaciones de diversos actores involucrados, sobre las debilidades de los mecanismos de referencia y contra- referencias. A su vez, persisten dificultades en la continuidad de la atención y falta de congruencia entre los distintos servicios y profesionales para dar respuesta a las necesidades de los usuarios.

Dentro de los ejes fundamentales desarrollados en el SNIS se propuso promover la integración de los servicios, en forma eficiente y coordinada entre los distintos niveles de atención, permitiendo la continuidad asistencial, con resultados efectivos en el cuidado adecuado que el paciente requiere.

Los cambios en la epidemiología de la población ubican a las enfermedades crónicas en progresivo aumento dentro de los problemas prevalentes sanitarios del país. Las enfermedades cardiovasculares y la diabetes son las que ocupan el primer lugar de prevalencia. Estas condiciones requieren mayor intervención coordinada de los equipos de salud en los distintos niveles de atención, con el fin de disminuir complicaciones y muertes evitables.

Conocer cómo están percibiendo los usuarios la eficiencia y continuidad de la atención entre los distintos niveles de atención, especialmente en el seguimiento de enfermedades crónicas y la participación de los diferentes profesionales, en este caso enfermería, podrá contribuir a través de la información, en la implementación de estrategias para mejorar la situación encontrada.

A su vez, en la realidad del Uruguay la Enfermería Profesional se encuentra en un proceso de profundización de la identidad y definición del rol, consolidando el marco legal para la regulación del ejercicio profesional. Dicho marco legal está constituido por la Ley 18.815 y el Decreto N°219/009, donde se indica la prestación y organización de

los servicios profesionales de Enfermería en las instituciones públicas y privadas y la reglamentación, en vigencia desde 2014 (Ver Anexo N°1: marco normativo de referencia de la investigación).

En este contexto fue fundamental conocer la percepción sobre la participación que desempeña Enfermería Profesional en el proceso de atención, asegurando el cuidado que necesitan los pacientes con patologías crónicas.

IV. Objetivos

4.1. Objetivo general

Conocer la percepción y experiencias de los usuarios con patologías crónicas relativas a la participación de las Enfermeras profesionales en la continuidad de la atención.

4.2. Objetivos específicos

- Explorar la identificación que tienen los usuarios de los Profesionales Enfermeros dentro del Equipo de seguimiento de su atención.
- Indagar si el usuario percibe que el Profesional Enfermero dispone de información previa (exámenes, registros médicos) y conocimiento sobre su patología.
- Describir el vínculo de comunicación percibido por el usuario con los integrantes del equipo que lo atiende, en especial con el Profesional Enfermero.
- Identificar la percepción de los usuarios con relación a la participación de Enfermería en los procedimientos que se le han realizado.
- Explorar si el usuario identifica las intervenciones que realiza enfermería orientadas a la continuidad de su atención.

4.3. Preguntas de investigación

- ¿En qué medida los profesionales enfermeros, son visualizados por los usuarios en el equipo de salud que da seguimiento a su atención?
- ¿Cuál es la percepción de los usuarios sobre información y el conocimiento que tiene el profesional enfermero de su patología?
- ¿Cómo es el vínculo comunicacional con enfermería profesional y el equipo de salud en su conjunto?
- ¿Cuál es la percepción de los usuarios sobre la participación de enfermería en los procedimientos técnicos que se le han realizado?
- ¿Cómo visibilizan los usuarios las intervenciones de enfermería para la continuidad de su atención?

V. Marco teórico

En este capítulo se presentan los fundamentos que permitieron la base conceptual del proceso de investigación.

5.1. Salud y Sistemas

Se parte del concepto de salud como:

“...un proceso que constituye un producto social, que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en el que el hombre se encuentra. En este proceso el Hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la salud-enfermedad en que se encuentre. La Salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos” (Instituto Nacional de Enfermería, 1993, p.2)

Según la OMS, los Sistemas de Salud comprenden a todos los recursos que una sociedad dedica a la protección y mejoramiento de la salud de las personas. “Los buenos sistemas de salud propenden al logro del mayor y más equitativo estado de salud posible”. (OMS, 2000; citado por González y Olesker, 2010, p.12). Para lograr el financiamiento de la atención, se debe responder a las necesidades de los tratamientos que necesiten las personas. (OMS, 2000; citado por González y Olesker, 2010).

5.2. Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

En el proceso de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), se consideró la cobertura universal con principios de equidad y calidad, procurando defender salud de la población como un derecho.

La organización de la atención que existía anteriormente no respondía a las necesidades de la población del país, ni acompañaba los cambios en el perfil epidemiológico, tales como el aumento de la expectativa de vida, el predominio las enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes, la disminución de la tasa de fecundidad, entre otros.

La reforma de la salud es parte de un largo proceso de cambios sociales, políticos y económicos, junto a otros sectores directamente involucrados, como la educación, vivienda, trabajo y seguridad social, entre otros.

Para modificar el enfoque fraccionado, centrado en la enfermedad, se requirió un

abordaje integral a través de equipos interdisciplinarios, con incorporación progresiva de toda la población del territorio, logrando acercarse a una cobertura de salud más equitativa de acuerdo a sus necesidades.

Para el desarrollo de esta tesis fue importante conocer los objetivos del SNIS, expresados en el Capítulo I, Artículo 4º de la ley 18.211, los cuáles se enuncian de la siguiente forma:

- A. Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- B. Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.
- C. Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.
- D. Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.
- E. Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.
- F. Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.
- G. Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.
- H. Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud (Ley 18.211, Cap. I, Art. 4º)

5.3. Niveles de atención

La organización de la atención a la salud individual y colectiva ha requerido el establecimiento de distintos niveles de atención, que permitieran dar respuestas oportunas y eficientes de acuerdo con las necesidades requeridas en todos los momentos del proceso de salud- enfermedad de las personas. La determinación de los diferentes niveles se realiza teniendo en cuenta la atención que brindan: los servicios que se ofrecen, los procedimientos que se realizan y el tipo de personal que se necesita, condicionando las complejidades de cada uno. Tradicionalmente se identifican tres Niveles de Atención, que se describen a continuación.

El Primer Nivel se define como “la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y o más frecuentes en la atención de la salud de una población determinada, y que deben ser accesibles a toda la población” (Etchebarne, 2001, p. 79). En él se llevan a cabo actividades de prevención, promoción, atención médica, vigilancia epidemiológica, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.

El Segundo Nivel de Atención responde a necesidades de salud menos frecuentes, que requieren procedimientos más complejos para su resolución. Se estima que entre el 1er y 2do nivel deberían cubrir el 95% de las necesidades de atención a la salud de las personas, (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011).

El Tercer Nivel atiende las necesidades menos frecuentes con patologías complejas, que requieren alta tecnología y procedimientos especializados (Vignolo et al., 2011).

Para garantizar la continuidad e integralidad de las acciones, es necesario establecer mecanismos de coordinación efectiva entre los diferentes niveles, siendo fundamental la activa participación de los equipos interdisciplinarios y la comunidad involucrada en cada territorio. (Etchebarne, 2001)

La reforma promovió un modelo que tuviera en cuenta las características sociodemográficas y epidemiológicas de la población, con énfasis en la educación y promoción de la salud, considerando los contextos familiares y del entorno que determinan los procesos de salud-enfermedad.

5.4. Usuarios/pacientes

Importa destacar que se consideran a las personas como sujeto de derechos, protagonistas en su proceso salud-enfermedad, con capacidad para que lo determinan.

La atención debe tener como principal objetivo a los “usuarios” o “pacientes”.

Según la Ley 18.335, en la cual se establecen los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud, se define como “*usuario*” de un servicio de salud a “toda persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud” y como “*paciente*”:

...toda persona que recibe atención de la salud, o en su defecto sus familiares, cuando su presencia y actos se vinculen a la atención de aquella. En los casos de incapacidad o de manifiesta imposibilidad de ejercer sus derechos y de asumir sus obligaciones, le representará su cónyuge o concubino, el pariente más próximo o su representante legal. (Ley 18.335, Cap. II, Art. 5°)

5.5. Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

Para lograr la satisfacción de las necesidades del mantenimiento de la salud de forma integral y continua, se propone la coordinación entre efectores de salud de los diferentes niveles de atención, a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Estas últimas se definen como

“una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”
(OPS, 2010, p. 11)

Estas redes tienen como objetivos finales mejorar la equidad de acceso y la eficiencia global en la oferta de atención a través de objetivos intermedios dirigidos a la accesibilidad, la mejora en la coordinación de los servicios y la continuidad asistencial. (OPS, 2010).

5.6. Continuidad asistencial

En esta investigación se pretendió conocer la percepción de los usuarios sobre la participación de Enfermería en los procesos de coordinación asistencial que contribuyen en la continuidad de la atención. Es necesario acordar el concepto de “continuidad asistencial” al que se hará referencia. Si bien se plantea que no existe un consenso en cuanto a su definición, siendo un concepto multidimensional, se considera a la continuidad de la atención como “el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo” (Terraza et al., 2006, p. 486).

Independientemente de su definición para que exista “continuidad”, deben existir dos elementos claves: la experiencia vivida por la persona y la atención que reciba a lo largo del tiempo. (Haggerty et. al., 2003)

Se han identificado tres tipos de continuidad: de la información, de la relación y de la gestión.

Hablamos de *continuidad de la información*, haciendo referencia a la disponibilidad de información de sucesos anteriores que permitan asociarlos a las necesidades actuales de los pacientes. Conocer hechos de relevancia, historia clínica, estudios, patologías previas, intereses, características personales (valores, contexto social, preferencias, temores). Datos ordenados cronológicamente, que aseguren la continuidad de la

atención, evitando considerarlos como hechos aislados o que impliquen la reiteración de estudios y pruebas diagnósticas. Para comprender la continuidad de la información deben considerarse la transferencia de la información y el conocimiento acumulado. Debe asegurarse esta transferencia a lo largo del tiempo, a través de la historia clínica electrónica, registros, o herramientas que den garantías de que los datos anteriores estarán presentes en las intervenciones posteriores. A su vez los usuarios deben percibir que los profesionales conocen sus valores, costumbres, creencias, su situación socio/familiar, que serán tenidas en cuenta a la hora de dar respuesta a la atención de sus requerimientos.

La *continuidad de la relación* hace referencia a la continuidad de los vínculos. La relación terapéutica de un usuario con su proveedor, el o los profesionales que lo atienden a lo largo del tiempo. Favorece la atención actual, generando un buen enlace para próximos encuentros. Permite confianza y coherencia en la atención que recibe, ambos se conocen, contribuye al abordaje integral humanizado donde se hace necesaria la estabilidad del personal.

Otra dimensión importante es la *continuidad de la gestión*, o provisión a lo largo del tiempo. Generalmente las enfermedades crónicas requieren intervención de varios servicios, a veces en diferentes niveles de atención y/o proveedores. Debe existir cierta flexibilidad en la coordinación que permita adaptarse a las circunstancias que vive en el proceso de su enfermedad. Coherencia en la atención, donde las coordinaciones entre diferentes servicios se logren de manera oportuna, sin extravíos, en plazos estipulados. Pueden existir planes, protocolos, pautas establecidas para que cada técnico que interviene asegure la consistencia de los cuidados y no se reiteren los mismos pasos, se efectivicen los tratamientos de forma resolutiva, asegurando el tratamiento oportuno. El usuario debe sentir que se le da respuesta a su situación, se lo “atiende”.

5.7. Enfermería

Dentro de los equipos de salud, se considera al profesional enfermero como un integrante clave en la atención y los cuidados. La disciplina enfermera ha transitado en su devenir histórico desde una tendencia empírica y practicista hacia un nivel profesional. Su importancia ha sido registrada en la XXXII Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) donde se expuso que “las enfermeras proporcionan o supervisan la mayor parte de la asistencia

sanitaria del mundo” (citado por Torres y Urbina, 2008, p. 2)

El profesional de enfermería debería cumplir un rol fundamental en la coordinación y organización, por eso es importante plantear el marco legal que la define y regula su ejercicio a nivel país.

Según la Ley N°18.815, Publicada D.O. 14 oct/011 - N° 28328 promulgada el 4 de diciembre del año 2014:

Artículo 1°. Se declara que la enfermería es una disciplina científica, encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano en su actividad de adaptación, desarrollada para mantener equilibrio con el medio, frente a alteraciones bio-psico-sociales; enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria, terciaria y otros. A través de todas sus acciones la enfermería observa, garantiza y aboga por el respeto a la dignidad del ser humano, reconociendo el derecho de todo habitante a recibir servicios de enfermería de calidad y cantidad suficientes. (...)

De las funciones de los licenciados en enfermería establecidas en la ley se identifican como relevantes para este estudio las siguientes:

- A) Integrar y participar en los equipos de salud, promoviendo la mejor relación interdisciplinaria, reconociendo y valorando las capacidades y competencias de sus integrantes.
 - B) Aplicar en lo que corresponda el proceso de atención de enfermería en el primer, segundo y tercer nivel de atención.
 - C) Participar con enfoque preventivo en el cuidado y educación en salud de familias y comunidades, así como directamente en el proceso de atención de salud de los individuos en todo su ciclo vital.
 - D) Formular diagnósticos, efectuar tratamientos de enfermería, así como evaluar sus resultados.
- (Ley 18.815, **Reglamentada por:** Decreto N° 354/014 de 04/12/2014)
(Se detallan en Anexo 1)

Para la interpretación de los hallazgos de este estudio, se hizo necesario describir algunas de las competencias de Enfermería que establece la reglamentación de la Ley, en su Art.4° (Decreto N°354/014, publicado en diciembre de 2014), que se enumeran a continuación:

- B) Realizar la gestión del cuidado de enfermería de las personas, familias y comunidades, a lo largo del ciclo vital, desde sus comienzos en la gestación de la vida hasta morir. Entendiendo por gestión del cuidado de enfermería la planificación, organización, ejecución o dirección y control de los cuidados, delegando acciones en el personal a su cargo.
- C) Bregar por que los usuarios, familias y grupos de población reciban seguro adecuado, oportuno, eficaz respetuoso y considerado

tratamiento, atendiendo al derecho del usuario de tomar sus propias decisiones. (...).

G) Integrar y participar activamente en los equipos de salud, promoviendo relaciones interdisciplinarias de cooperación y mancomunando esfuerzos para resolver los problemas socio/sanitarios de la población. (...).

O) Gestionar el personal de Enfermería de cualquier nivel de formación. (...).

Q) Dirigir la educación formal y formación del recurso humano de Enfermería y de toda persona que brinde cuidados en sus diferentes niveles y etapas de la vida.

R) Realizar la capacitación y perfeccionamiento propio y del personal a su cargo en base a un plan de desarrollo.

S) Aplicar el proceso de enfermería (PE) en los diferentes niveles de atención, delegando las intervenciones que correspondan a los auxiliares de enfermería. (...)

U) Realizar cuidados de enfermería directos a las personas en áreas públicas o privadas de internación, centros de salud, policlínicas o puestos de salud rural, domicilio, centros de atención a niños, adultos mayores, centros de rehabilitación, centros de educación y laborales, centros de privación de libertad, o cualquier ámbito donde se requiere la atención de enfermería. (...)

W) Administrar el tratamiento medicamentoso y de cualquier otro fluido por las vías que correspondan, según prescripción médica. (...).

Y) Realizar la curación de heridas, drenajes y similares, producto de la indicación médica o del proceso de enfermería.

Z) Realizar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad vinculada con las mejoras de las condiciones de vida de la población. (...)

AG) Gestionar programas de rehabilitación y reinserción social de las personas destinatarias de los servicios.

AH) Promover la adhesión a tratamientos para el mantenimiento y recuperación de la salud de las personas y familias y comunidades. (...)

AL) Desarrollar acciones terapéuticas en el contexto del vínculo con el paciente y su familia. (...)

AN) Administrar y ejecutar los cuidados domiciliarios al paciente y su familia según el nivel de dependencia y capacidad de emancipación. (...).

AO) Diseñar, elaborar, ejecutar y evaluar protocolos y guías de cuidados de enfermería en todas las áreas de acción de la profesión.

AP) Diseñar, elaborar, ejecutar y evaluar mecanismos de referencia y contra referencia del paciente en relación a los cuidados de enfermería.

AQ) Integrar los equipos de coordinación de las diferentes áreas institucionales relacionadas a la atención del paciente. (...)

AU) Reconocer y respetar la diversidad de costumbres, etnias, creencias e ideas de las personas. (...)

AX) Analizar las diferentes situaciones del proceso de salud enfermedad para saber derivar a los profesionales que corresponda según el caso. (Decreto N° 354/014, 2014)

El quehacer primordial de enfermería es proporcionar cuidados profesionales a

individuos, familia y comunidad, trabajando en base a los problemas o situaciones encontradas en sus prácticas. Cuando se habla del cuidado enfermero, se refiere a la identidad de esta profesión (Cuñat, Pardo, Lara y Local, 2017, p.330).

Interesa particularmente el concepto del personal de enfermería como “capital humano”, considerándolo como un recurso esencial dentro de los equipos de salud. La atención de enfermería en el cuidado de la vida, donde se deben considerar no solo las habilidades y capacidades técnicas, sino también las actitudes y sentimientos en un nivel humanista, solidario y ético. Estos valores se aprenden en la interacción con las personas, en la continuidad de sus vínculos, aprendiendo a conocer sus necesidades, valores, creencias desde donde viven e interpretan sus realidades y circunstancias. Estos cuidados son privilegiados por la continuidad en la relación, la confianza e intimidad, desarrollando la escucha frente a las angustias y preocupaciones que enlentezcan su proceso de recuperación. (Torres y Urbina, 2008).

Con relación a la dependencia de Enfermería y su vínculo con otras profesiones, se ha procurado lograr una identidad a través del desarrollo de un marco conceptual que le sea propio. Sus prácticas como objeto histórico y social han atravesado dos modalidades en Uruguay, dividiendo el trabajo en profesional y auxiliar. Cada uno de estos niveles tiene funciones definidas en la ley 18.815. Se pueden clasificar, por el grado de dependencia y por las dimensiones que abarca en los cuidados. Así podemos distinguir en las funciones independientes o propias (ejecuta las responsabilidades profesionales para las que está capacitado y autorizado), las dependientes o derivadas (enfermería las realiza por delegación de otros profesionales, principalmente médicos) y las interdependientes (se realizan en colaboración con el resto del equipo). Otra forma de clasificarlas puede ser por sus dimensiones: asistencial, docente (formación de nuevos profesionales y actualización de educación permanente del personal), administrativa (atención sistemática organizada, favorece la coordinación, organización y los recursos) e investigativa (investiga para consolidar identidad dentro del equipo investigando problemas de salud de la población entorno, desarrollo profesional). (Torres y Urbina, 2008).

Si bien este estudio vinculó a la enfermera profesional en el primer y segundo nivel de atención, los aportes conceptuales que describen Carmen Caja, Montserrat Roca e Inmaculada Úbeda, refiriéndose a la identificación del profesional enfermero en la comunidad y trabajando integrado a un equipo de salud, destacaron algunos aspectos a

considerar que fueron relevantes en el análisis. Al referirse al sistema de salud español antes de la reforma sanitaria, planteaban que el profesional enfermero, en el primer nivel de atención, para ellos denominado Atención Primaria, trabajaba en forma aislada, en forma rutinaria, dando respuesta a la asistencia a demanda, no garantizando la continuidad asistencial. Lo hacía con un trabajo “vacío de contenido profesional propio, lo que motivaba que fuera reconocida frecuentemente como la secretaria de la consulta.” (Caja, Roca y Úbeda, 2005, p.87). Eran poco conocidas las funciones y actividades que debían desempeñar las enfermeras a nivel ambulatorio, que no fueran más que ser las auxiliares del médico. (Caja, Roca y Úbeda, 2005, p.87). Citan la definición del Consejo Internacional de Enfermería (CIE), que plantea que Enfermería es la disciplina que:

...abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos en todos los contextos e incluye la promoción de salud, prevención de enfermedades y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. (Caja, Roca y Úbeda, 2005, p.90)

En la práctica profesional, la enfermera que trabaja en la comunidad debería prestar cuidados directos en forma continuada, no fragmentada, impartiendo educación sanitaria, asesorando en aspectos relacionados a la salud, apoyando en situaciones de crisis, coordinando y gestionando el acceso a los diferentes recursos sanitarios. Para que esta propuesta teórica fuera efectiva, debieron identificarse las dificultades relacionadas a aspectos de la comunidad que persistían en el trabajo comunitario, como el desconocimiento de sus derechos y la posibilidad de participar activamente en su proceso salud-enfermedad. También se identificaron debilidades del propio equipo de salud en la formación de sus integrantes, en relación al trabajo en equipo para acceder al cuidado integral, y la falta del acompañamiento del sistema y la organización del trabajo, que generalmente no favorecía la dedicación a actividades no asistenciales orientadas a la promoción y prevención. (Caja et al., 2005).

Fue necesario considerar el cumplimiento de estas funciones y competencias que tuvieron vinculación directa con el objeto de este estudio, en tanto la percepción de los usuarios en la continuidad de la atención.

5.8. Percepción

En el análisis de la percepción de los usuarios, se consideró que etimológicamente

“percepción” procede del latín *percipere, percipere*, captar o aprehender algo de modo suficiente o completo. La significación de apropiación está muy ligada al concepto de percepción. (Vargas Melgarejo, 1994).

Desde la psicología, han definido a la percepción como un proceso cognitivo de la conciencia que radica en el reconocimiento, interpretación y significación para elaborar juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen también otros procesos como el aprendizaje, la memoria y la simbolización. Una de las características que se destacan en la percepción es la elaboración de juicios. No ocurre como procesos lineales de sujetos pasivos como estímulo y respuesta, sino que responde a una serie de sucesos en interacción entre el individuo y la sociedad. Se la plantea como biocultural, porque depende de los estímulos físicos con sensaciones implicadas, de su organización y selección. (Vargas Melgarejo, 1994)

Un elemento importante de la percepción es el reconocimiento de las experiencias cotidianas, permitiendo reconocer conocimientos previamente adquiridos a lo largo de la vida, comparándolos cuando se enfrenta con experiencias nuevas.

Otra disciplina que define la percepción es la antropología, que la entiende como una forma de conducta donde se realiza una selección y elaboración simbólica, de experiencias sensibles limitadas por las capacidades biológicas y humanas dependiendo de la capacidad innata del hombre para producir simbologías. Los grupos humanos a través de pautas culturales e ideológicas le dan un significado a las vivencias, estructurando su forma de ver la realidad. La información que se recoge a lo largo de la vida mediante “filtros” le permiten crear evidencias y elaborar significados para las diferentes cosas, estructurando un sistema de valores propios (Agolia et al., 2011).

De acuerdo con los conceptos recabados, se entiende entonces a la percepción como el proceso cognitivo de la conciencia, donde las personas elaboran juicios relacionados con sensaciones previas, obtenidas del ambiente físico y social, donde intervienen otros procesos como la memoria, el aprendizaje y la simbolización, que permite reconocer e interpretar, diferentes experiencias cotidianas. El reconocimiento es un proceso importante involucrado en la percepción, porque permite evocar experiencias y conocimientos previamente adquiridos a lo largo de la vida con los cuales se comparan las nuevas experiencias, logrando identificarlas y aprenderlas para interactuar con el entorno o expresarlas cuando se les consulta.

VI. Diseño metodológico

6.1. Tipo y modo de desarrollo del estudio

El presente estudio fue de tipo descriptivo, con un diseño mixto cuantitativo-cualitativo.

Es un estudio descriptivo, porque “busca especificar, propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.80).

El diseño metodológico fue mixto cuantitativo-cualitativo, ya que integra de forma conjunta aproximaciones cuantitativas y cualitativas. Los datos recabados por ambos métodos se integran y discuten conjuntamente para realizar inferencias y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

La metodología cualitativa se centra en el estudio de las perspectivas de los participantes, sus expresiones, interpretaciones y significados, en tanto la metodología cuantitativa, se caracteriza por medir fenómenos, probar hipótesis y realizar análisis estadístico. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Así, esta investigación atravesó por tres etapas principales:

- a) Una primera etapa cuantitativa de aproximación diagnóstica acerca de la percepción del rol de las enfermeras profesionales (Licenciadas en Enfermería) en la continuidad de la atención de los usuarios de ASSE, con patologías crónicas de Mercedes, departamento de Soriano, Uruguay.
- b) Una etapa cualitativa para identificar los factores que influyen en la percepción de los usuarios de ASSE del rol de las enfermeras profesionales (Lic. en Enfermería) en la continuidad de la atención
- c) Una segunda etapa cuantitativa, para profundizar los aspectos relevados en las etapas previas.

Las etapas cuantitativas del estudio fueron realizadas mediante dos cuestionarios (ver apéndices 3 y 4), anexados en tanto apartados independientes del formulario de las encuestas realizadas en 2015 y 2017 a usuarios de los servicios de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, en el departamento de Soriano en el marco del proyecto Equity-LA II. Ese proyecto tuvo como objetivo evaluar la eficacia de diferentes estrategias de integración en la calidad de la atención, y la mejora de la coordinación en

la RISS públicas en los siguientes países: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay. Equity-LA II es un estudio cuasiexperimental controlado antes y después que combina metodologías cuantitativas y cualitativas. Fue realizado en los servicios de salud de 1^{er} y 2^{do} nivel de la red de atención primaria en la región oeste de ASSE (Colonia, Soriano, Río Negro, Durazno, Flores, Florida y San José) con la participación de usuarios con patologías crónicas, gestores y funcionarios. La Unidad de Investigación de Facultad de Enfermería fue quien lideró el proyecto en asociación con ASSE, y cuenta con comités locales y nacionales que involucran representantes institucionales de las antes mencionada, así como también del Ministerio de Salud y la Universidad de la República (Bertolotto et al., 2017).

La etapa cualitativa del estudio se realizó con un grupo focal, convocado en el Hospital de la ciudad de Mercedes Soriano, donde concurrían los usuarios seleccionados. Los participantes habían respondido el cuestionario en el apartado de Enfermería, dentro de la encuesta del proyecto Equity-LA II, mencionado anteriormente. Del grupo que habían contestado las preguntas abiertas, se convocaron a los 6 usuarios que aceptaron participar. Se promovió la interacción de los participantes y su diálogo sobre los temas seleccionados previamente para profundizar. El rol de coordinadora fue asumido en este caso por mi persona, como investigadora, contando con una colega en el rol de asistente, de acuerdo con lo que se sugiere en la metodología.

6.2 Área de indagación

El área de indagación es la región donde ocurrió el fenómeno, el lugar donde tuvo lugar el proceso que ocasionó la necesidad de conocer más sobre los motivos de sus percepciones. Constituyó el espacio de referencia conceptual donde las personas experimentaron sus situaciones de vida, las cuales explicitaron cuando se aplicó el formulario de encuesta y/o el encuentro del grupo, delimitado a la red oeste de ASSE, en la ciudad de Mercedes, Departamento de Soriano, Uruguay.

Características del contexto:

La población total del departamento de Soriano era de 82.595 habitantes, de los cuales 41.742 eran mujeres y 40.853 hombres. El 31,4 %, se ubicaban en la franja etaria de 65 años y más, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) del Uruguay, censo del año 2011 (ver Apéndice 2).

La red de ASSE en el Dpto. de Soriano está conformada por 4 “Unidades Ejecutoras”

(UE) que son administrativa y presupuestalmente las responsables de la atención y por “Unidades Asistenciales” (UA) que son todos los centros de atención.

Las UE son: a) La Red de Atención Primaria (RAP) Soriano, b) Centro Auxiliar de Cardona, c) Centro Auxiliar de Dolores y d) Centro Dptal. de Soriano (Hospital de Mercedes).

La RAP de Soriano: red de unidades asistenciales del primer nivel de atención, en total son 25 servicios con capacidad resolutive diferente, organizados por rutas nacionales de acceso. Algunos con médico y enfermera todos los días de lunes a viernes, otros con rondas rurales cada semana o cada 15 días. La única especialidad médica es la pediatría.

En el año 2012 se realizaron 116.548 consultas. Contando en el PNA de Mercedes con 3 licenciadas en Enfermería a nivel operativo y una en la Dirección

El Hospital de Mercedes- servicio de 2º nivel de atención, de mediana complejidad, con puerta de emergencia y 94 camas de cuidados moderados y especiales. Con 3 salas de BQ, servicio de oncología, de traumatología. Se realizan consultas ambulatorias de medicina general y varias especialidades médicas (no se cuenta con datos estadísticos al respecto) Con 1335 intervenciones quirúrgicas general, traumatológicas, urológicas, plásticas, odontológicas, de ORL y otras en el año 2012. Cuenta con Imagenología (radiología, ecografías, mamografías, Arco en C), laboratorio (complejidad moderada) y servicios de apoyo (sector administrativo, farmacia, cocina, lavadero, centro de materiales, descontaminación, transporte).

Se atendieron 21.503 al año 2012.

En el año 2017, se atendieron 23.450 usuarios.

Se realizaron 1382 intervenciones quirúrgicas y 57.376 consultas ambulatorias

De acuerdo a la información de la Dirección del Hospital el N° de licenciadas en Enfermería a nivel operativo eran 15, además de 3 supervisoras, una Jefa y una licenciada en la Dirección.

6.3. Consideraciones éticas

Atendiendo a las concepciones éticas del país, se toma como referencia Ley Nro. 379/008, sobre investigaciones con seres humanos. Todos los procedimientos siguieron

las líneas de acción establecidas en dicho decreto.

En las etapas cuantitativas se diseñaron dos instrumentos de recolección de datos (llamado apartado de Enfermería), uno se aplicó en la primera etapa cuantitativa (ver Apéndice 3) y el otro en la segunda (ver Apéndice 4), donde se modificaron algunas preguntas esperando obtener respuestas más específicas en relación a los objetivos del estudio. Se explicó a los sujetos de estudio las características de estos, asegurándoles el anonimato y la confidencialidad del dato. Las variables utilizadas en ambos apartados se definieron desde el punto de vista conceptual y operacional (ver Apéndices 5 y 6).

En la etapa cualitativa se planteó una pauta como guía para el desarrollo del grupo focal (ver Apéndice 7), para la cual se tuvieron en cuenta las consideraciones metodológicas planteadas por Parada (2011) y Gutiérrez (2001). Se solicitó autorización a las autoridades del hospital para utilizar el espacio físico. Se informó sobre las características y desarrollo de este, se aseguró el anonimato y solicitó firma del consentimiento para participar, grabar y utilizar la información contenida en sus discursos.

6.4. Etapas cuantitativas

6.4.1. Universo y muestra

El universo de estudio estuvo constituido por usuarios con patologías crónicas que se asisten en la red de servicios públicos de salud del primer y 2do. Nivel de atención de la ciudad de Mercedes, Soriano, Uruguay.

Las muestras de los estudios cuantitativos se constituyeron de manera aleatoria, incluyendo a las personas que respondieron al apartado de enfermería en las encuestas del proyecto Equity en la ciudad de Mercedes, quedando así constituidas de 201 usuarios en la encuesta de 2015 y 109 en la encuesta de 2017.

En la presente investigación se utilizó para las etapas uno y tres, cuantitativas, un formulario específico en cada etapa, asociados a la encuesta del proyecto Equity-LA II dirigido a usuarios. Este formulario específico estandarizado se agregó como apartado de enfermería en el cuestionario global, y la información fue recogida por el equipo de encuestadores previamente entrenados del proyecto Equity.

6.4.2. Criterios de inclusión

Se aplicaron principalmente los siguientes: usuarios mayores de 18 años, que tuvieran una patología crónica, que se hubieran atendido en ambos niveles de atención en los últimos 6 meses y que aceptaran participar en la investigación

6.4.3. Recolección de datos

La recolección de datos se realizó a través de los encuestadores del proyecto Equity, previamente entrenados, que realizaban la entrevista con el cuestionario global del proyecto Equity LA II, aceptando agregar el apartado de Enfermería.

6.4.4. Registro de información

De los formularios recogidos a través de los encuestadores del Proyecto Equity LA II, se seleccionaron los Apartados de Enfermería, cuantificando el total de respuestas obtenidas (203 formularios, validados 201 en la primera etapa en el año 2015 y 109 en la segunda en marzo del 2018).

Se transcribieron los datos desde los formularios a una planilla Excel, integrando a posterior los datos sociodemográficos colectado en el cuestionario global del Proyecto Equity.

6.5. Etapa cualitativa

6.5.1 Universo y muestra

Para la investigación cualitativa se aplicó la técnica de grupo focal, con la finalidad de esclarecer algunos conceptos manifestados en la primera etapa cuantitativa. Para su integración, se seleccionó una muestra por conveniencia de personas que se atendieron en el primer y segundo nivel de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Soriano y participaron de la primera etapa cuantitativa. De acuerdo con los resultados de esta, obtenidos de la hoja “apartado de Enfermería”, se preseleccionaron treinta personas en forma estratificada por sexo y edad, a los efectos de indagar sobre los factores que pudieron estar presentes para comprender las respuestas obtenidas, respecto a continuidad de atención en la relación, información y gestión.

Para la selección de estas personas, se elaboró un listado con los usuarios que respondieron las preguntas abiertas de la primera etapa cuantitativa:

6.5.3 Según su opinión, la atención de la Enfermera profesional (Nurse) es complementaria de la atención del médico en su problema de salud?

(1) Sí (2) No p 6.5.4

(98) NS/NC p 6.5.4

Explicite su respuesta:

A los efectos de lograr una muestra heterogénea, se preseleccionaron al azar 30 cuestionarios de personas que hubieran contestado la pregunta abierta N° v6_5_3, estratificados en base a los perfiles de los participantes de la primera etapa cuantitativa, con los siguientes criterios de inclusión:

Edad: 7 entre 39 y 59 años, 20 entre 60 y 79 años, y 3 de edad igual o mayor a 80 años.

Sexo: se seleccionan 6 hombres y 24 mujeres

Se realizó una muestra por conveniencia de las primeras seis personas del grupo preseleccionado, que aceptaron participar.

Se les convocó a participar del grupo focal por vía telefónica, explicándoles que se les solicitaría que respondieran algunas preguntas vinculadas a la encuesta realizada en el año 2015. Se planificó la organización del grupo con las primeras seis personas que confirmaron asistir y participar, al que efectivamente concurrieron 4 personas, el día que se realizó el encuentro.

6.6. Recolección y registro de la información

Con el consentimiento de los participantes, la instancia del desarrollo del grupo focal fue grabada. Se preservó el anonimato, por lo que sus intervenciones se identificaron de acuerdo al sexo y secuencia. Esta técnica permitió valorar las percepciones y opiniones de cada uno, facilitando la interacción del grupo e intercambio de experiencias. El análisis de discurso permitió revelar el sentido y significados de estas conversaciones, con el rigor metodológico exigido en la investigación cualitativa.

Durante el encuentro grupal, la coordinadora a través de una guía realizó preguntas a los participantes, que fueron grabadas mientras la asistente tomaba notas de las participaciones. Estas fueron identificadas por orden de entrada a la intervención en el grupo, como femenino o masculino. Así se obtuvo el femenino1, GFF1, femenino 2 GFF2, GFF3 y GFM. Luego la grabación fue transcrita literalmente palabra a palabra, asociando los registros de las notas.

6.7. Análisis de la información y presentación de resultados

Para el análisis cualitativo, se utilizó la perspectiva narrativa a través de la aplicación de la técnica de grupo focal. Esta constituye un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos. Es definida por algunos autores como una forma de entrevista grupal que utiliza la comunicación entre investigador y participantes, con el propósito de obtener información. La técnica es particularmente útil para explorar los conocimientos y experiencias de las personas en un ambiente de interacción, que permite examinar lo que la persona piensa, cómo piensa y por qué piensa de esa manera. El trabajar en grupo facilita la discusión y activa a los participantes a comentar y opinar aún en aquellos temas que se consideran como tabú, lo que permite generar una gran riqueza de testimonios. “Se trata de una técnica que privilegia el habla, y cuyo interés consiste en captar la forma de pensar, sentir y vivir de los individuos que conforman el grupo” (Hamui Sutton y Varela Ruiz, 2012, p.56).

El protagonismo de los sujetos a través de sus propias voces permite reconstruir y reorganizar la experiencia a través de la narrativa, atribuyendo sentidos al pasado con referencia al presente y a las concepciones personales. (Hamui-Sutton y Varela-Ruiz 2012).

El trabajo final se desarrolló a partir de la utilización de herramientas empleadas en la técnica del grupo focal que permitió construir categorías haciendo énfasis en la mirada y la escucha. (García-Huidobro, 2016)

Los relatos son las narraciones de una persona sobre su propia vida y con sus propias palabras, que se abren a través de círculos: el yo, los otros, la comunidad y la sociedad. El modo de tratar de explicar y dar significado a los fenómenos sociales se hace a través de procesos de construcción subjetiva e intersubjetiva, donde los valores, las creencias y las ideologías adquieren un papel central. (Lieblich, Tuval-Mashiach y Zilber, 1998).

Para Lieblich et.al. (1998), el relato es la identidad de uno, una historia creada, dicha, repetida a lo largo de la vida. La identidad colectiva, entonces, debe ser concebida como parte de un conjunto de relaciones sociales, representaciones, mitos, creencias, materializaciones y narrativas de un modo de ser y lleva al cuestionamiento de ese modo de ser instituido y de las narraciones que lo instituyen tradicionalmente.

Como señalan Lieblich, et al. (1998) las relaciones entre la identidad y la narración son extremadamente complejas y variadas. A pesar de dicha complejidad, consideran que las

formas de análisis narrativo son adecuadas para entender dichas relaciones, ya que la identidad es una construcción narrativa.

El análisis narrativo permite el estudio sistemático del significado y la experiencia personal y explorar las cualidades del pensamiento humano. Para ese análisis los datos pueden ser recogidos como historias de diferentes maneras. Puede ser, usada como método comparativo entre grupos, para aprender sobre un fenómeno social, un período histórico o para explorar una personalidad. (Lieblich et al., 1998)

Las tecnologías narrativas se constituyen en "microsistemas sociales" que operan como redes en los que se materializan procesos de socialización que adquieren características particulares de acuerdo al establecimiento, al conjunto de pautas, funciones, roles, distribución de autoridad y modalidades de comunicación entre los sujetos implicados en la interacción comunicativa. (Lieblich et al., 1998).

Silva y Trentini (2002) presenta a la narración como posibilidad de abordaje para investigaciones en enfermería, especialmente como técnica de recolección y análisis de datos, destacando sus aspectos teóricos y prácticos. Desarrollan narrativas breves que focalizan un determinado episodio, narrativas de vivencias que son más amplias e incluyen la historia de la vivencia de una persona con un sufrimiento o enfermedad, y narrativas populares, contadas entre personas de una comunidad. Representan la expresión de una experiencia que fue siendo construida en las interacciones sociales de los acontecimientos vividos.

Los beneficios que se derivan de la sistematización de distintas formas de análisis son reconocidos por Lieblich et al. (1998), donde ellos sugieren que en teoría es importante hacer la distinción entre contenido y forma, en la práctica la síntesis entre ambos análisis de forma y contenido puede ser muy fructífero. Cuanto más examinamos nuestros datos desde diferentes puntos de vista, más podemos descubrir – y ciertamente construir – su complejidad.

Luego de obtenida la grabación del grupo focal, a partir de las expresiones de los participantes y el marco conceptual se construyeron categorías de análisis que permitieron ordenar como se percibe la identificación de los profesionales enfermeros, las funciones que cumplen y como contribuyen en la continuidad de la atención.

VII. Resultados

Como se planteó anteriormente este estudio basado en el Equity LA II se limitó a la ciudad de Mercedes, Departamento de Soriano, Uruguay. Se realizaron dos etapas cuantitativas, una en 2015 y otra en 2017.

7.1. Consideraciones estadísticas de la primera etapa cuantitativa

Entre los meses de mayo y agosto del año 2015 se encuestaron 259 usuarios. De ellos, se recogieron 203 formularios que respondieron al apartado de Enfermería, de los cuales se validaron 201. Estos constituyeron el material de base para la primera etapa cuantitativa de esta investigación

Para las variables estudiadas se conservan aquellas respuestas válidas, o sea, no se toman en cuenta los valores perdidos para realizar los cálculos estadísticos, esto repercute en el “n” de cada tabla.

Luego de obtener los datos, se realizó un análisis descriptivo. Dichos datos fueron distribuidos en tablas de distribución de frecuencias, a través de frecuencias absolutas (N) y frecuencias relativas porcentuales (%). De los cuadros se seleccionan aquellos gráficos que son de mayor relevancia.

Resultados de la primera etapa cuantitativa

En la tabla 1 se presenta la caracterización de la muestra estudiada, en tanto que de la tabla 2 a la 6 se presenta la distribución de la población de usuarios atendidos, adultos y adultos mayores, con patologías crónicas, que reconocen el rol diferenciado entre enfermera profesional y auxiliar de enfermería, en Servicios del 1er y 2do nivel de atención en la ciudad de Mercedes, Dpto. de Soriano Uruguay en el período de mayo a setiembre de 2015, cruzando con otras variables sociodemográficas, identificando la existencia o no de una relación de dependencia en cada variable estudiada.

TABLA N° 1: Características de la muestra estudiada.

Variable	Categorías	N	%
Sexo	Masculino	43	22, 87
	Femenino	145	77, 13
Edad	Menor a 39	4	2, 14
	Entre 39 y 59	50	26, 74
	Entre 60 y 79	118	63, 10
	Mayor a 80	15	8, 02
Nivel de estudios	Primaria incompleta	60	31, 91
	Primaria completa	52	27, 66
	Secundaria completa	76	40, 43
Rol de jefe del hogar	Si	108	58, 38
	Si/compartido	50	27, 02
	No	27	14, 60
Nivel de ingresos	Hasta un salario mínimo	92	50, 27
	Entre 1 y 2 salarios mínimos	50	27, 32
	Más de 2 salarios mínimos	41	22, 41

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de mayo a setiembre del año 2015.

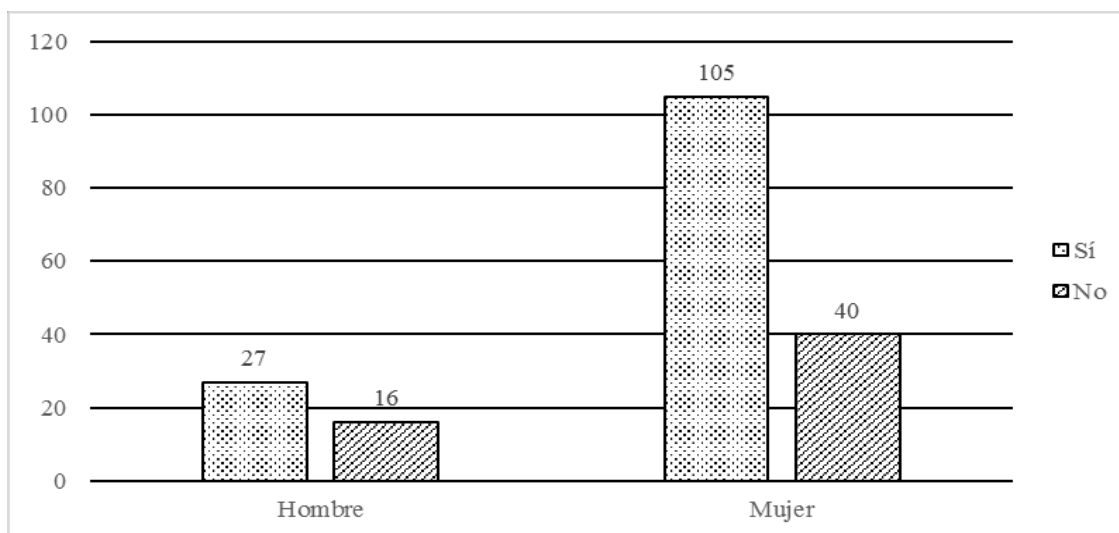
Comentario: Como se visualiza en la tabla N°1, la mayoría de los participantes corresponden al sexo femenino (77, 13%, 145/188), a la franja etaria entre 60 y 79 años(63, 1%, 118/188), con secundaria completa (40, 43%, 76/188), con el 31, 91% de primaria incompleta(60/188), cumpliendo el rol de jefe de hogar (58, 38% de los que respondían a la encuesta, 108/188), con un nivel de ingresos declarados hasta un salario mínimo (50, 27 %, 92/188) seguido del 27, 32 % entre 1 y 2 salarios mínimos.

TABLA N° 2: Distribución de la población según reconocimiento del rol diferenciado entre enfermera profesional y auxiliar en servicios del 1er y 2do nivel de atención y sexo.

Reconoce rol diferenciado/Sexo	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Si	27	62,79	105	72,41	132	70,21
No	16	37,21	40	27,59	56	29,79
Total	43	100,00	145	100,00	188	100,00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de mayo a setiembre del año 2015.

GRÁFICO N° 1: (corresponde a la tabla N°2). Distribución de la población según reconocimiento del rol diferenciado entre enfermera profesional y auxiliar en servicios del 1er y 2do nivel de atención y sexo.



Comentario: Según la tabla N°2 y gráfico N°1, las mujeres (72.4%) manifiestan reconocer más la diferencia del rol entre una Enfermera profesional (Nurse) y de una Auxiliar de Enfermería que los hombres (27, 6%).

Al realizar el cálculo del chi cuadrado en relación de la variable sexo y reconocimiento

de la diferencia del rol entre Profesional y Auxiliar de Enfermería, con un grado de libertad de 1 y nivel de confianza de 95% da como resultado 1,46 (el valor de $p = 0,2256$). Dado que el valor estadístico esperado para este grado de libertad y nivel de confianza es de 3,84; con lo cual no rechazamos la hipótesis nula de igualdad de distribución, se infiere que no existe relación de dependencia entre ambas variables.

TABLA N° 3: Distribución de la población según reconocimiento del rol diferenciado entre enfermera profesional y auxiliar en servicios del 1er y 2do nivel de atención y edad.

Reconocen rol diferenciado/ Edad	Menor a 39 años		Entre 39 y 59 años		Entre 60 y 79 años		Mayor a 80 años		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	3	75,00	39	78,00	81	68,64	9	60,00	132	70,59
No	1	25,00	11	22,00	37	31,36	6	40,00	55	29,41
Total	4	100,00	50	100,00	118	100,00	15	100,00	187	100,00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de mayo a setiembre del año 2015.

Comentario: De acuerdo con la tabla 3, el grupo etario que manifiesta mayor reconocimiento de la diferencia de rol entre un(a) profesional enfermero y un(a) Auxiliar de Enfermería es el del tramo de 60 y 79 años, pudiendo interpretarse por el mayor vínculo establecido en la continuidad de la atención de sus patologías crónicas, siendo el grupo de mayor representatividad en la encuesta.

Al realizar la prueba de chi cuadrado para estas variables, con un grado de libertad de 3, y un nivel de confianza 95%, el valor obtenido es 2,38, con relación a un valor estadístico crítico de 7,81 se declara nula la hipótesis, no teniendo relación de dependencia.

TABLA N° 4: Distribución de la población según reconocimiento del rol diferenciado entre enfermera profesional y auxiliar en servicios del 1er y 2do nivel de atención y rol de jefe (a) de hogar.

Reconocen rol diferenciado/ Rol de jefe(a) de hogar	Si		Si/Compartido		No		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	73	67,59	36	72,00	21	77,78	130	70,27
No	35	32,41	14	28,00	6	22,22	55	29,73
Total	108	100,00	50	100,00	27	100,00	185	100,00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico "Apartado de enfermería" en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de mayo a setiembre del año 2015.

Comentario: Podría interpretarse que de las personas que cumplen el rol de jefe/a de hogar manifiestan mayor reconocimiento de la diferenciación de roles entre profesionales y auxiliares de enfermería.

Al realizar la prueba de chi cuadrado, para un grado de libertad (GL) de 2 y nivel de confianza de 95% (p: 0,05), el valor obtenido es de 1,14, dado que el valor estadístico esperado para ese grado de libertad y nivel de confianza es de 5,99, (p-valor = 0,5569), no se rechaza la hipótesis nula, no existiendo relación de dependencia entre ambas variables estudiadas.

TABLA N° 5: Distribución de la población según reconocimiento del rol diferenciado entre enfermera profesional y auxiliar en servicios del 1er y 2do nivel de atención y nivel de ingresos.

Reconocen rol diferenciado/ Nivel de ingresos	Hasta un salario mínimo		Entre 1 y 2 salarios mínimos		Más de 2 salarios mínimos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	63	68,48	35	70,00	31	75,61	129	70,49
No	29	31,52	15	30,00	10	24,39	54	29,51
Total	92	100,00	50	100,00	41	100,00	183	100,00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de mayo a setiembre del año 2015.

Comentario: El perfil de la población que responde en relación al reconocimiento de la diferencia de roles entre profesionales y auxiliares de enfermería es la de menores ingresos (hasta un salario mínimo), coincidiendo con el mayor número de personas atendidas.

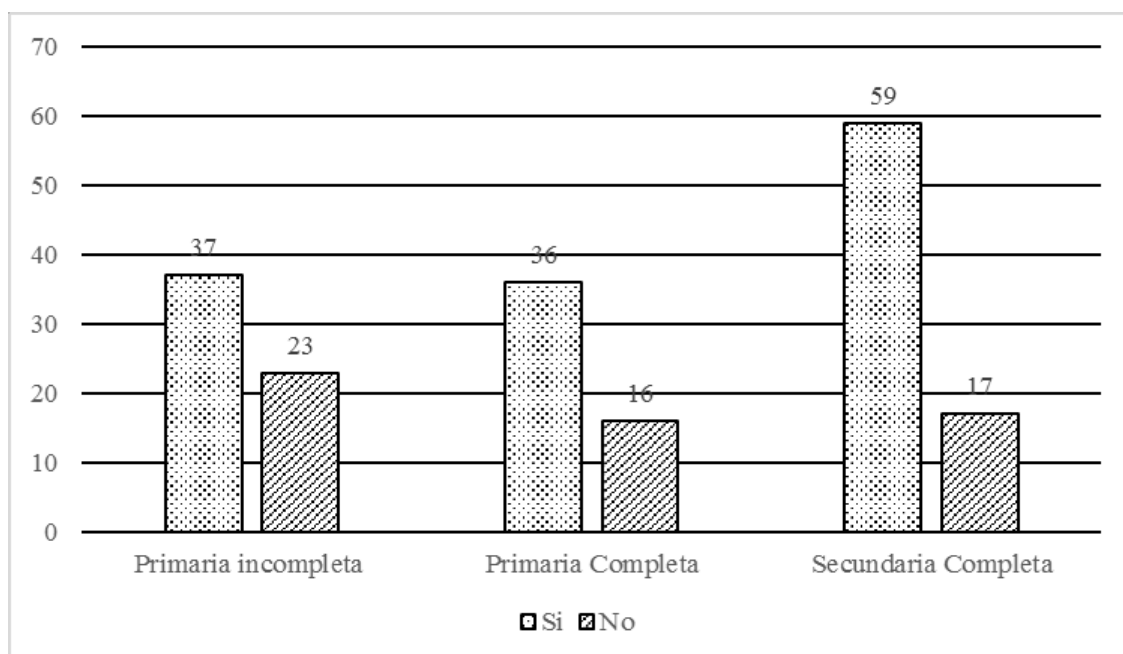
Estudiando el nivel de dependencia para un grado de libertad de 2, con un nivel de confianza de $p: 0,05$, el valor calculado de chi cuadrado es de 0,68 para un valor estadístico correspondiente a 7,81-5,99, ($p = 0,7042$) podemos inferir que no existe relación de dependencia entre ambas variables.

TABLA N° 6: Distribución de la población según reconocimiento del rol diferenciado entre enfermera profesional y auxiliar en servicios del 1er y 2do nivel de atención y nivel de estudios aprobados de la persona encuestada.

Reconocen rol diferenciado/Nivel de estudios	Primaria incompleta		Primaria Completa		Secundaria Completa		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	37	61,67	36	69,23	59	77,63	132	70,21
No	23	38,33	16	30,77	17	22,37	56	29,79
Total	60	100,00	52	100,00	76	100,00	188	100,00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de mayo a setiembre del año 2015.

GRÁFICO N° 2: (corresponde a la tabla N°6). Distribución de la población según reconocimiento del rol diferenciado entre enfermera profesional y auxiliar en servicios del 1er y 2do nivel de atención y nivel de estudios aprobado.



Comentario: El nivel de estudios de la persona encuestada, parece de acuerdo con la tabla N°6 y gráfico N°2, incidir en el reconocimiento del rol diferenciado entre el profesional enfermero de un auxiliar de enfermería, ya que al mayor nivel de estudios corresponde mayor reconocimiento.

Al realizar el cálculo del chi cuadrado, con un grado de libertad de 2 y nivel de confianza de 0,05 (95%) da como resultado 4,11, Valor $p = 0,1275$. Dado que el valor estadístico esperado para este grado de libertad y nivel de confianza es de 5,99; con lo cual no rechazamos la hipótesis nula de igualdad de distribución, se infiere que no existe relación de dependencia entre ambas variables

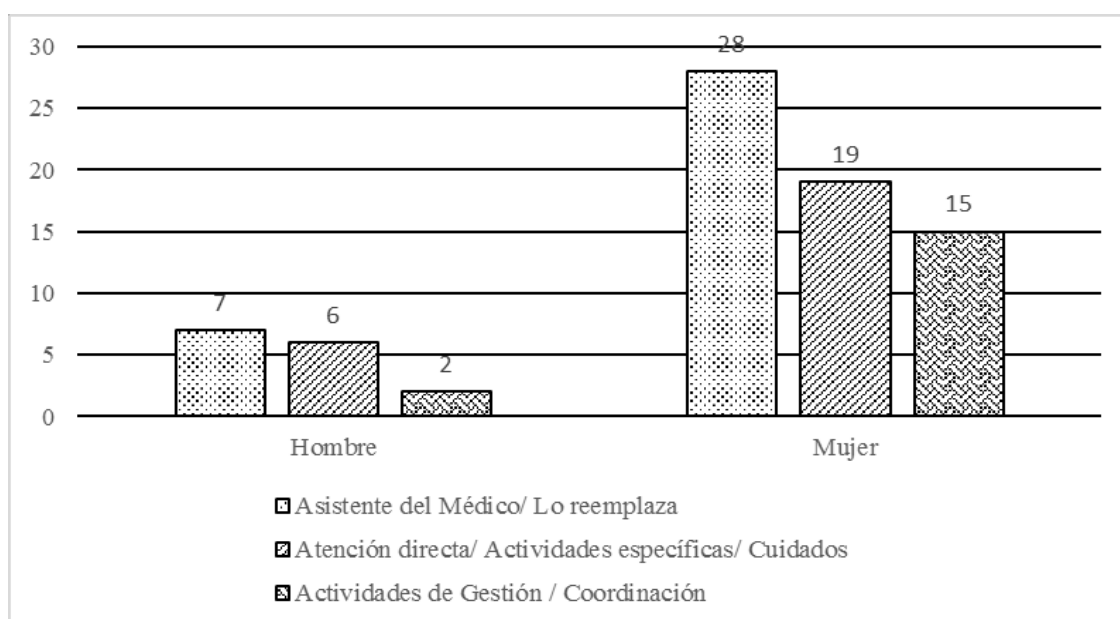
De las tablas 7 a la 11 se presentarán las tablas bivariadas con la distribución de la población usuaria adultos y adultos mayores con patologías crónicas atendidos, del 1er y 2do nivel de atención en la ciudad de Mercedes, Dpto. de Soriano Uruguay en el período de agosto a setiembre de 2015, vinculando el resultado de la opinión de la atención de la Enfermera profesional, como complementaria en la atención del médico en su problema de salud, en relación de diferentes variables sociodemográficas.

TABLA N° 7: Distribución de la población según opinión de la atención de la Enfermera profesional como complementaria en la atención del médico en su problema de salud y sexo.

Opinión de atención de Enfermera profesional /Sexo	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Asistente del Médico/ Lo reemplaza	7	46,67	28	45,16	35	45,45
Atención directa/ Actividades específicas/ Cuidados	6	40,00	19	30,65	25	32,47
Actividades de Gestión / Coordinación	2	13,33	15	24,19	17	22,08
Total	15	100,00	62	100,00	77	100,00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de mayo a setiembre del año 2015.

GRÁFICO N° 3: (corresponde a la tabla N°7) Distribución de la población según opinión de la atención de la Enfermera profesional como complementaria en la atención del médico en su problema de salud y sexo del encuestado.



Comentario: Los datos que se visualizan permitirían interpretar que en ambos sexos la mayoría opina que la enfermera complementa la atención como asistente, o colaboradora del médico. Las mujeres marcan mayor diferencia en las actividades de gestión.

Al realizar el cálculo del chi cuadrado en relación a las variables de la atención de la Enfermera profesional, como complementaria en la atención del médico en su problema de salud según sexo del encuestado; con un grado de Libertad (GL) de 2, para un nivel de confianza de 95% (p: 0.05), con un valor estadístico esperado de 5, 99, habiendo obtenido un resultado de 0, 97, El valor p es 0, 6136, y el cálculo del test exacto de Fisher se obtuvo un de valor p=0, 6546, con lo cual no rechazamos la hipótesis nula de igualdad de distribución, se infiere que no existe relación de dependencia entre ambas variables

TABLA N° 8: Distribución de la población según opinión de la atención de la Enfermera profesional como complementaria en la atención del médico en su problema de salud y edad del encuestado.

Opinión de la atención de Enfermería Profesional/ Edad	Menor a 39 años		Entre 39 y 59 años		Entre 60 y 79 años		Mayor a 80 años		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Asistente del Médico/lo reemplaza	5	29,41	24	50,00	6	60,00	0	0,00	35	45,45
Atención directa/ actividades específicas/ cuidados	7	41,18	13	27,08	3	30,00	2	100,00	25	32,47
Actividades de Gestión/ coordinación	5	29,41	11	22,92	1	10,00	0	0,00	17	22,08
Total	17	100,00	48	100,00	10	100,00	2	100,00	77	100,00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico "Apartado de enfermería" en centros de atención de ASSE de la ciudad de

Mercedes, Uruguay; entre los meses de mayo a setiembre del año 2015.

Comentarios: La tabla no permite visualizar relación de dependencia entre las variables de la opinión de la atención de la Enfermera profesional, como complementaria en la atención del médico en su problema de salud según edad del encuestado. Esto se puede inferir al realizar el cálculo del chi cuadrado, con un grado de libertad (GL) de 6 con un nivel de confianza del 95% (p. 0, 05), ante un valor estadístico esperado de 12, 59 y un resultado obtenido de 7, 74, con un valor de p de =0, 2577 y un resultado del test exacto Fisher p-valor=0, 3302, con lo cual no rechazamos la hipótesis nula de distribución.

TABLA N° 9: Distribución de la población según opinión de la atención de la Enfermera profesional como complementaria en la atención del médico en su problema de salud y rol de jefe (a) de hogar del encuestado.

Opinión de la atención de Enfermería Profesional/Rol de jefe(a) de hogar	Si		Si/ Compartido		No		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Asistente del Médico/ Lo reemplaza	12	54, 55	7	41, 18	16	42, 11	35	45, 45
Atención directa/ Actividades específicas/ Cuidados	6	27, 27	6	35, 29	13	34, 21	25	32, 47
Actividades de Gestión/ Coordinación	4	18, 18	4	23, 53	9	23, 68	17	22, 08
Total	22	100, 00	17	100, 00	38	100, 00	77	100, 00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de mayo a setiembre del año 2015.

Comentarios: De acuerdo a los datos de la tabla podría interpretarse que, según el rol del jefe de hogar, la enfermera complementa la atención como asistente del médico. Sometidos los datos a un cálculo estadístico del chi cuadrado, de acuerdo con un grado

de libertad (GL) de 4, con un nivel de confianza de 95% ($p, 0, 05$), ante un valor estadístico esperado de 9,48 y un valor obtenido de 1,07, $p=0,9045$ y test exacto de Fisher $p = 0,9094$, con lo cual no se rechaza la hipótesis nula de igualdad de distribución, se infiere que no existe relación de dependencia entre ambas variables.

TABLA N° 10: Distribución de la población según opinión de la atención de la Enfermera profesional como complementaria en la atención del médico en su problema de salud e ingresos.

Opinión de la atención de Enfermería Profesional/Ingresos	Hasta un salario mínimo		Entre 1 y 2 salarios mínimos		Más de 2 salarios mínimos.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Asistente del Médico/ Lo reemplaza	16	40,00	17	60,71	2	28,57	35	46,67
Atención directa/ Actividades específicas/ Cuidados	15	37,50	6	21,43	3	42,86	24	32,00
Actividades de Gestión/ Coordinación	9	22,50	5	17,86	2	28,57	16	21,33
Total	40	100,00	28	100,00	7	100,00	75	100,00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico "Apartado de enfermería" en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de mayo a setiembre del año 2015.

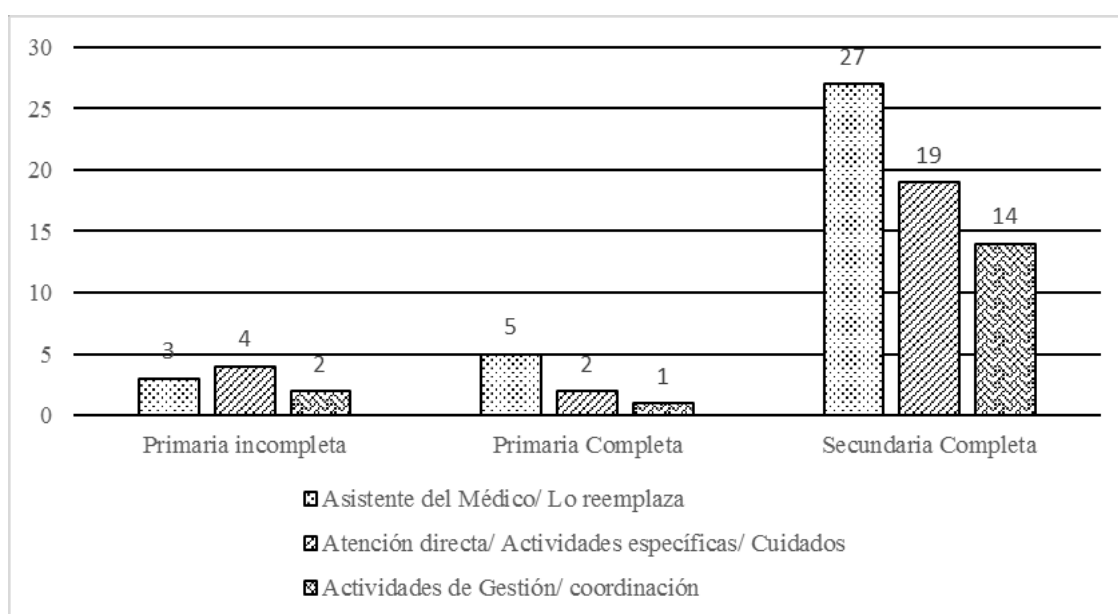
Comentarios: De acuerdo con la primera lectura de los datos obtenidos, visualizados a través de la tabla, se podría interpretar que el mayor porcentaje de opinión sobre la complementación de la atención de la enfermera, para todos los niveles de ingresos es como asistente del médico. Al realizar un estudio estadístico de dependencia, a través de la prueba exacta de Fisher con un valor de $p\text{-valor}=0,3756$, considerando un nivel de confianza de 95%, no se rechaza la hipótesis nula, no encontrando relación de dependencia entre las variables estudiadas.

TABLA N° 11: Distribución de la población según opinión de la atención de la Enfermera profesional como complementaria en la atención del médico en su problema de salud y nivel de estudios aprobado.

Opinión de la atención de la Enfermera profesional/ Nivel de estudios	Primaria incompleta		Primaria Completa		Secundaria Completa		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Asistente del Médico/ Lo reemplaza	3	33.33	5	62.50	27	45.00	35	45,45
Atención directa/ Actividades específicas/ Cuidados	4	44.44	2	25.50	19	31.67	25	32,47
Actividades de Gestión/ coordinación	2	22.22	1	12.50	14	23.33	17	22,08
Total	9	100,00	8	100,00	60	100,00	77	100,00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de mayo a setiembre del año 2015.

GRÁFICO N° 4: (corresponde a la tabla N°11). Distribución de la población según opinión de la atención de la Enfermera profesional como complementaria en la atención del médico en su problema de salud y nivel de estudios aprobado.



Comentario: El nivel de estudios de la persona encuestada, de acuerdo al cálculo de la relación de dependencia entre ambas variables infiere que no hay relación entre ambas, dado que, para un GL de 4, con un nivel de confianza de 95% ($p < 0,05$), se obtuvo el valor de chi cuadrado de 1,03 ($p\text{-valor} = 0,7858$), siendo el valor estadístico esperado de 9,48, lo que permite rechazar la hipótesis nula.

7.2. Consideraciones estadísticas de la segunda etapa cuantitativa.

El estudio aquí presentado, se limitó a la ciudad de Mercedes, del departamento de Soriano, cuya muestra fue de 109 usuarios encuestados con el apartado de Enfermería.

Para las variables estudiadas se conservan aquellas respuestas válidas, o sea, no se toman en cuenta los valores perdidos para realizar los cálculos estadísticos, esto repercute en el “n” de cada tabla.

Luego de obtener los datos, se realizó un análisis descriptivo univariado. Dichos datos fueron distribuidos en tablas de distribución de frecuencias, a través de frecuencias absolutas (N) y frecuencias relativas porcentuales (%). A continuación, se seleccionaron algunas variables de interés para el análisis bivariado. De los cuadros se seleccionaron aquellos gráficos de mayor relevancia.

Resultados del estudio

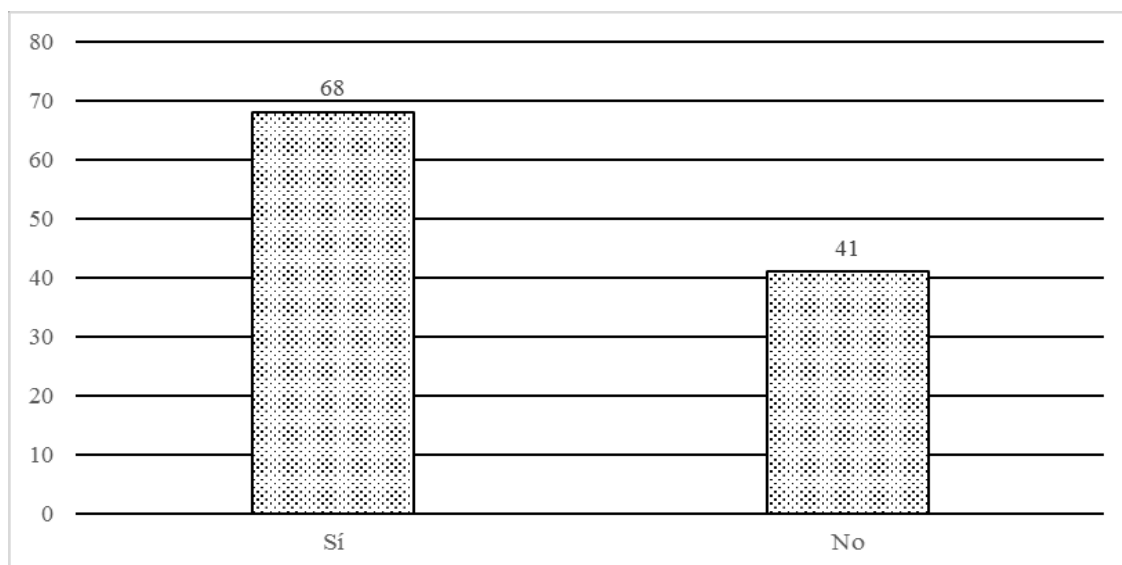
Las tablas del N° 12 al 22 corresponden al análisis univariado de las respuestas a las preguntas del apartado de Enfermería, de usuarios atendidos, adultos y adultos mayores, con patologías crónicas, en Servicios del 1er y 2do nivel de atención de ASSE en la ciudad de Mercedes, Dpto. de Soriano, Uruguay en el período del 19 de febrero hasta el 14 de marzo de 2018.

TABLA N° 12: Identificación de las Licenciadas en Enfermería que trabajan en los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde se atienden.

Identifican a las Licenciadas en Enfermería	N	%
Sí	68	62,39
No	41	37,61
Total	109	100,00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de febrero a marzo del año 2018.

GRÁFICO N° 5: (corresponde a la tabla N°12). Identificación de las Licenciadas en Enfermería que trabajan en los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde se atienden.



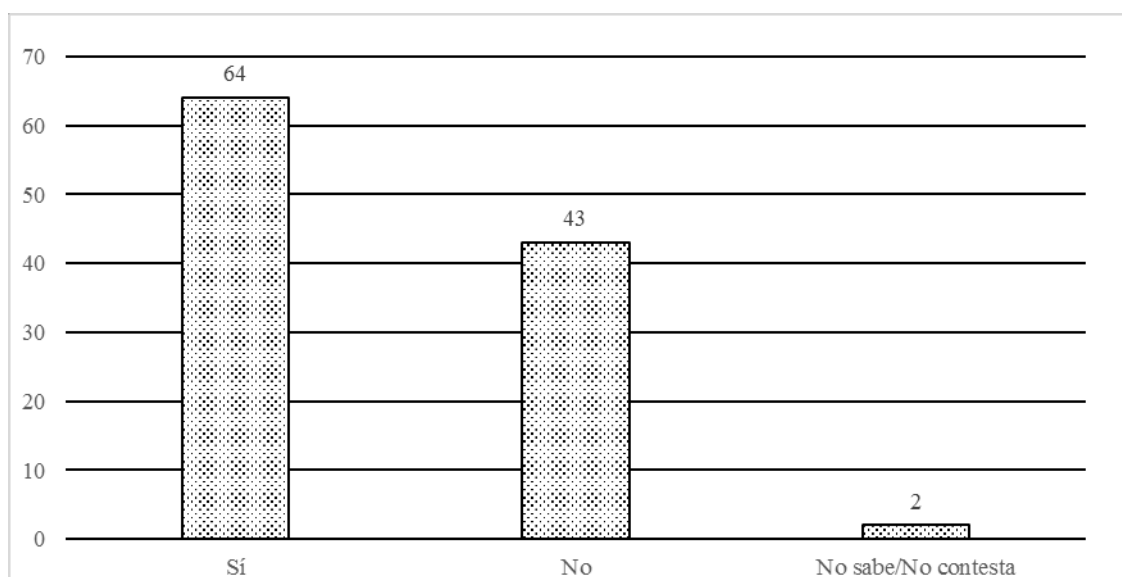
Comentario: Según la tabla N° 12 y gráfico N° 5, el 62,39 % de usuarios adultos y adultos mayores, con patologías crónicas, atendidos en los Servicios del 1er y 2do nivel de atención de ASSE en la ciudad de Mercedes, Dpto. de Soriano identificaron a las Licenciadas en Enfermería que los atienden, quedando un 37,61% que manifiestan no identificarlas.

TABLA N° 13: Conocimiento de las funciones de las licenciadas en Enfermería que trabajan en los lugares donde se atienden.

Conocimiento de las funciones de las Licenciadas en Enfermería	N	%
Sí	64	58,72
No	43	39,45
No sabe/No contesta	2	1,83
Total	109	100,00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de febrero a marzo del año 2018.

GRÁFICO N° 6: (corresponde a la tabla N°13). Conocimiento de las funciones de las licenciadas en Enfermería que trabajan en los lugares donde se atienden.



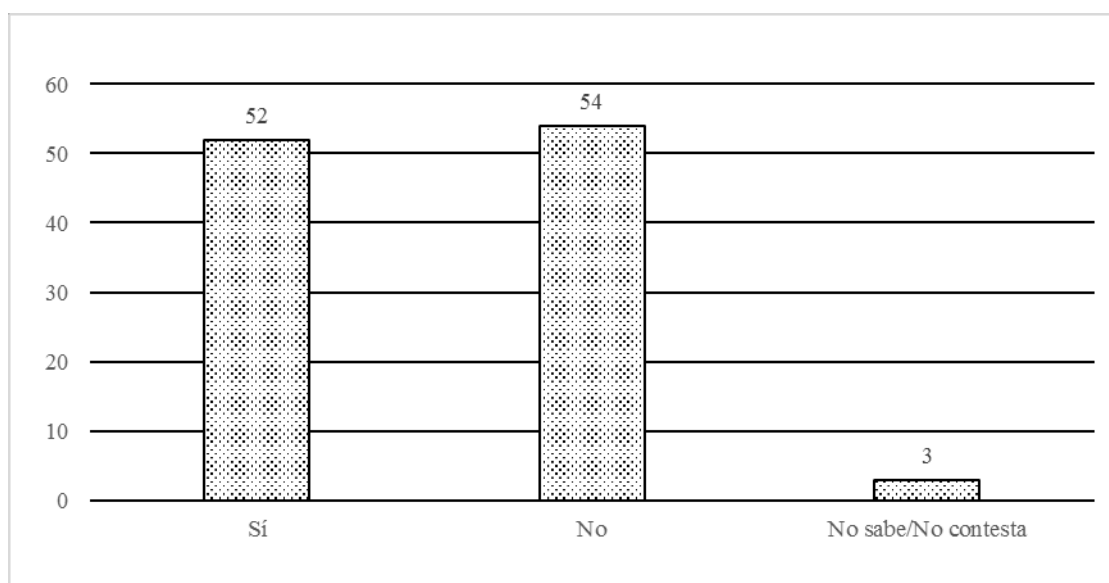
Comentario: Según la tabla N° 13 y gráfico N° 6, casi 6 usuarios de cada 10 usuarios atendidos encuestados, manifiestan conocer las funciones que desempeñan los Licenciados en Enfermería, mientras que el 39,4%, las desconocen.

TABLA N° 14: Fueron atendidos por alguna Licenciada en alguna consulta.

Fueron atendidos por alguna Licenciada en alguna consulta	N	%
Sí	52	47,71
No	54	49,54
No sabe/No contesta	3	2,75
Total	109	100,00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de febrero a marzo del año 2018.

GRÁFICO N° 7: (corresponde a la tabla N°14). Fueron atendidos por alguna Licenciada en alguna consulta.



Comentario: Según la tabla N° 14 y gráfico N° 7, la mitad de los usuarios manifestaron no haber sido atendidos por Licenciadas en Enfermería

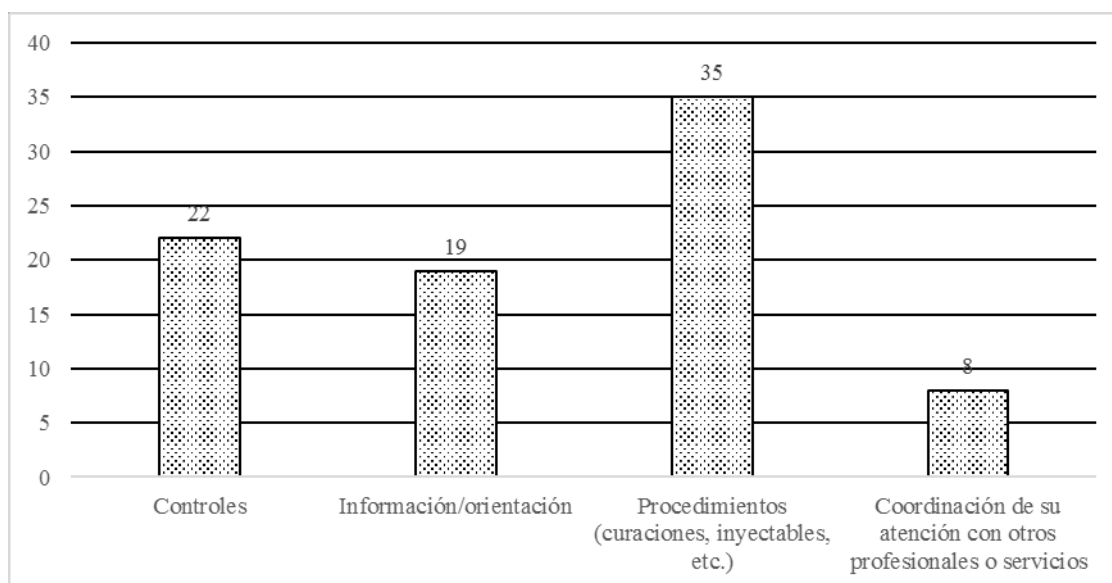
TABLA N° 15: En qué intervino la Licenciada en su atención.

En qué intervino la Licenciada en su atención	N	%
Controles	22	42, 31
Información/orientación	19	36, 54
Procedimientos (curaciones, inyectables, etc.)	35	67, 31
Coordinación de su atención con otros profesionales o servicios	8 *	15, 38 *

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de febrero a marzo del año 2018.

Aclaración: se consideran las respuestas válidas. Cada persona pudo contestar una o más variables. Los porcentajes fueron calculados sobre el “N” 52 en forma individual.

GRÁFICO N° 8: (corresponde a la tabla N°15) En qué intervino la Licenciada en su atención.



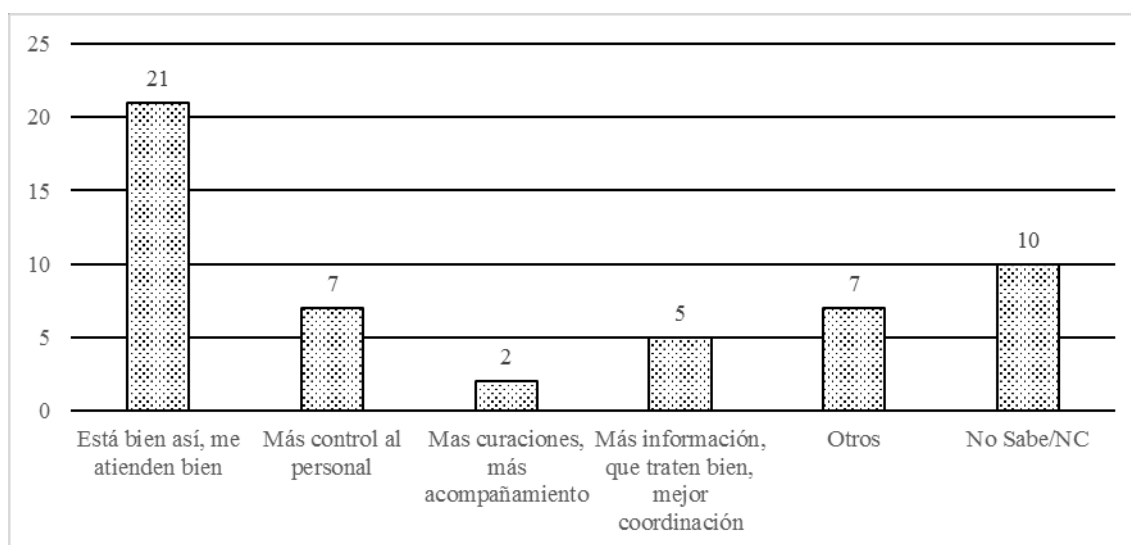
Comentario: Según la tabla N° 15 y gráfico N° 8, el mayor porcentaje (67, 31%), de usuarios identifica a los procedimientos dentro de las intervenciones de la Licenciada en Enfermería en su atención, siguiendo por su orden los controles, la información y orientación, ubicándose en menor escala la coordinación.

TABLA N° 16: Opinión sobre las tareas que podría realizar una Licenciada en Enfermería para mejorar la calidad de la atención que se le brinda.

Opinión de las tareas para mejorar calidad de la atención	N	%
Está bien así, me atienden bien	21	40,38
Más control al personal	7	13,46
Más curaciones, más acompañamiento	2	3,85
Más información, que traten bien, mejor coordinación	5	9,62
Otros	7	13,46
No Sabe/NC	10	19,23
Total	52	100,00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de febrero a marzo del año 2018.

GRÁFICO N° 9: (corresponde a tabla N°16). Opinión sobre las tareas que podría realizar una Licenciada en Enfermería para mejorar la calidad de la atención que se le brinda.



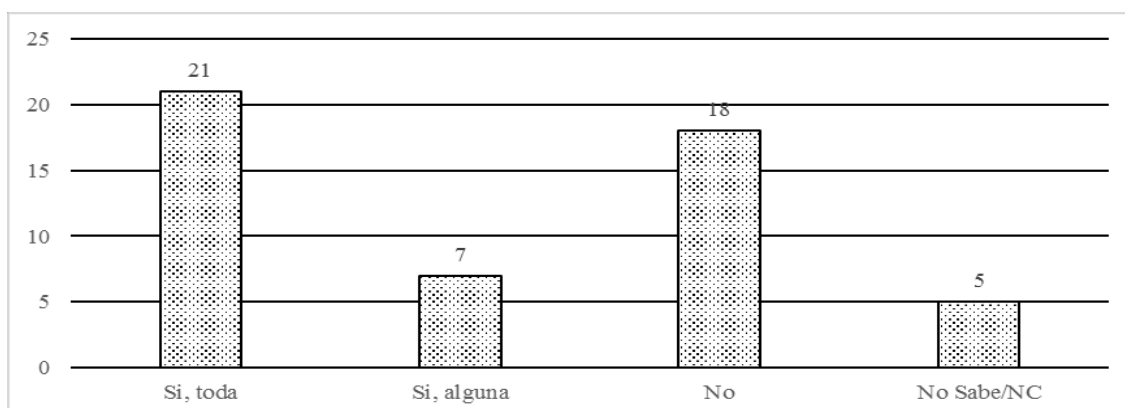
Comentario: De acuerdo a los datos obtenidos representados en la tabla N° 16 y gráfico N° 9, frente a la pregunta de qué tareas podrían realizar para mejorar su calidad de atención, el 40, 83 % manifiestan estar conforme con la atención que reciben, siguiendo de un 19, 23 %, que no saben que responder. El 13, 4 % plantea que podrían realizar más control al personal.

TABLA N° 17: Opinión acerca de si las Licenciadas de los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde se atienden, tenían información sobre su historia clínica y antecedentes.

Las/los Enfermeras/os tienen información previa sobre Historia Clínica y antecedentes	N	%
Si, toda	21	41, 18
Si, alguna	7	13, 73
No	18	35, 29
No Sabe/NC	5	9, 80
Total	51	100

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de febrero a marzo del año 2018.

GRÁFICO N° 10: (corresponde a la tabla N°17). Opinión acerca de si las/os Enfermeras/os de los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde se atienden, tenían información sobre su historia clínica y antecedentes.



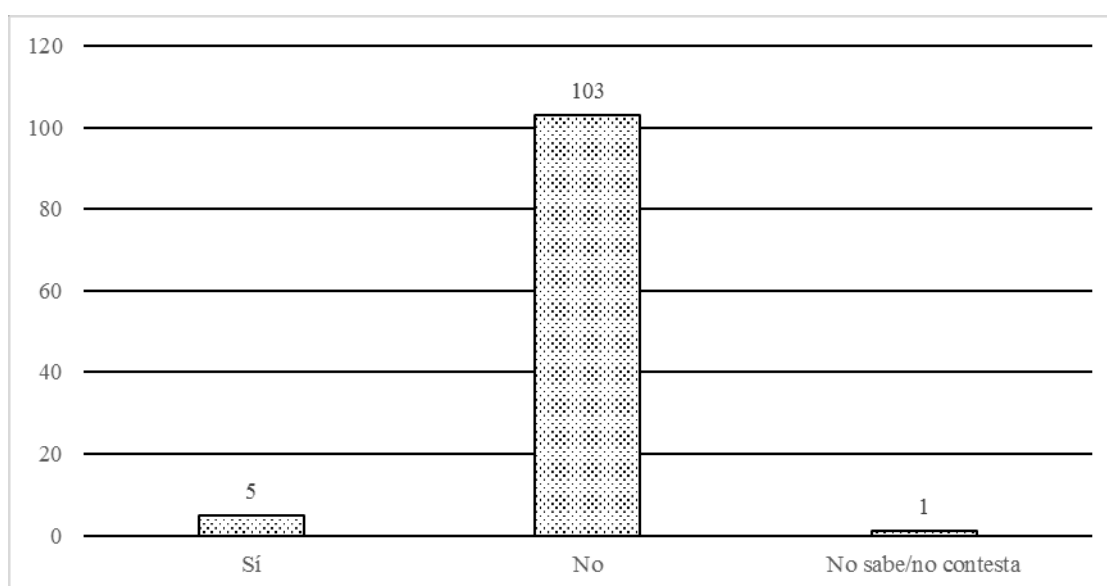
Comentario: Como se observa en la tabla N° 17 y gráfico N° 10, más de la mitad (41, 18% tenían toda la información, sumando el 13, 73%) de la población usuaria atendida contestan que las/os Licenciados en Enfermería tenían algún tipo de información sobre su historia clínica y antecedentes.

TABLA N° 18: Le dieron pase a alguna Licenciada en los últimos 6 meses.

Le dieron pase a alguna Licenciada en los últimos 6 meses	N	%
Sí	5	4, 59
No	103	94, 49
No sabe/no contesta	1	0, 92
Total	109	100, 00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de febrero a marzo del año 2018.

GRÁFICO N° 11: (corresponde a la tabla N°18). Le dieron pase a alguna Licenciada en los últimos 6 meses.



Comentario: Según la tabla N° 18 y gráfico N° 11, De acuerdo a los datos obtenidos, únicamente 5 usuarios manifiestan que le dieron pase a Enfermería.

TABLA N° 19: Quién les dio el pase.

Quién les dio el pase	N
Médico general	2
Médico de urgencias	2
Médico especialista	1
Total	5

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de febrero a marzo del año 2018.

Comentario: Como se visualiza en la Tabla N° 19, fueron los profesionales médicos quienes les dieron el pase a Enfermería a los usuarios atendidos.

TABLA N° 20: Motivo por el cual le dieron el pase.

Motivo por el cual le dieron el pase.	N
Controles	1
Procedimientos (curaciones, inyectables, etc.)	3
Total^a	4

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de febrero a marzo del año 2018.

^a Pregunta con un dato faltante.

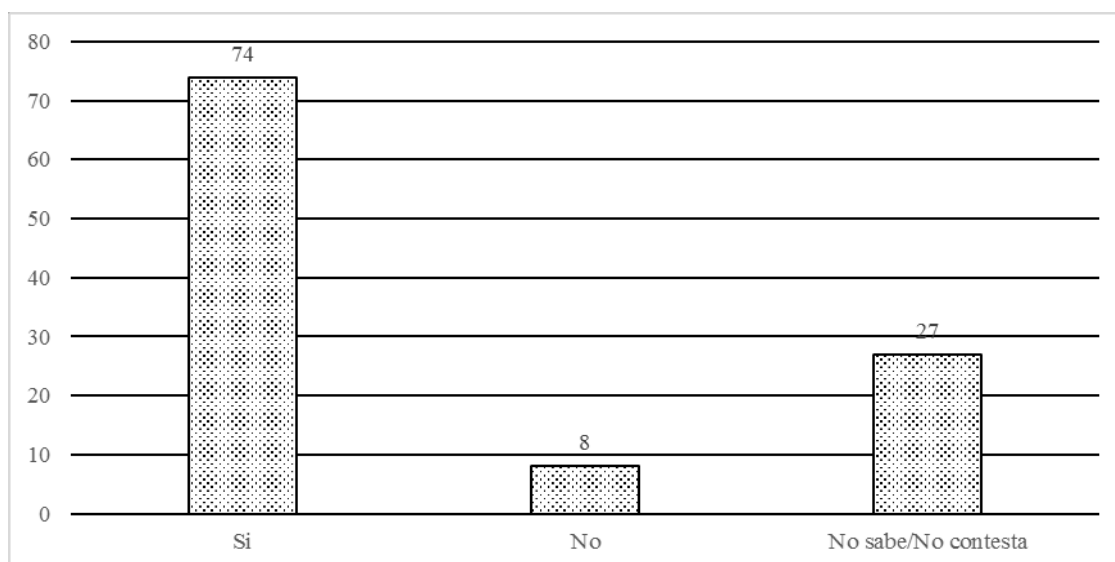
Comentario: Como se visualiza en la tabla N° 20, solamente 4 personas manifestaron los motivos del pase, siendo éstos para procedimientos o controles.

Tabla N° 21: Opinión sobre si la atención de la Licenciada en Enfermería contribuye en la continuidad de la atención en su problema de salud.

La Licenciada en Enfermería contribuye en la continuidad de la atención	N	%
Si	74	67, 89
No	8	7, 34
No sabe/No contesta	27	24, 77
Total	109	100, 00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de febrero a marzo del año 2018.

GRÁFICO N° 12: (corresponde a la tabla N°21). Opinión sobre si la atención de la Licenciada en Enfermería contribuye en la continuidad de la atención en su problema de salud.



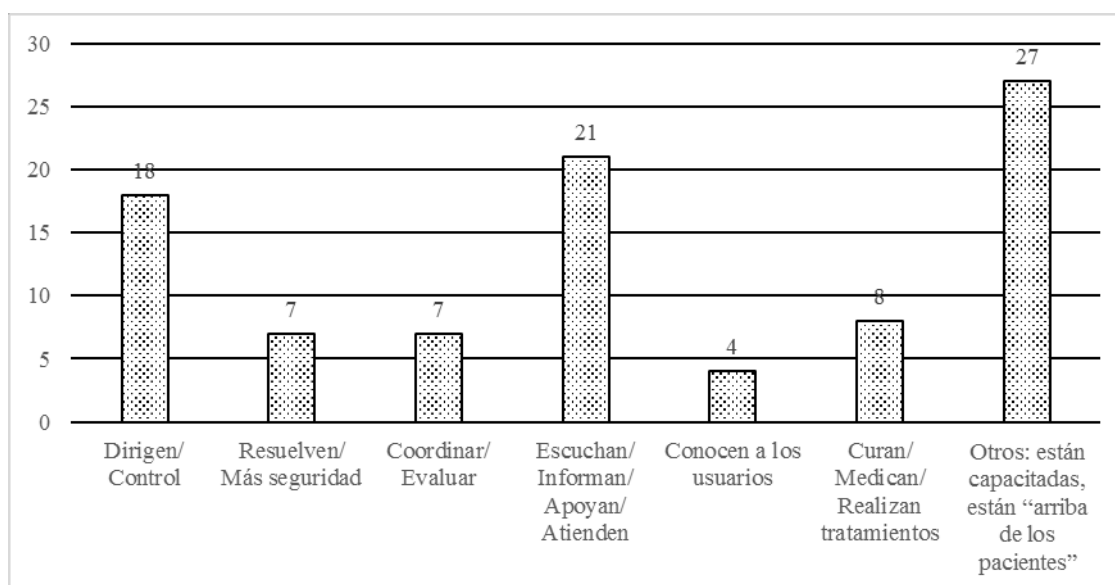
Comentario: De acuerdo a los datos obtenidos en la tabla N° 21 y gráfico N°12, casi 7 de cada 10 usuarios considera que la atención de Enfermería contribuye en la continuidad de la atención de su problema de salud.

TABLA N° 22: Motivo por el cual la Licenciada contribuye a la continuidad de la atención en su problema de salud.

Motivo por el cual la Licenciada contribuye a la continuidad de la atención en su problema de salud.	N	%
Dirigen/ Control	18	19, 57
Resuelven/ Más seguridad	7	7, 61
Coordinar/ Evaluar	7	7, 61
Escuchan/ Informan/ Apoyan/ Atienden	21	22, 83
Conocen a los usuarios	4	4, 35
Curan/ Medicin/ Realizan tratamientos	8	8, 70
Otros: están capacitadas, están “arriba de los pacientes”	27	29, 35
Total	92	100, 00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de febrero a marzo del año 2018.

GRÁFICO N° 13: (corresponde a la tabla N°22). Motivo por el cual la Licenciada contribuye a la continuidad de la atención en su problema de salud.



Comentario: Según la tabla N° 22 y gráfico N° 13, los motivos por los cuales contribuyen las/os licenciados en Enfermería, a la continuidad de la atención, están identificados en su mayoría en otros, con los términos “están arriba de los pacientes”(29, 35%), seguidamente de “escuchan, informan, apoyan, atienden”, (22, 83 %) posteriormente manifiestan que “dirigen/controlan”(19, 57 %) y con casi similares porcentajes plantean que “curan, medican, realizan tratamientos”(8, 70%), ”resuelven/más seguridad”(7, 61 %) ”Coordinan/evalúan”(7, 61%) y por último “conocen los usuarios (4, 35 %)

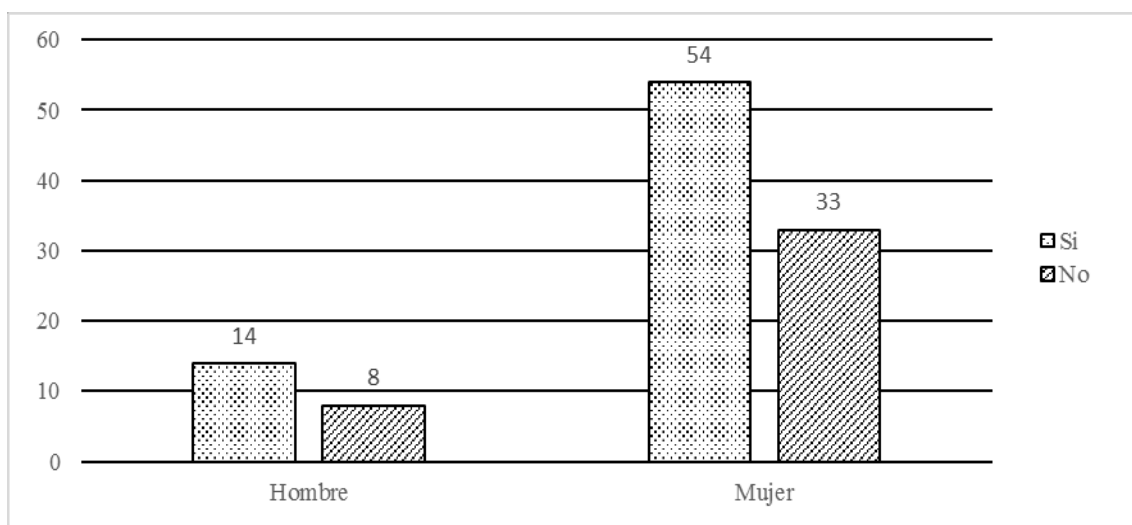
A continuación, se presentan algunas tablas bivariadas (desde la tabla N° 23 a la N° 30), que se consideraron relevantes

TABLA N° 23: Distribución de la población según identificación de las Licenciadas en Enfermería que trabajan en los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde se atienden y sexo.

Identifican a las Licenciadas en Enfermería/ Sexo	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Si	14	63,64	54	62,07	68	62,39
No	8	36,36	33	37,93	41	37,61
Total	22	100,00	87	100,00	109	100,00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de febrero a marzo del año 2018.

GRÁFICO N° 14: (corresponde a la tabla N°23). Distribución de la población según identificación de las Licenciadas en Enfermería que trabajan en los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde se atienden y sexo.



Comentario: Según la tabla N° 23 y gráfico N°14, existe escasa diferencia (menos del 2%) entre la opinión de hombres (63, 6%) y mujeres (62, 07 %) con relación a la identificación de la Licenciada en Enfermería

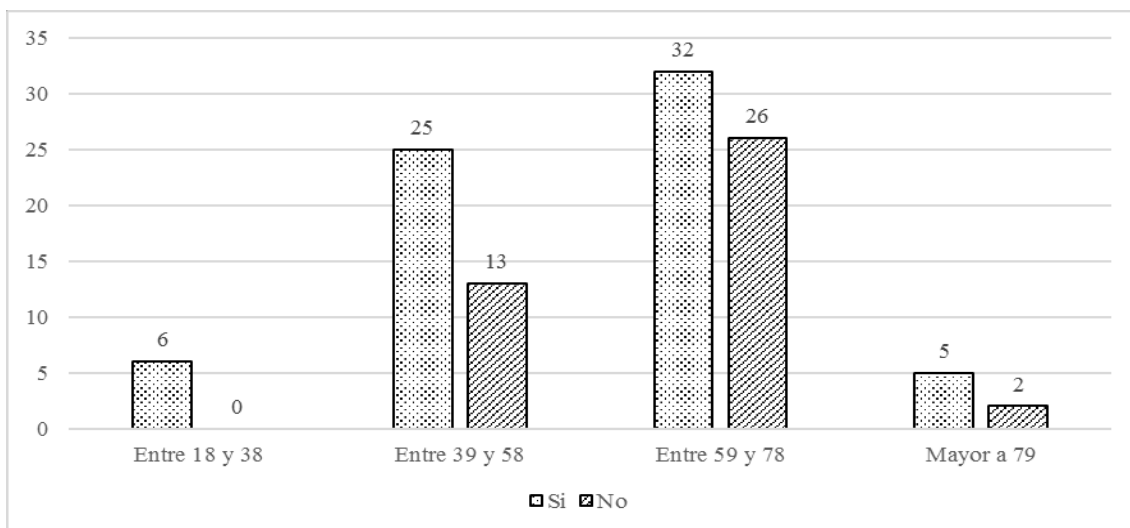
De acuerdo con el cálculo de la relación de dependencia entre ambas variables infiere que no hay relación entre ambas, dado que, para un GL de 1, con un nivel de confianza de 95% ($p < 0,05$), se obtuvo el valor de chi cuadrado de 0,0183 (valor p-valor = 0,7858) lo que permite rechazar la hipótesis nula

TABLA N° 24: Distribución de la población según identificación de las Licenciadas en Enfermería que trabajan en los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde se atienden y edad.

Identifican a las Licenciadas/ Edad	Entre 18 y 38		Entre 39 y 58		Entre 59 y 78		Mayor a 79		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	6	100,00	25	65,79	32	55,17	5	71,43	68	62,39
No	0	0,00	13	34,21	26	44,83	2	28,57	41	37,61
Total	6	100,00	38	100,00	58	100,00	7	100,00	109	100,00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de febrero a marzo del año 2018.

GRÁFICO N° 15: (corresponde a la tabla N°24). Distribución de la población según identificación de las Licenciadas en Enfermería que trabajan en los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde se atienden y edad.



Comentario: Como se visualiza en la tabla 24 y el gráfico N°15, el grupo etario que manifiesta mayor identificación de la/os licenciada/os en Enfermería es el grupo de los más jóvenes, con el 100%, de los 6 usuarios de ese tramo etario, entre 18 y 38 años (6 en un total de 109 usuarios), así como también los mayores de 79 años (71, 43 %, 5 usuarios en un total de 109), seguido del tramo de 39 a 58 años (65, 79) y por último el grupo entre 59 y 78 años(55, 17%).

Al realizar la prueba exacta de Fisher se encontró un valor p igual 0, 154, comparado con el valor $p=0, 05$, las variables no muestran asociación estadística

En las tablas 25 y 26 se presenta la distribución de la población usuarios atendidos, adultos y adultos mayores con patologías crónicas, que identifican si la/el Enfermero/a, que trabajan en los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde se atienden, **tenían información** sobre su historia clínica y antecedentes, antes de que se lo explicara, en la ciudad de Mercedes, Dpto. de Soriano Uruguay en el período del **19 de febrero** hasta el **14 de marzo de 2018**, cruzando con otras variables sociodemográficas, identificando la existencia o no de una relación de dependencia en cada variable estudiada.

TABLA N° 25: Distribución de la población según opinión acerca de si las/os Enfermeras/os de los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde se atienden tenían información sobre su historia clínica y sexo.

Las /los Enfermeras/os tienen información previa sobre Historia Clínica y antecedentes/ Sexo	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Si, toda	8	57, 14	13	35, 14	21	41, 18
Si, alguna	2	14, 29	5	13, 51	7	13, 73
No	2	14, 29	16	43, 24	18	35, 29
NS/NC	2	14, 29	3	8, 11	5	9, 80
Total	14	100, 00	37	100, 00	51	100, 00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de febrero a marzo del año 2018.

Comentario: De acuerdo con los datos obtenidos (tabla N° 25) más de la mitad de los hombres encuestados (57, 14%) opinan que la/os enfermeros tenían información sobre su historia clínica, en cambio en las mujeres más del 40% manifiestan no saberlo.

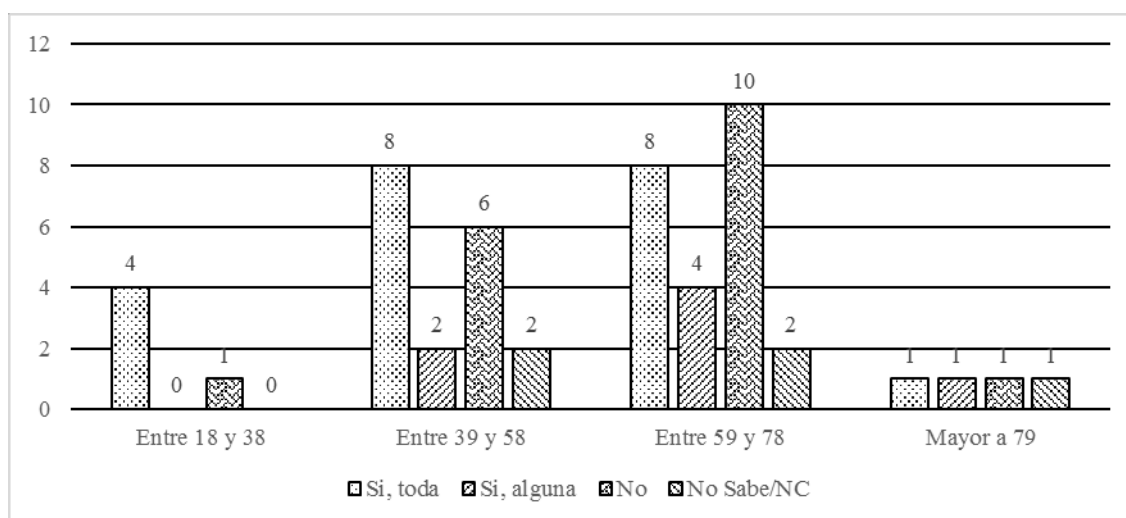
Para las variables información de la historia clínica y sexo no se encontró asociación estadística (valor de chi-cuadrado es 4, 0076 y p-valor es 0, 2606, con gl=3), por lo que se rechaza la hipótesis nula.

TABLA N° 26: Distribución de la población según opinión acerca de si las/os Enfermeras/os de los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde se atienden tenían información sobre su historia clínica y edad.

Las /los Enfermeras/os tienen información previa/ Edad	Entre 18 y 38		Entre 39 y 58		Entre 59 y 78		Mayor a 79		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Si, toda	4	80,00	8	44,44	8	33,33	1	25,00	21	41,18
Si, alguna	0	0,00	2	11,11	4	16,67	1	25,00	7	13,73
No	1	20,00	6	33,33	10	41,67	1	25,00	18	35,29
No Sabe/NC	0	0,00	2	11,11	2	8,33	1	25,00	5	9,80
Total	5	100,00	18	100,00	24	100,00	4	100,00	51	100,00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de febrero a marzo del año 2018.

GRÁFICO N° 16: (corresponde a la tabla N°26). Distribución de la población según opinión acerca de si las/os Enfermeras/os de los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde se atienden tenían información sobre su historia clínica y edad.



Comentario: Como se visualiza en la tabla N° 26 y el gráfico N° 16, el 41, 18% de todos los tramos etarios opinaron que enfermería tenía toda la información previa sobre su historia clínica, sumado al 13, 73 %, que opinaron que tenían “alguna información”.

Considerando cada categoría el 80% del tramo entre 18 y 38 años opinan que la/os licenciados en Enfermería tenían información, aunque es el grupo menos representativo (5 en un total de 51 usuarios). El grupo entre 39 y 58 años, es el que en mayor porcentaje (44, 4%, 8 usuarios en un total de 18 en ese tramo, en los 51 usuarios que respondieron esta variable) opinaron que enfermería tenía toda la información previa, sumados al 11 %, que dijeron que tenían al menos “alguna”, mientras que el 41, 6% de los usuarios entre 59 y 78% (10 en 24 de ese tramo etario, en un total de 51) dicen que no tenían información previa de su historia clínica.

Al realizar el estudio del chi cuadrado para las variables *información de la historia clínica y edad*, no presentaron asociación significativamente estadística, obteniendo un valor de chi-cuadrado es 6, 0512 y p-valor=0, 7348, gl=9, se consideró un nivel de confianza de 95%.

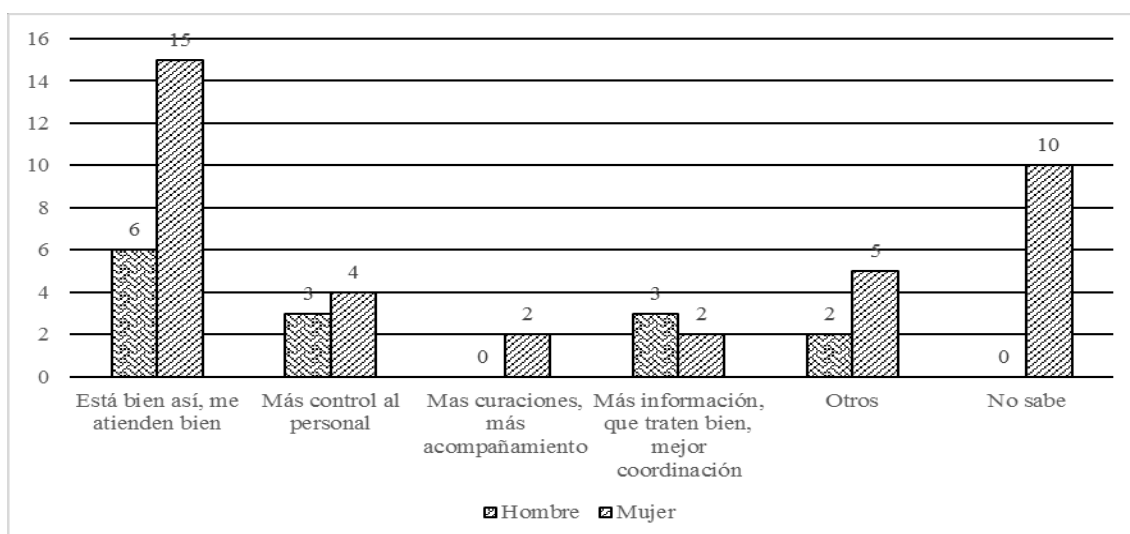
En las tablas 27 y 28 se presenta la distribución de la población usuarios atendidos, adultos y adultos mayores con patologías crónicas, que identifican si la/el Enfermero/a, que trabajan en los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde se atienden, sobre opinión de **las tareas que podría realizar una Licenciada en Enfermería para mejorar la calidad de la atención que se le brinda**, en la ciudad de Mercedes, Dpto. de Soriano Uruguay en el período del **19 de febrero** hasta el **14 de marzo de 2018**, cruzando con otras variables sociodemográficas, identificando la existencia o no de una relación de dependencia en cada variable estudiada

TABLA N° 27: Distribución de la población según opinión sobre las tareas que podría realizar una Licenciada en Enfermería para mejorar la calidad de la atención que se le brinda y sexo.

Opinión de las tareas para mejorar calidad de la atención según sexo	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Está bien así, me atienden bien	6	42,86	15	39,47	21	40,38
Más control al personal	3	21,43	4	10,53	7	13,46
Más curaciones, más acompañamiento	0	0,00	2	5,26	2	3,85
Más información, que traten bien, mejor coordinación	3	21,43	2	5,26	5	9,62
Otros	2	14,29	5	13,16	7	13,46
No sabe	0	0,00	10	26,32	10	19,23
Total	14	100,00	38	100,00	52	100,00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de febrero a marzo del año 2018.

GRÁFICO N° 17: (corresponde a la tabla N°27). Distribución de la población según opinión sobre las tareas que podría realizar una licenciada en Enfermería para mejorar la calidad de la atención que se le brinda y sexo.



Comentario:

De acuerdo a lo que se visualiza en la tabla 27 y el gráfico 17, existe escasa diferencia entre ambos sexos ante la opinión de las tareas que podría realizar una licenciada en Enfermería, manifestando el 42, 86% los hombres y 39, 47% las mujeres de que “los atienden bien”. En el planteo de que podrían “controlar más al personal” lo expresan el 21, 43 % de los hombres y un 10, 53 % las mujeres, aunque estas son el grupo más representativo (38 mujeres y 14 hombres).

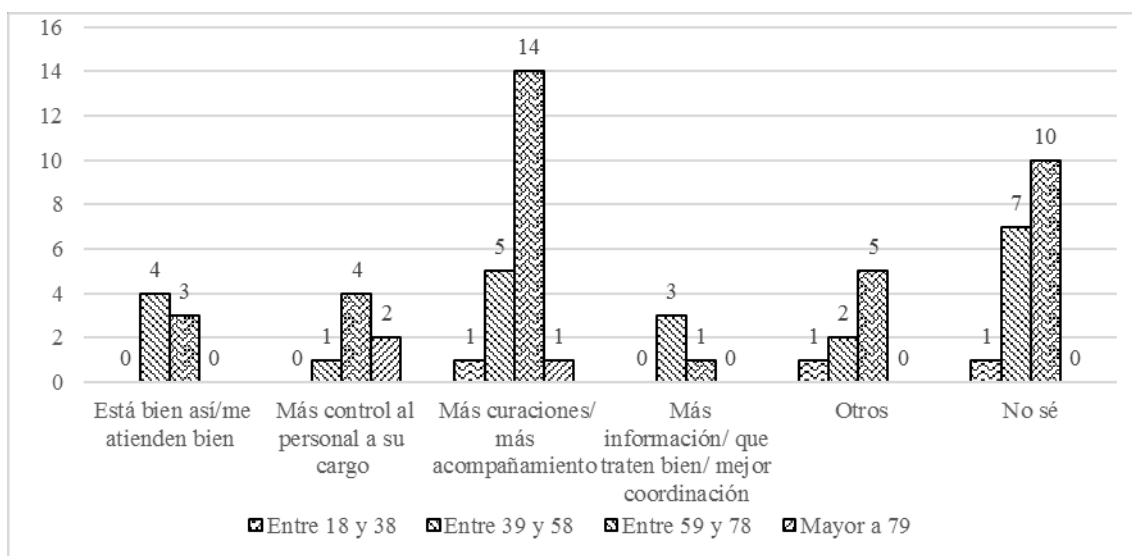
Al realizar un estudio estadístico de dependencia, entre las variables sexo y opinión de las tareas para mejorar la calidad de la atención, a través de la prueba exacta de Fisher con un valor de $p\text{-valor}=0,1104$, considerando un nivel de confianza de 95%, no se rechaza la hipótesis nula, no encontrando relación de dependencia entre las variables estudiadas

TABLA N° 28: Distribución de la población según opinión sobre las tareas que podría realizar una Licenciada en Enfermería para mejorar la calidad de la atención que se le brinda y edad.

Opinión de las tareas para mejorar calidad de la atención/Edad	Entre 18 y 38		Entre 39 y 58		Entre 59 y 78		Mayor a 79		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Está bien así/ me atienden bien	0	0,00	4	18,18	3	8,11	0	0,00	7	10,77
Más control al personal a su cargo	0	0,00	1	4,55	4	10,81	2	66,67	7	10,77
Más curaciones/ más acompañamiento	1	33,33	5	22,73	14	37,84	1	33,33	21	32,31
Más información/ que traten bien/ mejor coordinación	0	0,00	3	13,64	1	2,70	0	0,00	4	6,15
Otros	1	33,33	2	9,09	5	13,51	0	0,00	8	12,31
No sé	1	33,33	7	31,82	10	27,03	0	0,00	18	27,69
Total	3	100,00	22	100,00	37	100,00	3	100,00	65	100,00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de febrero a marzo del año 2018.

GRÁFICO N° 18: (corresponde a la tabla N°28). Distribución de la población según opinión sobre las tareas que podría realizar una Licenciada en Enfermería para mejorar la calidad de la atención que se le brinda y edad.



Comentario:

Considerando la tabla N° 28 y el gráfico N° 18, se puede observar que todos los tramos etarios opinan en mayor porcentaje que las tareas que podrían realizar para mejorar la calidad de la atención serán “más curaciones, más acompañamiento” (32, 31%), mientras que el 27, 69 % dicen no saberlo.

Al realizar un estudio estadístico de dependencia, entre las variables edad y opinión de las tareas para mejorar la calidad de la atención, a través de la prueba exacta de Fisher con un valor de p-valor=0, 3942, considerando un nivel de confianza de 95%, no se rechaza la hipótesis nula, no encontrando relación de dependencia entre las variables estudiadas

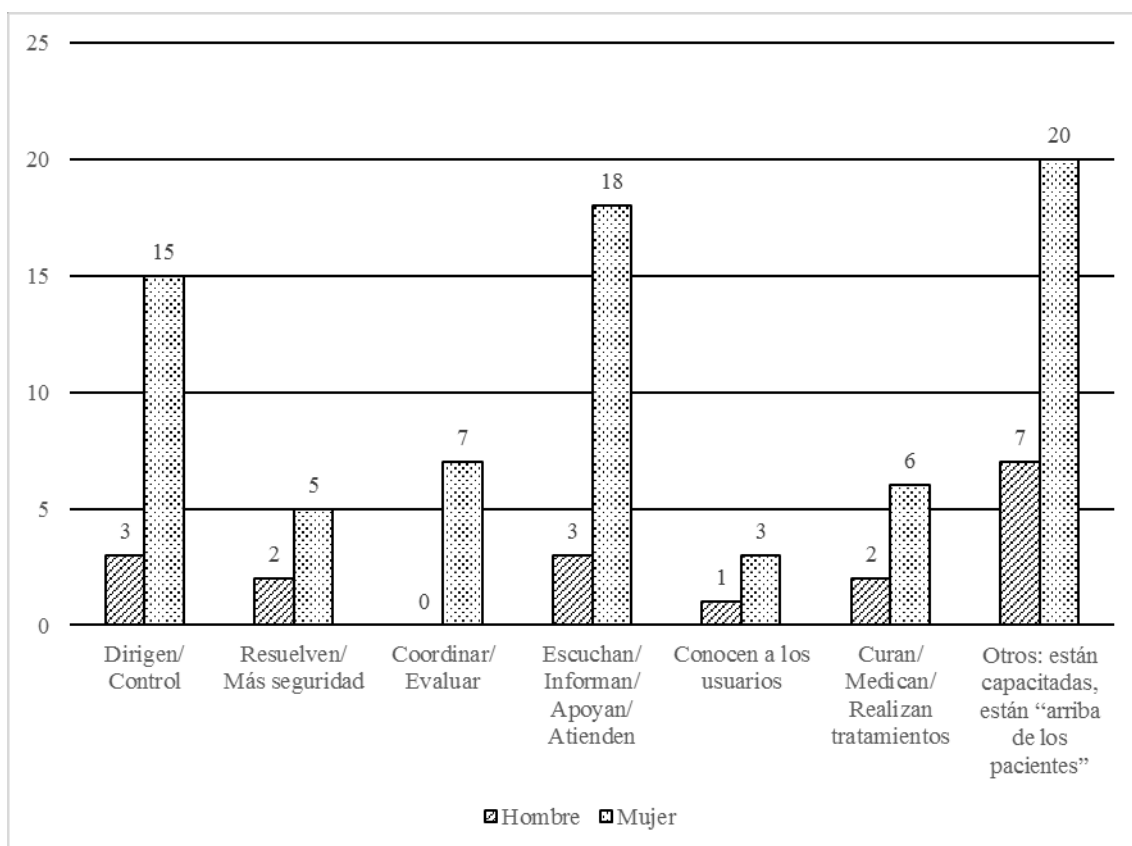
En las tablas 29 y 30 se presenta la distribución de la población usuarios atendidos, adultos y adultos mayores con patologías crónicas, que identifican si la/el Enfermero/a, que trabajan en los servicios de salud del 1er y 2do nivel de atención de ASSE donde se atienden, sobre opinión, **si la atención de la Licenciada en Enfermería contribuye en la continuidad de la atención en su problema de salud** en la ciudad de Mercedes, Dpto. de Soriano Uruguay en el período del **19 de febrero** hasta el **14 de marzo de 2018**, cruzando con otras variables sociodemográficas, identificando la existencia o no de una relación de dependencia en cada variable estudiada

TABLA N° 29: Distribución de la población según opinión acerca del motivo por el cual la Licenciada en Enfermería contribuye en la continuidad de la atención y sexo.

Motivo por el cual la Lic. Enf. contribuye en la continuidad de la atención/ Sexo	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Dirigen/ Control	3	16,67	15	20,27	18	19,57
Resuelven/ Más seguridad	2	11,11	5	6,76	7	7,61
Coordinar/ Evaluar	0	0,00	7	9,46	7	7,61
Escuchan/ Informan/ Apoyan/ Atienden	3	16,67	18	24,32	21	22,83
Conocen a los usuarios	1	5,56	3	4,05	4	4,35
Curan/ Medicinan/ Realizan tratamientos	2	11,11	6	8,11	8	8,70
Otros: están capacitadas, están “arriba de los pacientes”	7	38,89	20	27,03	27	29,35
Total	18	100,00	74	100,00	92	100,00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de febrero a marzo del año 2018.

GRÁFICO N° 19: (corresponde a la tabla N°29). Distribución de la población según opinión acerca del motivo por el cual la licenciada en Enfermería contribuye en la continuidad de la atención y sexo.



Comentarios: De acuerdo a los datos de la tabla N° 29 y el gráfico 19, en la opinión sobre los motivos por el cual la licenciada/o en Enfermería contribuye en la continuidad de la atención, prevaleciendo con mayor porcentaje en otros “están arriba de los pacientes” las mujeres el 24, 32% y 16, 67% los varones), siguiendo de “escuchan, informan, apoyan, atienden”, las mujeres marcan también mayoría de esas opiniones:20, 27% con el 16, 67% los hombres.

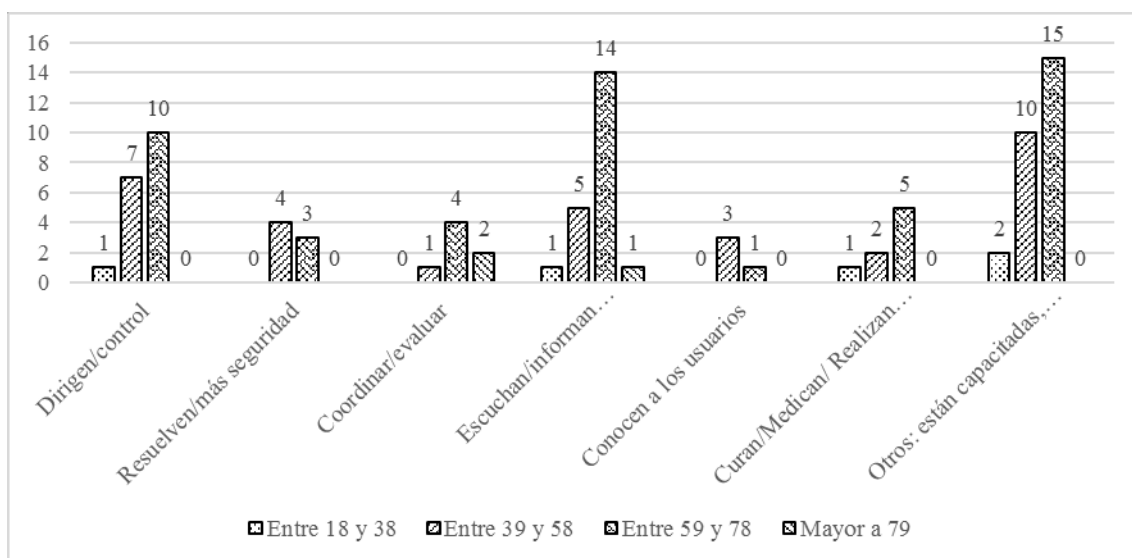
Al realizar un estudio estadístico de dependencia, entre las variables sexo y motivo por el cual la Lic. Enf. contribuye en la continuidad de la atención, a través de la prueba exacta de Fisher con un valor de p-valor=0, 7331, considerando un nivel de confianza de 95%, no se rechaza la hipótesis nula, no encontrando relación de dependencia entre las variables estudiadas

TABLA N° 30: Distribución de la población según opinión acerca del motivo por el cual la Licenciada en Enfermería contribuye en la continuidad de la atención y edad.

Motivo por el cual la Lic. Enf. contribuye en la continuidad de la atención/ Edad	Entre 18 y 38		Entre 39 y 58		Entre 59 y 78		Mayor a 79		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dirigen/control	1	20,00	7	21,88	10	19,23	0	0,00	18	19,57
Resuelven/más seguridad	0	0,00	4	12,50	3	5,77	0	0,00	7	7,61
Coordinar/evaluar	0	0,00	1	3,13	4	7,69	2	66,67	7	7,61
Escuchan/informan/apoyan/atienden	1	20,00	5	15,63	14	26,92	1	33,33	21	22,83
Conocen a los usuarios	0	0,00	3	9,38	1	1,92	0	0,00	4	4,35
Curan/Medican/Realizan tratamientos	1	20,00	2	6,25	5	9,62	0	0,00	8	8,70
Otros: están capacitadas, están “arriba de los pacientes”	2	40,00	10	31,25	15	28,85	0	0,00	27	29,35
Total	5	100,00	32	100,00	52	100,00	3	100,00	92	100,00

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos de la encuesta a usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas realizada en el marco del proyecto Equity-LA II y el llenado del formulario específico “Apartado de enfermería” en centros de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; entre los meses de febrero a marzo del año 2018.

GRÁFICO N° 20: (corresponde a la tabla N°30). Distribución de la población según opinión acerca del motivo por el cual la Licenciada en Enfermería contribuye en la continuidad de la atención y edad.

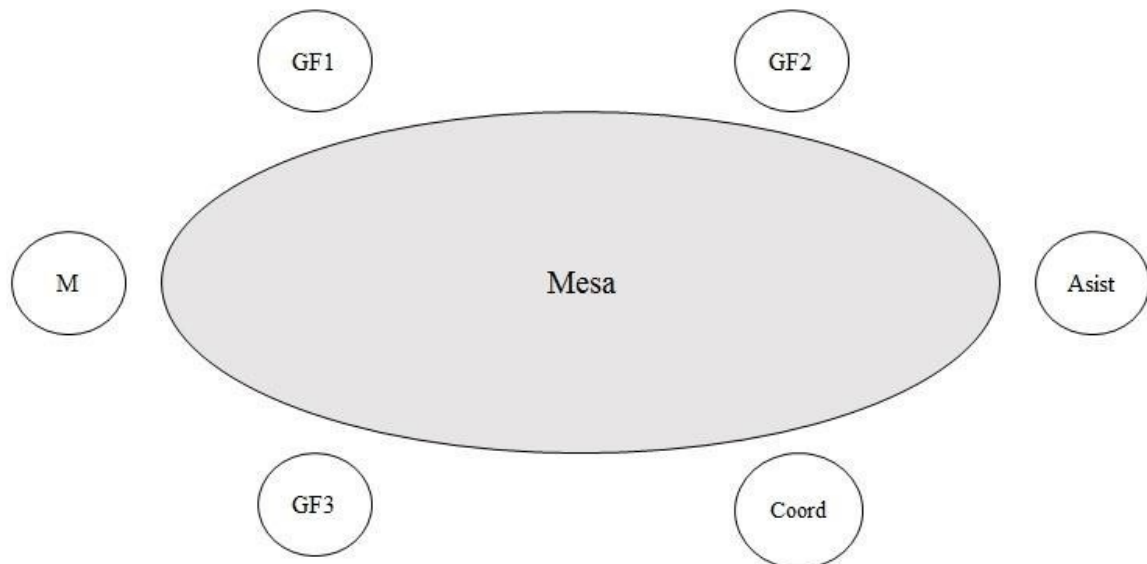


Comentario: De acuerdo con la tabla 30 y el gráfico N° 20, los tramos etarios que priorizan “están arriba de los pacientes” están con mayor porcentaje, pero con menor representatividad en los tramos de 18 y 38 años, seguidamente del grupo de 39 y 58 años. Asimismo, los usuarios entre 59 y 78 años destacan “escuchan, informan”

7.3. Resultados del estudio cualitativo

El grupo focal funcionó alrededor de una mesa, donde los participantes interactuaron, respondiendo a preguntas disparadoras por parte de la coordinadora, contando con un dispositivo de grabación. Se procuró mantener un ambiente con temperatura y luz natural adecuada, ofreciendo un pequeño refrigerio. Se colocaron los nombres frente a cada participante, coordinadora y asistente. Al finalizar la entrevista, luego del cierre, se les entregó un presente a cada participante, agradeciendo su cooperación.

Seguidamente se presenta un diagrama, representando a través de un esquema la disposición de los participantes en el desarrollo del grupo.



De acuerdo con las notas recogidas por la asistente, la coordinadora y las grabaciones, se hacen evidentes las narraciones cruzadas, que responden a discursos o relatos de la propia vida de las personas con sus palabras. (Plummer, 1989). Tal como se planteó en la descripción de las narrativas como marco para la recolección de información, en el grupo focal suceden discursos o narraciones breves que focalizan un episodio de vivencias que son más amplias e incluyen la historia de acontecimientos vividos durante un sufrimiento o enfermedades de los participantes, que se “abren” a contarlas frente a otras personas de su comunidad y los participantes de la investigación que intervienen. La dinámica lograda en el grupo permitió que alguna de las usuarias, con más tiempos de intervención, emotivamente removiera su dolor y angustia, frente a la enfermedad que la atraviesa con la respuesta de atención y contención recibida por los diferentes integrantes del equipo, donde destaca en varias oportunidades que fueron las enfermeras

quienes la escucharon, tal como lo describiremos en la categorización de reconocimiento de las funciones y la continuidad de la relación.

A continuación, en las tablas N° 30 y 31 se presentarán la caracterización de los integrantes del Grupo Focal y las categorías de análisis de los discursos de los participantes.

7.3.1 Caracterización de la población

El grupo focal se conformó con las 4 personas que concurrieron a la convocatoria de las seis personas que confirmaron asistir y participar. Esos integrantes tenían las características que se muestran en la tabla N°30.

TABLA N° 31: Distribución de la población del grupo focal participante, según edad, sexo y residencia

Identificación	Edad	Sexo	Residencia
GFF1	67 años	Femenina	Mercedes/Soriano
GFF2	71 años	Femenina	Mercedes/Soriano
GFF3	64 años	Femenina	Mercedes/Soriano
GFM	65 años	Masculino	Mercedes/Soriano

Fuente de datos: elaboración propia a partir de datos del grupo de usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas, que accedieron a integrar el grupo focal en centro de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; el día 15 de febrero de 2017

7.3.2 Categorías de análisis

De acuerdo a las opiniones recogidas en el desarrollo del *grupo focal*, se realizó una identificación de categorías emergentes del discurso

TABLA N° 32: Categorías y subcategorías

Categorías	Sub/categorías
Identificación de la o los licenciados (nurse o enfermero profesional)	a) Invisibilidad b) Indiferenciación del rol profesional-auxiliar
Continuidad	a) Continuidad de información b) Continuidad de relación c) Continuidad de gestión
Funciones	a) Realizan procedimientos (curaciones/controles/ administran medicación) b) Capacitación (enseñan, docencia) c) Escuchan/contienen d) Coordinan e) Asisten al médico/lo reemplazan
Motivo de consulta	

Fuente de datos: elaboración propia a partir de los discursos del grupo de usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas, que accedieron a integrar el grupo focal en centro de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; el día 15 de febrero de 2017

7.3.2.1 Identificación

a) *Invisibilidad del rol de la enfermería profesional (licenciadas o nurses):*

Es necesario aclarar que se usó el término “enfermera profesional”, como homólogo a distintas concepciones con que se les ha denominado, a las enfermeras con nivel de formación terciario en el proceso histórico de la enfermería en el Uruguay. Se integran así, los términos: “enfermera”, título obtenido durante el período de dictadura, donde se fusionaron de “facto” la Escuela de Salud Pública “Dr. Carlos Nery” dependiente del MSP, y la Escuela Universitaria de Enfermería, que funcionaba en el Hospital de Clínicas dependiendo de la Facultad de Medicina, de la Universidad de la República: Escuela Universitaria de Enfermería Dr. Carlos Nery (EUE). El término nurse fue uno de los culturalmente más conocido en décadas anteriores al 70, título otorgado por la Escuela de Nurses Dr. Carlos Nery, regulada por el Ministerio de Salud Pública.

Actualmente el título otorgado de Licenciada/o en Enfermería concedido por la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República (UDELAR).

Socialmente la enfermera ha sido vista a lo largo de la historia como ayudante del médico, colaboradora, persona hacedora de cuidados.

En las expresiones recogidas de los participantes algunas expresiones se asemejan a lo expresado en los cuestionarios y en los antecedentes

Frente a la pregunta de la coordinadora del grupo, en relación a quiénes la atienden, la participante GFF1, responde,

“Las enfermeras, o alguna Doctora que esté de guardia, me inyectan y me calman el dolor, porque dicen que no podemos estar con dolor. No tengo queja ninguna, tanto las enfermeras como los doctores que están de guardia, me han atendido divino” GFF1

Otra de las participantes expresa en más de una oportunidad la identificación clara de las enfermeras profesionales y alguna de sus funciones, reconociendo el rol docente

*“Yo conozco a [menciona nombre de una licenciada1] sé que es la principal de este hospital, he tenido muy buena atención con ella”(…)”*GFF1

*“Yo estuve veinte años cuidando enfermos, yo no estaba enferma, pero yo cuidaba enfermos, tanto varones como mujeres, y en ese tiempo yo las reconocía a todas las nurses.”*GFF3

Una de las integrantes del grupo, cuando la coordinadora del grupo le pregunta nuevamente si conocen alguna nurse, hizo énfasis en que conocía a las “nurses”, pero no sus nombres.

*Conocía a “[menciona a la licenciada 1]”. “Yo conozco varias, pero no sé los nombres, no sé su apellido, su nombre es [menciona a la licenciada 2]”*GFF1

La percepción de la identificación de las licenciadas, no es homogénea entre los participantes, queda claramente en manifiesto por parte del participante masculino, que dice no conocer a las nurses, pero que las enfermeras están bien preparadas.

*“Yo casi no conozco a las nurses, pero las enfermeras, están bien preparadas”.*GFM

b) Indiferenciación entre el rol profesional y auxiliar.

Otra forma de manifestar la no identificación de las licenciadas es cuando utilizan el término “enfermeras” a todo el personal de enfermería no reflejando diferencias entre profesionales y auxiliares.

“Yo tengo un problema, me dan heparina, lo que algunos llaman “Choice”, yo cada treinta días lo tengo que hacer, y si me sale mal, la Doctora a los diez días me da para hacerme el análisis, la repetición, o a los quince días, y allí me atiende una enfermera, que cuando la vengo a ver, me da para hacer un electro, y entonces la enfermera que me hace el electro, me toma la presión.”. (GFM)

El participante masculino responde que es diferente cuando están internados, pareciera que allí pueden diferenciarlas más en sus tareas o tratamientos.

“Bueno, yo iba a aclarar, internado, hace años que no me interno, entonces son diferentes los tratamientos (...).”GFM

En el grupo queda también difusa la identificación de los diferentes integrantes de los equipos de salud:

“Si, enseguida, las doctorcitas son muy buenas, nos dicen que no son doctoras todavía, que están haciendo... son practicantas, y me atienden divino”. GFF2

7.3.3 Continuidad

a) *Continuidad de la información*, se refiere a que los profesionales enfermeros tengan información previa, conozcan a los usuarios, sus principales características, su historia clínica, generando confianza, facilitando la continuidad en la atención.

Uno de los participantes menciona en varias de sus intervenciones, que la enfermera lo conoce, que le trasmite todo lo suyo a la Dra., lo que no queda claro si habla de una licenciada o la auxiliar de enfermería, no diferencia sus roles.

“(...) Yo hace siete años que me enfermé de esto, y después me operaron (...) ella siempre me trató, ella le va transmitiendo a la Doctora” GFM

b) *Continuidad de la relación*, se destaca aquí la importancia de mantener un vínculo a lo largo del tiempo, es fundamental la relación y el conocimiento que tengan las enfermeras y los usuarios, para favorecer esta continuidad.

En este sentido se recogen algunas expresiones en el desarrollo del espacio de intercambio grupal en el foro, tales como,

“(...) Yo tengo enfermeras desde hace ocho años, diez años, veinte años que están acá adentro, entonces a mí me han tratado muy bien, me han hecho bien las cosas”GFM

Lo que no queda claramente explícito en lo que se relata, si se refiere a las Licenciadas o Auxiliares, se mezclan aquí algunos contenidos a analizar en más de una categoría

(continuidad de la relación, indiferenciación de los roles profesionales y auxiliares y las funciones que desempeña)

“Entonces la enfermera ya sabe lo que tiene que hacer en un caso de esos, por eso uno tiene que agradecer, porque seguro, ella hace años que está acá, nueve, diez, once años más o menos”. GFM

“(…) ya me conocen, hace seis años que me sacan sangre (…) Vamos a decir, seis, siete años, un día me trajeron, pero yo he notado un cambio de cinco años para acá, las enfermeras nos dan un trato mejor.” GFM

En los relatos que se producían en el intercambio dentro del grupo, los participantes destacaban los vínculos, el buen trato, lo que podría referirse a la continuidad de la relación,

“(…) no tengo quejas, las enfermeras muy bien me han atendido” GFF3

“Después la otra creo que se llama [menciona la licenciada 3] es medio seria, pero es buena, [menciona la licenciada 3] es buena ella y las enfermeras son de lujo” GFF1.

“A mí cuando me hablaron, me hablaron en Montevideo, en el Instituto, después cuando estaba [menciona licenciada 1] sí nos hablaba, yo le preguntaba cosas y ella me contestaba” GFF1

“Mire si tendré buena atención acá en el hospital yo, que tengo el número de teléfono de la Doctora, y tengo el número de teléfono de la nurse, por cualquier cosa que me pase”.GFF1

Al preguntarle si la nurse le había dado el N° de teléfono contestó

“Si me lo dio, me dio el numero por cualquier cosa que me pase, yo llamo tanto a la Doctora (…) [menciona a la Dra. 2] y no vive acá, pero ella me atiende divino, y la nurse [menciona a la licenciada 1] me dio el número de teléfono también, porque cualquier cosa que yo preciso, me dijo que la llame.” GFF1

Fueron momentos muy vivenciales en el grupo, la participante se expresaba con emoción, cuando se refería a los momentos difíciles de su vida en relación a su enfermedad, su dolor junto a la contención y confianza de las licenciadas, especialmente la que más la escuchaba y orientaba.

“Ellas me han hablado a mí muy bien, y me han entusiasmado para que yo siga el tratamiento, para que no me entregue, entonces gracias a ella, yo estoy luchando contra mi enfermedad, me han hablado muy bien, pero la peleo sola, yo digo, estoy en mi casa a veces y digo, me voy a entregar, pero me acuerdo que la nurse [menciona a la licenciada 1] me dijo que no me entregara y me habló tanto, me dijo “[se auto menciona] no te entregues”, [se auto menciona] tenés tus hijas, tenés tus nietos, y [menciona la licenciada 3] me dijo muchas veces, con [menciona la licenciada 3] he tratado poco, con la que más he tratado fue con [menciona la licenciada 1] que estuvo toda mi enfermedad, conmigo, cuando lo peor, entonces yo igual converso por teléfono con ella, y ella me sigue insistiendo que yo siga adelante, que no me entregue, me dice “no te entregues, vos sos fuerte, vos tenés que seguir”.GFF1

No todo el intercambio en la discusión grupal, como se espera en el grupo focal, fue con coincidencias, en algunos momentos plantearon sus diferencias de opiniones, al referirse a la relación con las enfermeras.

“Pienso que a veces las enfermeras que andan en la vuelta, creen que uno viene porque le gusta venir al hospital, yo pienso que a nadie le gusta venir al hospital, a mí no me gusta, vengo por necesidad.” GFF2

“Yo tengo otra opinión que la suya, todos no opinamos igual, pero la gente, nosotros, las cansamos a las enfermeras y a los Doctores, porque hay muchas personas, ni usted ni yo, pero hay mucha gente que las trata mal, vienen y les dicen cualquier cosa, y ellas tienen que aguantar los chaparrones, hay que ver eso, dicen cualquier cosas, y ellas tienen que aguantar los chaparrones, hay que ver eso, también. Están cansadas muchas veces, yo las entiendo”. GFF1

*“Hay que ver el aguante que tienen que tener las jóvenes enfermeras, porque hay gente atrevida...”*GFF1

*“También yo me doy cuenta... yo jamás en la vida estoy molestando a nadie pero veo que sí hay gente que molesta. Hay un señor gordo, panzón, que pasa atrás de las enfermeras, pidiendo cosas, y a los doctores, le dicen que no, y él insiste, insiste, insiste.”*GFF2

“Hay veces que hasta ha dicho palabrotas, hay gente con la que no se puede, lo sacan de las casillas y entonces ellas quedan con ese mal humor, quedan mal, y no se dan cuenta que atienden a algunas personas mal, pero yo no he tenido problema en ese sentido.” GFF2

“Ellas aportan todo lo que pueden, lo que pasa es que a veces la gente, nosotros”

GFM

c) Continuidad de la gestión: coordina

En relación al rol de coordinación entre los diferentes niveles de atención, se menciona alguna experiencia, aunque es una dimensión escasamente mencionada por los usuarios participantes

“(...) Después me llamó un día, y me dijo que el 25 comiera suave, y me internara a las ocho de la tarde, y bueno, tá, me llamó por teléfono. El 16 me llama una enfermera, me dice quién es, y me dice, mirá, te hablo de parte del Doctor no me acuerdo el nombre, me dice si te puedes internar esta noche, te opera mañana, el 16. Me interné” GFF2

En forma indirecta, se mostraron debilidades en la coordinación y la continuidad de la gestión, los usuarios concurren a la emergencia, atienden lo agudo, cuando tiene dolor. El participante masculino fue el que manifestó en más de una oportunidad que concurría al control por su diabetes “me hacen el test de la diabetes y controlan la presión, me hacen el electro, me controlan, me dan heparina, a lo que algunos llaman “choice” y me hago el control”

7.3.3 Funciones que cumple la enfermera

a) *Realizan procedimientos* (curaciones/controles/administran medicación)

Los procedimientos son las funciones que más se mencionaron en el intercambio grupal, sin especificar a que categoría del personal de enfermería se los adjudican

*“Las enfermeras o alguna Doctora que esté de guardia, me inyectan y me calman el dolor, porque dicen que no podemos estar con dolor.”*GFF1

“En Policlínica me hacen el test de la diabetes y la presión, también me atiende una enfermera, después le traigo el carné a la Doctora, para que vaya controlando la presión y la diabetes.” GFM

*“Le tengo que agradecer mucho a la muchacha, porque hace muchos años que trabaja con la cardióloga, porque el otro día andaba con presión alta, y yo no me había dado cuenta. Me tomó la presión, me dijo que estaba muy alta, y me puso una pastilla bajo la lengua hasta que viniera la doctora (...)”*GFM

*“Cada vez que yo vengo a la Doctora del corazón, me hace un electro, me toma la presión”*GFF3

También reconocen el rol de la enfermera realizando procedimientos fuera del Centro asistencial

“Yo tomaba agua con azúcar y lo vomitaba, entonces me dijo que mejor me hiciera todos los análisis, estaba al borde, pero hace poco, me tomó una señora, me hizo un examen de azúcar en sangre, yo tenía 1.30, eso me lo hizo una enfermera, una vecina, esas que siempre hay que toman la presión cuando no puedo ir al médico” GFF2

b) *Capacitación* (enseñan, docencia)

En las competencias descriptas en la Ley que regula el desempeño profesional se hace referencia a la docencia y la capacitación, que influyen en las herramientas para dar continuidad en la atención.

Una de las usuarias refiriéndose a cuando trabajó cuidando enfermos identificaba la función de capacitadora o docente de las “nurses”

“Lo que me parecía era que ellas más se interesaban en lo que estaban haciendo en el momento, que era preparar enfermeros para más adelante, y como que así está mal, esto lo hiciste mal, anda a hacerlo de vuelta” GFF3

“Yo conozco a [menciona a la licenciada 1](...) sé que enseña a las enfermeras el trato que tienen que tener con nosotras, a las enfermeras de Oncología allá, cómo tenía que tratarlos, ella les enseñaba a las enfermeras el trato que tenían que tener con nosotros (...)”. GFF1

“(...) esta muchacha que a mí me atiende, [menciona a la enfermera 4 auxiliar?] se llama, ella me dice todo, lo que yo tengo que tener, de dos a tres” GFM

c) *Cuidados: escucha, contiene, orienta*

Todos los participantes destacaron la contención, la capacidad de escucharlos u

orientarlos que recibieron de enfermería

“Conversábamos y me decía que tenía que venir a la Doctora, que no me dejara estar, y yo le dije que no venía más, porque no me gustaba la Doctora. Pero eso es de mi parte” GFF1

“Me escuchaba y me respondía igual que la nurse [menciona a la licenciada 1 me escuchaba y me respondía, ellas me atendieron muy bien, cuando yo preguntaba algo de mi interés sobre mi enfermedad, ellas me respondieron siempre, tanto [se menciona a la licenciada 1] como [se menciona a la licenciada 3] siempre ellas me contestan lo que yo pregunto.” GFF1

Solo el participante masculino plantea “esta muchacha que a mí me atiende (...) me dice todo, lo que tengo que tener, menciona los valores en sangre. Lo orienta siempre, aunque no le pregunte. Otra participante también expresa “*Si tienen alguna duda le preguntan a la nurse. Pero ellas saben, alguna vez hacen alguna consulta*” GFF3

“(...) esta muchacha que a mí me atiende, [menciona a la enfermera 4 auxiliar?], ella me dice todo, lo que yo tengo que tener, de dos a tres?” GFM

Cuando la participante Femenina 1(GFF1) narra sus vivencias, su experiencia de vida, en relación a su enfermedad oncológica, los momentos en que no encontraba fuerzas para continuar, destaca el rol de la enfermera, en relación a la contención. Dentro de las competencias descriptas en el marco conceptual, en defensa de la vida y los derechos de los individuos, realizando la gestión del cuidado de las personas, familias y comunidades, a lo largo del ciclo vital, desde sus comienzos en la gestación de la vida hasta morir.

“Entonces ella me da ánimo, porque yo no tengo a nadie, la única que tengo es a ella, que es a la que puedo acudir, entonces hay veces que estoy llorando, me siento muy triste, porque es lo que tiene la enfermedad de uno, es variable, un día estamos bien, y diez días estamos mal, y yo llamo a [menciona la licenciada 1] ella me levanta el ánimo, y yo me siento otra en esos momentos.” GFF1

d) *Coordinan*, esta función se planteó muy escasamente.

En la tabla N° 9, de la primera etapa cuantitativa, 17 usuarios en 77 (22, 08%) respondieron en la pregunta sobre la opinión de la atención de la enfermera profesional, como complementaria en la atención del médico en su problema de salud, que estas realizaban actividades de gestión y coordinación.

En el grupo focal, solamente la participante GFF2, planteo relacionado a la coordinación, “*me llamó por teléfono*” (...) *me dijo que me internara, que me operaban el 16 en lugar del 25(...)*

e) Asisten al médico/lo reemplazan

En la tabla N° 9, donde opinaban sobre la atención de la enfermera profesional, como complementaria en la atención del médico en su problema de salud, el 45, 45 %, 35 usuarios en un total de 77 que respondieron a la pregunta la visualizan como “asistente” del médico, es la colaboradora, que a veces lo sustituye. De acuerdo con estas opiniones se reitera el planteo por parte de un grupo importante de usuarios la identificación de un rol dependiente de enfermería del profesional médico, no reconociendo el cuerpo de conocimiento o funciones como disciplina independiente. Si bien contribuye a la mirada de trabajo en equipo con la complementariedad de roles, se genera una imagen que parece debilitar la autonomía como profesional que tiene un saber disciplinar específico.

También cabe cuestionarse si la formulación de la pregunta no inducía a esa respuesta.

7.3.4. Motivo de consulta:

Esta categoría refiere a aquellos motivos manifiestos que fueron expresados en el intercambio grupal, donde la mayoría expresan que concurren ante la agudización de su patología a la emergencia, destacando el dolor entre otros.

“Yo vengo a emergencia porque me siento dolorida, porque me hice quimio y radiación en el instituto, en Montevideo (...) Entonces yo vengo con dolores muy fuertes, a veces vengo llorando a los gritos, y entonces me atienden en emergencia” GFF1

“Yo soy crónica, porque tuve poliomielitis cuando era chica. No voy a empezar a contar desde allá porque es muy largo, pero yo nunca en la vida vine al hospital hasta los cincuenta años, que no sé por qué vine, y me encontraron que tenía presión altísima, y ahí empezaron a hacer un tratamiento, (...)” GFF2

“(...) Dolor horrible cuando voy al baño, y no echo nada, y bueno, vengo a emergencia, y me atienden inmediatamente divino todos los que están, enseguida me hacen análisis de sangre y de orina, enseguida me dan la pastilla(...)”GFF2

“(...) No, yo ahí no voy al Doctor que vengo siempre, voy a emergencia.”GFF2

De esta manera queda expresado que hay factores que no favorecen la continuidad de la atención.

TABLA N°33: MATRIZ para EVALUAR NIVELES DE CONSENSO y N° DE INTERVENCIONES EN EL GRUPO FOCAL

Pregunta	GFF1	GFF2	GFF3	GFM
Motivo de consulta	Patología aguda o crónica agudizada Agudo/Emerg Consenso	Patología aguda o crónica agudizada Agudo/Emerg Consenso	Control Seguimiento (No responde a la pregunta directamente) N/A	Control Seguimiento Disenso
Quienes los atienden M: Médicos E: Enfermeras	Médicos y Enfermeras	Médicos	Enfermeras y médicas (no responde directo a la pregunta)	Médicos y Enfermeras
Cree que las Enfermeras Auxiliares y las nurses hacen lo mismo	No/Responde	NO	No/Responde	No responde claramente
..Conoce a alguna nurse	SI	Contesta otra cosa	No /responde	No /responde
Alguna Enfermera(nurse) le explica	SI	Contesta otra cosa y dice "las dotorcitas son muy buenas.."	N/C	N/C
Conocen algún cuidado o algo que hacen las Licenciadas o nurses?	SI Atención, escucha, calman	SI Preparan a los enfermeros	Ellas saben, le hacen consultas	Las conoce poco+cuando están internados
Las enfermeras podrían mejorar su atención	"Me hablan muy bien, gracias a ellas yo estoy luchando"			

“Las enfermeras que “andan en la vuelta”, creen que “uno viene de gusto al Hospital”	Disenso	Disenso	N/opinan	N/opinan
“Creen en Dios”? pregunta una participante al grupo	SI, “pero en estos momentos no hablamos de Dios, estamos hablando de los médicos y las enfermera en que nos apoyan” Disenso	Si (es quien realiza la pregunta) Disenso con GFF1	N/opinan	N/opinan
Nº de total de intervenciones	28	24	3 (breves)	7(extensas)

Fuente de datos: elaboración propia a partir de los discursos del grupo de usuarios adultos y adultos mayores con patologías crónicas, que accedieron a integrar el grupo focal en centro de atención de ASSE de la ciudad de Mercedes, Uruguay; el día 15 de febrero de 2017

VIII. Discusión y análisis

En el análisis de la información obtenida a través de la metodología cuantitativa se profundizó en los aspectos centrales del estudio sobre las representaciones que han construido los usuarios con patologías crónicas, que se atienden en los servicios públicos del primer y 2do nivel de ASSE, sobre la atención que reciben. Del punto de vista cuantitativo si bien los datos dan algunas orientaciones sobre las percepciones mayoritarias entre las personas consultadas, en su casi totalidad no son estadísticamente significativas. De la misma manera, los datos cualitativos están muy limitados al perfil de los cuatro usuarios que participaron en el GF. Estos pudieron aportar desde sus experiencias, observando también un desequilibrio en la toma de la palabra de los participantes, en el que hablaron con mayor número de intervenciones GFF1 y GFF2 con mínima participación de GFF3.

Interesó destacar las construcciones que se identificaron a través de las narraciones que surgieron en la aplicación de la técnica de grupo focal como "espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos" (Hamui y Varela 2012, p.56), integrando los datos obtenidos de los formularios utilizados en las encuestas individuales de las etapas cuantitativas. Se analizó la percepción de los usuarios sobre la continuidad de la atención en los tres tipos citados en la bibliografía (Haggerty et al., 2003) continuidad de la información, la relación y gestión, así como también en la identificación de los profesionales enfermeros (licenciado/as o nurses) en los aspectos de la indiferenciación de su rol, el reconocimiento de sus competencias y la visualización de la contribución en la mejora de la calidad de la coordinación.

El diseño metodológico seleccionado permitió integrar diferentes miradas, revisando de forma conjunta aproximaciones cuantitativas y cualitativas (Hernández et al, 2010).

A través de la información obtenida en las etapas cuantitativas, con datos que se lograron medir y analizar del punto de vista estadístico, se pretendió dar respuesta a los interrogantes planteados en este estudio. Estos resultados se tomaron como base para explorar a través de la discusión grupal que era lo que realmente pensaban los usuarios sobre los aspectos trabajados y cuáles fueron sus vivencias. Interesó conocer, a través de la instancia del grupo focal, los temas compartidos desde las narraciones de los participantes tales como, la atención recibida, las percepciones sobre los lugares y momentos de los controles, los vínculos, la información previa con que contaban las

enfermeras profesionales y la intervención en las coordinaciones que aseguran la continuidad de la atención entre los diferentes niveles.

Tal como se presentó desde el inicio del trabajo, los cambios en el modelo de atención, que se han desarrollado en el SNIS (Ley N°18.211, 2008), promueven el abordaje integral y continuo en el proceso salud-enfermedad de las personas. Para lograr un cuidado interprofesional, que contribuya a la atención integral, es necesario que cada disciplina, mantenga su identidad. La Enfermería está legalmente reglamentada en la ley 18.815, declarándola una disciplina científica, con funciones y competencias definidas.

De acuerdo al análisis de los datos obtenidos en la 2da etapa cuantitativa, el 62% de los usuarios (68 en 109, en la 2da etapa) de usuarios adultos y adultos mayores, con patologías crónicas, atendidos en los servicios del 1er y 2do nivel de atención de ASSE en la ciudad de Mercedes (tabla N°12 y gráfico N°5), *identificaron* a las licenciadas en Enfermería que los atienden, mientras que el 38% manifestaron no identificarlas. Esta información se corresponde a su vez con lo planteado en la primera etapa cuantitativa donde el 70% de los usuarios (132 en 188) manifestaron reconocer las diferencias del rol entre profesionales y auxiliares de Enfermería. En la tabla N°2, se diferenció la opinión según sexo, reflejando el porcentaje de respuesta de acuerdo a las características sociodemográficas de los participantes (tabla N°1), el 72% de las mujeres (105 en 145), manifestaron reconocer las diferencias, en tanto el 63% de los hombres (27 en 43) también identificaron la diferencia. El análisis estadístico demostró que no había una relación de dependencia entre ambas variables (comentario de tabla N°2), por lo tanto, se concluye que no había una influencia del sexo en las respuestas de los usuarios.

El 59% de los usuarios, manifestaron conocer las funciones que realizan las licenciadas (tabla N°13). Estos hallazgos marcan diferencias con los supuestos iniciales planteados en la justificación donde se hacía énfasis en la invisibilidad del reconocimiento de la disciplina y su rol. Existe un porcentaje importante de usuarios que no la reconocen (38%), esto podría estar relacionado con el número de licenciadas a nivel operativo en los distintos niveles de atención en la ciudad de Mercedes donde se realizó el estudio (15 licenciadas a nivel operativo, más tres supervisoras y una jefa en el hospital, en el 2do nivel de atención y 3 en la RAP).

Cuando se intercambia en el grupo focal se visualizan algunas dificultades para identificar el rol diferenciado entre profesionales y auxiliares, incluso con otros

integrantes el equipo de salud, donde plantean frente a la pregunta de la coordinadora del grupo, en relación con quiénes la atienden *“las enfermeras, o alguna doctora que esté de guardia, me inyectan y me calman el dolor, porque dicen que no podemos estar con dolor. No tengo queja ninguna, tanto las enfermeras como los doctores que están de guardia, me han atendido divino”* GFF1

Otra de las participantes expresa en más de una oportunidad la identificación clara de las enfermeras profesionales y alguna de sus funciones, reconociendo el rol docente, además del rol asistencial y de contención.

Considerando la caracterización de la población en las tablas bivariadas (tablas N° 2 a la tabla N°7) se estudiaron como eran las respuestas de acuerdo con cada variable. En relación a la edad, el tramo entre 60 y 79 años fue el que en mayor medida reconoció la diferenciación del rol entre licenciado/as y auxiliares. Esto podría explicarse por el vínculo establecido en la continuidad de la atención de sus patologías crónicas y/o a su mayor peso relativo en la muestra de respuestas obtenidas (tabla N° 1).

De acuerdo también a esa caracterización se identificó que las personas que cumplen el rol de jefe/a de hogar, junto a las de menores ingresos y mayor nivel de estudio son las que manifestaron más alto reconocimiento de la diferenciación de roles entre profesionales y auxiliares de enfermería, lo que también coincide con la caracterización de la población que participa en el estudio de la primera etapa (tabla N°1). Sin embargo, pese a estas apreciaciones primarias, el análisis estadístico realizado demostró que no tiene una relación de dependencia entre las diferentes variables.

En el transcurso de este análisis se hace difícil separar los diferentes aspectos considerados en la investigación, ya que se relacionan y se complementan o generan nuevas interrogantes. De acuerdo a estas reflexiones, las respuestas sobre la identificación de las licenciadas, junto a la diferenciación de los roles, se materializan también en la identificación de las funciones y actividades que cumplen. Estas consideraciones se tuvieron en cuenta además en el análisis de la percepción de la continuidad de la atención, en tanto influyen en la continuidad de la relación, por el tiempo de contacto o vínculo transcurrido a lo largo del tiempo de acuerdo a la necesidad de atención de sus patologías crónicas.

Interesa profundizar en el análisis los aspectos relacionados a la continuidad de la atención y su tipología reseñada en la literatura trabajada (Haggerty et al., 2003).

Continuidad de la información

Más de la mitad de la población que respondió al apartado de enfermería en la primera etapa cuantitativa reconoció que la enfermera/o tenían información sobre su historia clínica (41% toda la información sumando el 14% que tenían alguna) (Tabla N°17). En el intercambio de opiniones en la dinámica grupal, surgieron expresiones como “*Yo tengo enfermeras desde hace ocho años, diez años, veinte años que están acá*”(…)“*hace muchos años que trabaja con la cardióloga, y le dice todo*”. GFM. Entonces la enfermera “*ya sabe lo que tiene que hacer en un caso de esos, por eso uno tiene que agradecer, porque seguro, ella hace años que está acá, nueve, diez, once años más o menos*”. GFM

Se destaca aquí la importancia de mantener un vínculo a lo largo del tiempo, es fundamental la relación y el conocimiento que tengan las enfermeraS/os y los usuarios, para favorecer esta continuidad. (Haggerty et al., 2003). Lo que no queda esclarecido si el participante se refiere a las profesionales o las auxiliares. “*(...) ya me conocen, hace seis años que me sacan sangre (...) Vamos a decir, seis, siete años, un día me trajeron, pero yo he notado un cambio de cinco años para acá, las enfermeras nos dan un trato mejor.*” GFM

Estas afirmaciones coinciden con los resultados de Bértora et.al, (2014), quienes destacaron que los usuarios confiaban en el equipo que los atendía, los profesionales los conocían y tenían información de sus antecedentes.

Continuidad de la relación

El 68 % (74 en 109) de los usuarios que respondieron al cuestionario de la segunda etapa opinaron que las licenciadas en enfermería contribuían en la continuidad de su atención. (tabla N° 21). Estos hallazgos coinciden con los encontrados por Bengochea et al. (2014), quienes en sus conclusiones decían que todos los usuarios percibieron la continuidad de la relación en su asistencia ; al igual que el estudio antes citado de Cura, et al.(2013), donde evidenciaron que existía continuidad en la atención.

Los motivos por los cuales contribuyen las/os licenciados en Enfermería, a la continuidad de la atención, estuvieron identificados en su mayoría con los términos “están arriba de los pacientes” (29%), seguidamente de “escuchan, informan, apoyan, atienden”, (23%) y solamente el 4% opinan que “conocen los usuarios”(tabla N°22, gráfico N°13).

Los términos “están arriba del paciente” se pueden relacionar con otras narraciones que surgieron en el grupo focal. En un buen clima de intercambio, con expresiones espontáneas y vivenciales, en varias oportunidades hicieron referencia al buen trato, la escucha y la confianza brindadas por el equipo de salud, médicas y enfermeras, por ejemplo,

*“(...) no tengo quejas, las enfermeras muy bien me han atendido”*GFF3

“mire si tendré buena atención acá en el hospital yo, que tengo el número de teléfono de la doctora, y tengo el número de teléfono de la nurse, por cualquier cosa que me pase”.GFF1

Al preguntarle si la nurse le había dado el número de teléfono contestó

“Sí me lo dio, me dio el número por cualquier cosa que me pase (...), la nurse[menciona a la licenciada I] me dio el número de teléfono también, porque cualquier cosa que yo preciso, me dijo que la llame.” GFF1

Según Haggerty et al.(2003), la **continuidad de la relación** se mide mediante el vínculo entre el proveedor y el paciente o la duración en el tiempo de esa relación. La importancia de esa percepción no es igual para todas las personas. Los usuarios que tiene más dependencia con enfermedades crónicas, requieren más controles, medicación, identifican sus problemas y acuden a atender su enfermedad. En esta dimensión se mide el vínculo del usuario con el proveedor, en este caso el profesional enfermero. Existe un sentimiento de cercanía donde las enfermeras y lo/as pacientes se conocen por su nombre, logrando una comunicación efectiva, desarrollando una de las habilidades que se describen dentro de las competencias de las licenciadas: “saber escuchar y ser escuchado”.

*“Conversábamos y me decía que tenía que venir a la doctora (...)”*GFF1

“Me escuchaba y me respondía igual que la nurse (...), ellas me atendieron muy bien, cuando yo preguntaba algo de mi interés sobre mi enfermedad, ellas me respondieron siempre (...) siempre ellas me contestan lo que yo pregunto.” GFF1

Continuidad de la gestión

En relación a este tipo de continuidad los hallazgos no evidenciaron coordinaciones claras entre los diferentes niveles de atención con intervención de enfermería, ni referencias y contra/referencias sistematizadas, así como tampoco la existencia de protocolos.

Ante la pregunta de los motivos que consideraban ¿en qué contribuía la licenciada en

Enfermería en la continuidad de la atención?el 8% de los usuarios (7 en 92) reconocieron la función de “coordinan/evalúan” (tabla N°22). Tampoco en el grupo focal afloraron aspectos que fortalecieran la continuidad de gestión, donde apenas mencionaron alguna experiencia de coordinación de estudios u horarios para una intervención quirúrgica.

Otra forma de mostrar la ineficacia de esta continuidad fue a través de las respuestas obtenidas sobre los motivos y lugares de consulta. Según se expresaba en la transcripción de los resultados cualitativos, se mostraron de forma indirecta las debilidades de la coordinación y la continuidad de la gestión, en tanto usuarios con patologías crónicas, concurrían como motivo de consulta a la emergencia, por episodios agudos, ante el dolor o alguna descompensación de su afección.

De acuerdo con lo esperado en esta dimensión, **continuidad de la gestión**, la atención de las enfermedades crónicas requiere de la coordinación de los servicios, entre los diferentes niveles de atención y sus proveedores. Se esperaba que existieran protocolos preestablecidos de las pautas de seguimiento y control de manera que los usuarios tuvieran asegurado un tratamiento oportuno, evitando descompensaciones. Los usuarios debieron sentir que se los atendería, que tenían referentes claros a quién acudir y cuáles eran las respuestas que esperan de ellos.

También se identificó la ineffectividad de la coordinación en relación a la continuidad de la gestión cuando se les preguntó si le dieron pase a Enfermería, encontrando como respuesta que solamente al 5% (5 en 109) de los usuarios le habían dado pase, siendo los médicos de los diferentes sectores (médico general, especialista o emergencia) los que lo indicaron para curaciones o controles (tabla N°18).

Funciones

Retomando nuevamente el análisis de las funciones percibidas por los usuarios en el desempeño del rol profesional y su contribución en la continuidad de la atención, se identificaron en las etapas cuantitativas y en el grupo focal, algunos aspectos relacionados a la **asistencia** (realizan procedimientos). Los usuarios visualizan a las enfermeras en el cuidado directo, controlando la presión arterial, administrando medicación por cualquier vía indicada, realizando exámenes como test, pudiendo satisfacer sus necesidades inmediatas. Predomina la imagen de la enfermera “hacedora”, no precisando si es auxiliar o profesional.

Considerando lo expresado por Torres y Urbina (2008), es necesario precisar las funciones que realizan en cada nivel o categoría, desde el reconocimiento de la división del trabajo, por el nivel de formación y ámbitos de desempeño. En Uruguay tenemos el rol de auxiliar de enfermería y de licenciada (Nurse o enfermera profesional), ambas “cuidan” con diferentes grados de formación y responsabilidades. También se distinguen desde los discursos y las narraciones, la identificación de las categorías por el nivel de dependencia, encontrando funciones independientes, con autonomía para escuchar, dirigir, controlar; y otras, que dependen de indicaciones, especialmente médicas, administran medicamentos, realizan exámenes, coordinan estudios. Las autoras citadas en el marco teórico de referencia, de Cuba y España, coinciden en que la Enfermería se dedica al cuidado de la vida humana, donde además de las competencias técnicas e intelectuales debe desarrollar valores éticos, humanos y solidarios (Torres y Urbina, 2008; Caja et al., 2005).

Los usuarios percibieron que las enfermeras “están arriba de los pacientes”. Comentaron sus vivencias y percepciones en un espacio de confianza, como el logrado en el grupo focal, donde se comentó que las enfermeras las llamaban por teléfono, que daban fuerzas en momentos de angustia, brindaban contención y escucha. Estos factores se hacen casi imprescindibles a la hora de contribuir en la continuidad de la atención. La continuidad en la relación se construye a través del tiempo y en los diferentes encuentros, comprendiendo la situación que los atraviesa (Haggerty et al., 2003).

Como plantean Sacchetti y Rovere (2011), la enfermería es una disciplina conocida, estrechamente vinculada a los cuidados, moderna y antigua, de la cual pocos conocen sus orígenes. Para comprender el proceso de reconocimiento de los roles y funciones, así como la identificación dentro del equipo y los diferentes servicios en los niveles de atención que transitan, debe conocerse el proceso que se ha atravesado. Una muestra clara del cambio de modelo de atención planteado en el SNIS es el abordaje integral. Para ello, es clave el desarrollo de enfermería a nivel comunitario, que asegure la continuidad de los cuidados, promueva la vida, el cuidado preventivo, el control de la enfermedad evitando descompensaciones.

Caja et al. (2005) plantean que en España el profesional enfermero del PNA trabajaba en forma aislada, en forma rutinaria, dando respuesta a la asistencia a demanda, no garantizando la continuidad asistencial. Las actividades que realizaban carecían de contenido profesional propio, por lo cual las identificaban como “secretarias” o

ayudantes del médico. Esta percepción también existió en un grupo importante de la población estudiada en las dos etapas cuantitativas y también en algunas expresiones del grupo focal. La expresión “asistentes del médico” se puede interpretar como reflejo del trabajo en equipo, en el accionar interdependiente, o una identificación del accionar “empírico practicante” que desarrollaba enfermería sin profundizar su formación, caminando hacia la visualización del rol profesional.

Asimismo, más del 50% de la población que participó en la segunda etapa cuantitativa reconoció que enfermería tenía toda o alguna información de su historia previa a la consulta. Se puede decir que se percibía que existía un vínculo. Lo que resulta de este estudio no puede generalizarse, ya que se da en un contexto donde los recursos de enfermería pueden resultar insuficientes para el volumen de personas que atienden. Quizás, de acuerdo con lo planteado por Caja et al. (2005), en el análisis de las dificultades deben considerarse aspectos de la comunidad, de los propios profesionales y de la organización institucional.

También, dentro de los roles y competencias asignadas, el grupo identificó el desempeño de las funciones docentes: *“enseñaban decían como había que hacer las cosas, ellas les explicaban como tratarlos”*.

Estas características que identifican a la Enfermería con el cuidado de la vida, percibidas por los usuarios, se consideran entonces como las principales contribuciones al fortalecimiento de la continuidad de la atención en la coordinación asistencial. La continuidad de la relación y la información son las que se han percibido con mayor relevancia. Los hallazgos no ponen de manifiesto que se visualice la función de coordinación, que contribuiría en la continuidad de la gestión.

IX. Conclusiones y reflexiones finales

Considerando el cambio de modelo de atención propuesto en el SNIS, donde se promovía el abordaje integral y continuo con enfoque de derecho, el rol de los profesionales de la salud jugaba un papel fundamental en la resolutivez de la atención. La reforma implementada buscó reducir la fragmentación y la segmentación del funcionamiento de los servicios con una coordinación efectiva entre los distintos niveles de atención a través de redes integradas de servicios de salud.

En este contexto fue importante conocer la percepción de los usuarios sobre la continuidad de la atención que recibían, estudiando el fenómeno en usuarios que por sus patologías crónicas estarían con mayor dependencia de la respuesta eficaz del sistema.

Interesó conocer en este proceso, en qué medida los profesionales enfermeros, eran visualizados por los usuarios en el equipo de salud que da seguimiento a su atención y si lograban reconocer sus funciones como contribuyentes al fortalecimiento de su continuidad a lo largo del tiempo.

Como se expresaba en la introducción y justificación del trabajo, nos encontrábamos en un momento histórico de fortalecimiento de la identidad y el ejercicio de la profesión de Enfermería. La ley 18.815 materializaba legalmente “el deber ser” de la disciplina en tanto marca las competencias esperadas y habilitadas en el ejercicio independiente, dependiente e interdependiente. Era el momento de mayor auge en la difusión de los roles y funciones de licenciados y auxiliares en enfermería, generando un contexto adecuado para estudiar cuanto se contribuía desde las competencias asignadas en la coordinación asistencial.

El estudio se realizó en el marco del Proyecto Equity LA II, de la Unidad de Investigación de la Facultad de Enfermería de la UdelaR, en coordinación con ASSE, cuyo objetivo era evaluar la eficacia de diferentes estrategias de integración de la atención, en la mejora de la coordinación y calidad de la atención en las RISS, en seis países de Latinoamérica. Estos antecedentes facilitaron el desarrollo de las etapas cuantitativas del presente estudio, a través de la aceptación por parte del grupo investigador y los encuestadores de agregar los apartados de enfermería en el marco de las entrevistas, en las diferentes fases durante los años 2015 y 2018

El estudio transitó por tres etapas, una primera cuantitativa, aplicando un cuestionario,

que se agregó como apartado de enfermería, a la encuesta global del Proyecto Equity LA II, una etapa cualitativa, a través de la técnica de un grupo focal en la ciudad de Mercedes y una segunda etapa cuantitativa, agregada en la 2da fase del Proyecto

La metodología cuanticualitativa del estudio permitió realizar una mirada crítica sobre la percepción de los usuarios en la continuidad de la atención a través de las respuestas obtenidas en los cuestionarios y los relatos de sus experiencias vividas en el espacio del foro grupal.

Las respuestas de las preguntas planteadas fueron cuantificadas. Al estudiarse la relación entre las variables surgidas en el cuestionario no se encontraron asociaciones estadísticas significantes. A estas informaciones se le sumaron las expresiones que fortalecieron las construcciones de la percepción del vínculo con las licenciadas en el transcurso de la evolución de sus dolencias.

La población estudiada se caracterizó por tener mayor representación femenina, correspondiendo a la franja etaria entre 60 y 70 años, con alta prevalencia de enfermedades crónicas.

La posibilidad de combinar las metodologías cuantitativas y cualitativas en diferentes períodos de tiempo tuvo sus fortalezas y debilidades, enriqueció los conocimientos obtenidos de las diferentes formas de recabar la información pudiendo contar con datos concretos objetivamente observados y estadísticamente medibles; profundizando en un espacio abierto de intercambio con los usuarios, donde se lograron comprender desde otro lugar sus respuestas y desde ahí entender sus percepciones.

Como limitaciones en el estudio se pueden mencionar entre otras la dificultad de la investigadora para dar continuidad a lo largo del tiempo de la realización del estudio. Si bien el recabar los datos en diferentes momentos permitió visualizar cambios y procesos, las múltiples interrupciones en el seguimiento del estudio, hicieron necesario volcar mayor esfuerzo en las revisiones teóricas sobre la metodología, antecedentes y contenidos de las temáticas que sustentaron el trabajo en relación con la dinámica de los cambios que se sucedieron.

Trabajar con una metodología combinada cuantitativa y cualitativa fue un desafío que puso en juego la formación del investigador, debiendo contar con herramientas que exigieron capacitaciones y orientaciones específicas además del intercambio con otros investigadores, donde la suma de saberes enriqueció el proceso.

¿Cómo se vinculan los hallazgos con el rol que juega enfermería en la continuidad de la atención?

Los datos encontrados nos muestran que podemos hablar de fortalezas en la *continuidad de la relación*. Un grupo importante de usuarios “conocen” a las enfermeras, saben sus nombres, saben cómo contactarlas, así como también otros respondieron que no saben que existen y que nunca las vieron. Al decir de Sacchetti y Rovere (2011) estas últimas afirmaciones pueden corresponder a una cultura de invisibilidad del profesional enfermero a lo largo de la historia. En tanto profesión moderna y antigua que ha consolidado su identidad basándose en principios éticos y solidarios, desarrollando competencias técnicas para lograr el abordaje integral. Formando parte de un equipo con las auxiliares de enfermería, con otro nivel de formación y conocimientos, que el estudio realizado evidencia, que los usuarios no siempre logran distinguirlos a la hora de ser cuidados.

En el presente estudio se hizo visible la asociación de la imagen de las funciones que desempeñan las enfermeras en los procedimientos asistenciales directos “controlan la presión, hacen los tests, dan inyectables”. Los datos relevados no permiten constatar el rol de coordinación entre profesionales. Tampoco la coordinación entre los diferentes niveles de atención, pudiendo corresponder a la falta de una figura de enfermera de enlace que facilite o contribuya en la continuidad de la gestión.

Con relación a la *continuidad de la información* se observó que la mitad de los usuarios encuestados dijeron que las enfermeras tenían información sobre su historia previa y forma total o parcial conocían sus antecedentes.

En esta instancia no se estudiaron los mecanismos de referencia y contrarreferencia, debiendo conocerse en estudio posteriores los espacios formales de coordinación de los equipos y especialmente de enfermería entre los diferentes niveles. En el estudio del contexto donde se desarrolló la investigación se conoció el número de licenciadas a nivel operativo (3 en el PNA y 15 en el hospital) y gerencial (jefas 1, supervisoras 3, en dirección 2, una en cada nivel), las cuales eran las enfermeras que podrían tener los vínculos con los usuarios en el primero o segundo nivel donde se atendieron. Es importante destacar que los vínculos se construyen a través de las instancias de encuentros a lo largo del tiempo, para esto se hace necesario contar con un escenario

institucional que permita la fluida coordinación y organización

Quedó fuertemente evidenciado en el interjuego de las diferentes metodologías cuantitativa y cualitativa, la riqueza del diálogo y la comunicación directa. Las respuestas que se recogen en los formularios, permiten observar que quienes identifican en mayor medida a las licenciadas en enfermería, marcando la diferencia entre auxiliares y profesionales, son las mujeres y los más pobres. Otra forma de interpretar esos datos relativos a la visibilización implica reconocer el peso relativo de los distintos grupos de personas que integran la muestra, por lo tanto, siendo las mujeres y los más pobres el grupo de mayor representación, es esperable este resultado. Esto no implica negar la validez de sus culturas, creencias y representaciones.

En esta reflexión final de acuerdo con los resultados también se rescata la concepción de la enfermería como una disciplina con capacidad de escucha y contención, están “arriba de los pacientes”. Quizás sea necesario que cuenten con mayores espacios para desarrollar herramientas que les permitan contribuir en la continuidad de la atención en sus tres formas, de relación, información y gestión.

De los aprendizajes construidos interesa concluir que debemos ejercitar más la herramienta de la investigación ya que nos permite visualizar la realidad desde otras perspectivas. Nos exige realizar miradas críticas y cuestionarnos afirmaciones que considerábamos premisas válidas e inamovibles, como el discurso instituido de que los usuarios no nos conocen porque hay un poder hegemónico médico que subyace. La enfermera concebida como "espejo de participación en los procesos de coordinación asistencial" deberían ser las que más lo realizan, lo que no se pudo constatar en este estudio, lo que nos motiva a continuar profundizando en nuevas investigaciones.

Se hace necesario destacar los logros en el crecimiento profesional, las construcciones que se suman a la trayectoria de los caminos recorridos en el cambio de modelo del sistema de salud. Sumando a la experiencia de participación personal desde los diferentes escenarios existentes en el desarrollo del modelo actual que promueve el abordaje integral, el trabajo en equipo, el fortalecimiento del primer nivel de atención la participación de los usuarios, la mirada hacia la vida y la salud y no centrado en la enfermedad, esta oportunidad de la investigación ha contribuido positivamente.

Otro de los desafíos alcanzados fue el de profundizar sobre metodologías cuantitativas y la técnica del grupo focal adquiriendo nuevas herramientas en el desempeño profesional

y docente. Sin dejar de mencionar la gratificación de la movilizadora instancia del intercambio grupal en el foro, desde la elección de la herramienta, la preparación y el desarrollo, compartiendo testimonios narrados por los usuarios en un espacio privilegiado de armonía y cuidadosa confianza, las que dejan huellas que no se borrarán de la memoria.

Por último, el trabajo nos provoca a preguntarnos si:

¿Tienen oportunidad los usuarios de elaborar construcciones diferentes de los roles y funciones de los enfermero/as profesionales distintas a las vividas en las experiencias de su atención, o el sistema naturaliza la imagen de la enfermera como auxiliar asistencial?

¿Cuáles serían las acciones que deberían continuar lo/as licenciado/as en Enfermería para avanzar en la visibilidad y reconocimiento de sus roles por los usuarios?

Las Lic. Enf. sufren de una imagen desdibujada por sustitución práctica de otras categorías de profesionales o técnicos: doctores o auxiliares.

Para que los usuarios tengan oportunidad de elaborar percepciones diferentes de los roles y funciones de los enfermero/as profesionales a las vividas en las experiencias de su atención, deberían producirse cambios en el sistema que naturaliza la imagen de la enfermera como auxiliar asistencial.

Las/os licenciados deben continuar como colectivo fortaleciendo los espacios que les permitan desempeñar todas sus funciones para avanzar en la visibilidad y reconocimiento de sus roles por los usuarios.

Referencias bibliográficas

- Agoglia, L., Camacho, E. González, K., Juárez, J., Techera, M., y Tirelli, C. (2011). *Percepción de los usuarios sobre el quehacer de la Licenciada en Enfermería en el Primer Nivel de Atención* (Tesis de pregrado). Facultad de Enfermería, Montevideo. Recuperado de <http://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2011/FE-0409TG.pdf>
- Arias Cardona, A., y Alvarado Salgado, S. (2015). Investigación narrativa: apuesta metodológica para la construcción social de conocimientos científicos. *CES Psicología*, 8 (2), 171-181. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423542417010.pdf>
- Bengoechea, V, Geymonat, B, Mary, B, Vivian., I y Cardozo, C. (2014) Percepción del usuario con EPOC oxígeno dependiente sobre su continuidad asistencial (Tesis de grado). Facultad de Enfermería, Montevideo. Recuperado de <https://www.colibri.UdelaR.edu.uy/jspui/bitstream/.../FE-0560TG.pdf>
- Bertolotto F. et. al. Uruguay. Coordinación y continuidad de atención entre niveles: Red Región Oeste-ASSE Salud Estudio de Línea de Base 2014/2016: impacto de las estrategias de integración de la atención en el desempeño de las Redes integradas de servicios de Salud en América Latina. Montevideo: UdelaR, 2017. pp. 9-12
- Bertora, M, Piastrì, M, Piñeiro, S, Romero, V y Senattore, M. (2014) “*Continuidad de relación asistencial de los adultos mayores diabéticos con los profesionales que lo asisten en el sector público*” (Tesis de grado) Facultad de Enfermería. Montevideo.
- Bordenave, M., Carreño, J., García, M., Rivero, L., Vidal, M. E. (2014). Percepción de la Continuidad asistencial de los usuarios en tratamiento con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. (Tesis de grado). Facultad de Enfermería. Montevideo.
- Caja, C., Roca, M., y Úbeda, I. (2005) La enfermería comunitaria. En: M. Roca, C. Caja, y I. Úbeda. *Elementos conceptuales para la práctica de la Enfermera Comunitaria*. Barcelona: Ed. Instituto Monsa.
- Castro, K., Espinosa, V., Olivera, L., Pérez, C. y Pérez, M. (2014). *Percepción del usuario diabético con respecto a la continuidad de la atención*. (Tesis de grado) Facultad de Enfermería. Montevideo.
- Cuñat Ladrón de Guevara, Y., Pardo Fernández, A., Lara Latamblé, N., y Local Rojas,

- E. (2017). Competencias de Enfermería en el proceso vital de cuidados. *Revista Información Científica*, 96(2), 325-336. Recuperado de <http://www.revinfoinformatica.sld.cu/index.php/ric/article/view/19/1035>
- Cura, M, Fernández, M, Miños, C, Pérez, M y Piedra, E. (2013). *Continuidad asistencial en pacientes con enfermedad obstructiva crónica en el primer nivel de atención*. (Tesis de grado) Facultad de Enfermería. Montevideo.
- Decreto N° 219/009. Sistema Nacional Integrado de Salud. Licenciados en Enfermería. Registro Nacional de Leyes y Decretos, Tomo 1, Semestre 1, año 2009, Montevideo, Uruguay, 20 de mayo de 2009.
- Decreto N° 354/014. Reglamentación de la ley N° 18.815 relativa a la regulación del ejercicio de la profesión universitaria de Enfermería y de auxiliar de Enfermería. Registro Nacional de Leyes y Decretos, Tomo 2, Semestre 2, año 2014, Montevideo, Uruguay, 10 de diciembre de 2014.
- Etchebarne, L. (coord.). (2001). *Temas de medicina preventiva y social*. Montevideo: FEFMUR
- García-Abad Martínez, P. (2012). *Coordinación e implantación de estrategias de continuidad* (Tesis). Universidad Complutense, Madrid. Recuperado marzo de 2018 de <https://eprints.ucm.es/15315/1/T33776.pdf>
- García-Huidobro, R. (2016). *Diálogos, desplazamientos y experiencias del saber pedagógico. Una investigación biográfica narrativa con mujeres artistas-docentes*. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona. Recuperado de <https://tdx.cat/handle/10803/396195>
- González, T; Olesker, D. (comp) (2010). *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009*. Montevideo: MSP.
- Gutiérrez, J. (2001). Elementos no técnicos para la conducción de un grupo de discusión. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, N° 4, pp 121-143.
- Haggerty, JL, Reid, RJ, Freeman, GK, Starfield, BH, Adair, CE, y McKendry, R. (2003). Continuidad de la atención: una revisión multidisciplinaria. *BMJ (Clinical research ed.)*, 327(7425), 1219-1221.
- Hamui-Sutton, A., y Varela-Ruiz, M. (2012). *Metodología de investigación en*

educación médica. La técnica de grupos focales. México: Elsevier.

Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (Quinta ed.). México: McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Enfermería (1993). Plan de Estudios 1993, Licenciatura de Enfermería. Montevideo: INDE.

Ley 18.335. Pacientes y usuarios de los servicios de Salud. Derechos y obligaciones. Registro Nacional de Leyes y Decretos, Tomo 1, Semestre 2, Año 2008. Montevideo, Uruguay, 26 de agosto de 2008.

Ley N°18.211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Registro Nacional de Leyes y Decretos, Tomo 2, Semestre 2, año 2007, Montevideo, Uruguay, 13 de diciembre de 2007.

Ley N°18.815. Regulación del ejercicio de la profesión universitaria de Enfermería y de auxiliar de Enfermería. Registro Nacional de Leyes y Decretos, Tomo 1, Semestre 2, año 2011, Montevideo, Uruguay, 14 de octubre de 2011.

Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R., y Zilber, T. (1998). Narrative Research: Reading, Analysis, and Interpretation. Vol. 47, Sage, Thousand Oaks. <http://dx.doi.org/10.4135/9781412985253>

Mendoza García, J. (2004). Las formas del recuerdo. La memoria narrativa. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, (6), 0. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53700616>

Organización Panamericana de Salud, (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas.* Washington, D.C.: OPS, 2010

Parada, M (2011). Metodología Cualitativa de Investigación Científica. Valparaíso: Universidad de Valapraiso.

Plummer, K. (1989). *Los documentos personales. Introducción a los problemas y la bibliografía del método humanista.* Buenos Aires: Ed. Siglo XXI.

Rubilar Donoso, G. (2015). Prácticas de memoria y construcción de testimonios de investigación. Reflexiones metodológicas sobre autoentrevista, testimonios y narrativas de investigación de trabajadores sociales. *Forum: Qualitative Social*

Research, 16(3), art. 3. Recuperado de <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs150339>.

Sacchetti L y Rovere M.(2011) Surgimiento de la Enfermería Moderna. Mitos victorianos, tecnologías de poder y estrategias de género. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 23 de setiembre de 2011

Silva, D.G.V., y Trentini, M. (2002). Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. *Rev. Latino-am Enfermagem* 10(3):423-32. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13352.pdf>

Sparkes, A. y Devís-Devís, J. (2007). La investigación narrativa y sus formas de análisis: una visión desde la educación física y el deporte. En W. Moreno y S.M. Pulido (eds.), *Educación cuerpo y ciudad: el cuerpo en las interacciones e instituciones sociales* (pp. 43-68). □Medellín: Funámbulos. Recuperado de http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/cuerpo_ciudad/investigacion_narrativa.pdf

Starfield, B. H. (2002). *Coordinación de la atención de salud en Atención primaria*. Barcelona: Editorial Masson.

Terraza R., Vargas I., y Vázquez M. (2006). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. En: *Gaceta Sanitaria*, vol.20, N°6, págs. 485-495.

Torres Esperón, M., y Urbina Laza, O. (2008). *Funciones y competencias en Enfermería*. La Habana: Ed. Ciencias Médicas.

Vargas Melgarejo, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4 (8), 47-53

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.

Zenteno López, M. A., Tzontehua-Tzontehua, I., Gil-Londoño, E., Contreras-Arroy, S., y Galicia-Aguilar, R. (2016). Continuidad de cuidados para la adherencia terapéutica en la persona con diabetes tipo 2. *Enferm. Univ*; 13 (2): 130-137.

Apéndices

Apéndice 1 - Matriz de búsqueda bibliográfica

Paso 1) ETAPA Preparatoria Para la búsqueda de antecedentes y artículos de base relacionados, se utilizó la Metodología de búsqueda Heurística. Esta permite describir e indagar con un proceso metodológico, partiendo de la etapa preparatoria, que permite ordenar planificadamente el proceso hasta llegar a la etapa analítica

Término del lenguaje académico	Definición	DECS	Otros idiomas
Continuidad de la atención		Continuidad de la atención al paciente	
Rol del Licenciado en Enfermería		Rol de la Enfermera	
Coordinación asistencial		No se encontró	
Percepción usuario		No se encontró	

2) Frase que se construye para la búsqueda:

Continuidad de la atención al paciente + rol de la enfermera + coordinación asistencial + percepción del usuario

Criterios de inclusión:

Metodología: cualitativa/ cuantitativa

Área geográfica:

Nacional: Uruguay

Extranjera: Brasil, Chile, Cuba, Colombia, México, España

Cronológico: 2008 a 2018

Criterios de exclusión:

Estudios de caso-control

Estudios referentes a patologías agudas

Seguimiento y ... de la atención

Buscadores:

Nacionales: Uruguay

- BIUR: tesis de grado (TFI), maestrías y doctorales
- RUF
- SUMEFAC
- COLIBRI
- FEMI
- SMU
- UCU
- REVISTA MILITAR

Extranjeros: permiten ampliar área geográfica: Brasil, Chile, Cuba, Colombia, México, España, Área temática y lenguaje

- SCIELO
- TIMBO
- BVS

3)

Frase de búsqueda	Artículos/investigaciones previas encontradas	Seleccionadas	BUSCADOR
Continuidad de la atención al paciente + rol de la enfermera			BIUR
Rol + continuidad + enfermería	25	5	Timbó
Rol + continuidad asistencial	3	1	Colibrí
Continuidad de la atención al paciente	8		BIUR
Continuidad de la atención al paciente	611		COLIBRI/UDELAR

4) Etapa analítica.

Autor	Título	Año	Metodología	Observaciones	Link
Bertora, M, Piastrí, M, Piñeiro, S, Romero, V y Senattore, M	Continuidad de relación asistencial de los adultos mayores diabéticos con los profesionales que lo asisten en el sector público.	2014	Cuantitativa, descriptiva de corte transversal	Este estudio corresponde a un Trabajo Final de investigación (TFI: Tesis de grado), del Dpto. de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la UDELAR). El mismo buscó "Conocer la percepción de la	https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/7373/1/FE-0580TG.pdf

				<p>continuidad asistencia de los Adultos mayores diabéticos, con los profesionales que los asisten en tres servicios de atención a la salud, del sector público. De los resultados obtenidos se destaca la conclusión: “Los usuarios confían en el equipo que los atienden, los conocen, están informados” lo que permitiría reconocer la percepción positiva de la continuidad de la atención en la relación e información.</p> <p>El presente trabajo final de investigación fue realizado por cinco estudiantes pertenecientes a la Universidad de la República, Facultad de enfermería, licenciatura en enfermería plan 1993, entre los meses diciembre de 2012 y setiembre 2014, con el objetivo de conocer la continuidad de relación asistencial de los adultos mayores diabéticos con los profesionales que los asisten en tres sectores públicos de Montevideo. La investigación se encuentra enmarcada en un proyecto de carácter internacional conocido como proyecto Equity, cuyo objetivo principal es analizar el impacto de diferentes tipos de redes integradas de servicios de salud (RISS) en la equidad de acceso y en la eficiencia sobre las</p>	
--	--	--	--	---	--

				implicaciones para la equidad en el acceso y la eficiencia de la introducción de las RISS en países latinoamericanos y de EUROPA, lo cual contribuirá a la formulación de políticas para la mejora de la calidad y eficiencia de los servicios de salud. Con esta investigación se logró conocer el punto de vista de los propios receptores de las políticas sanitarias y la percepción acerca de la atención brindada por parte de equipo de salud que lo asiste, es decir, conocer la continuidad asistencial. es una investigación cuantitativa, descriptiva de corte transversal	
Bengoechea, V, Geymonat, B, Mary, B, Vivian., I y Cardozo, C.	Percepción del usuario con EPOC oxígeno dependiente sobre su continuidad asistencial	2014	Cuantitativo, descriptivo de corte transversal	El objetivo de este trabajo de investigación fue conocer la percepción del usuario con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica oxígeno dependiente, en cuanto a su continuidad de atención de relación entre éste y el equipo del Servicio de Oxígeno Domiciliario pertenecientes al sector público de Montevideo, Uruguay. La investigación se llevó a cabo entre los meses de marzo y abril de 2014. La metodología utilizada fue de tipo descriptivo, la población objeto fueron los usuarios diagnosticados con	https://www.libri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/7362/6/FE-0560TG.pdf OM.

				<p>Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica que fueron oxígeno dependientes, mayores o iguales a cuarenta años de edad y de ambos sexos. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue un cuestionario, el cual se aplicó a los usuarios que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaran formar parte de la investigación. En dicho instrumento se utilizó una variable compleja midiendo de esta forma la continuidad asistencial de relación, como resultado se obtuvo que el cien por ciento de los diecisiete usuarios entrevistados percibieron una continuidad de relación en su asistencia.</p>	
<p>Cura, M, Fernández, M, Miños, C, Pérez, M y Piedra, E.</p>	<p>Continuidad asistencial en pacientes con enfermedad obstructiva crónica en el primer nivel de atención</p>	<p>2013</p>	<p>Cuantitativo, descriptivo de corte transversal</p>	<p>Este estudio corresponde a un Trabajo Final de investigación (TFI: Tesis de grado), del Dpto. de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la UDELAR). El mismo buscó conocer la perspectiva de los ptes. con EPOC de origen tabaquista, en cuanto a la continuidad asistencial, relacionado a su vínculo con el equipo de salud, en Centro de Salud Claveaux y Pol. Aquiles Lanza. Corresponde a una investigación cuantitativa, descripti</p>	<p>FE, 2013. 60 p. + 1 CD-ROM.</p>

				<p>va de corte transversal siendo la población objeto son los pacientes con Dx de Epoc.. Como resultado obtuvieron el 56% de los usuarios entrevistados manifestaron que existe una continuidad asistencial de relación,predominando los aspectos positivos, que favorecen el vínculo como ser una comunicación adecuada,información precisa y clara,confianza del paciente hacia el profesional responsable e intereses de los profesionales hacia sus usuarios”</p>	
<p>Borra Texeira, V, Hernández Feijo, F, Liesegang Rodríguez, T, Osorio Antúnez, M y Pérez Manica, A.</p>	<p>Atención de enfermería al adulto mayor en el primer nivel de atención.</p>	<p>2010</p>	<p>Estudio de tipo cuantitativo con diseño descriptivo de corte transversal</p>	<p>El presente estudio tiene como objetivo determinar qué actividades correspondientes a las funciones de enfermería son realizadas por el personal de enfermería profesional, en la atención dirigida a los adultos mayores en el primer nivel de atención, en los centros de salud de la Red de Atención del Primer Nivel (R.A.P.) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E.), en Montevideo en el período del 1 al 15 de julio de 2010. Es un estudio de tipo cuantitativo con diseño descriptivo de corte transversal. El cual comprende un universo de diecisiete Licenciadas/os en Enfermería, con una</p>	<p>https://www.libri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/2513/1/FE-0349TG.pdf</p>

				<p>muestra no probabilística accidental. Para la recolección de los mismos se utilizó como método la encuesta, como técnica el cuestionario y como instrumento el formulario autoadministrado con preguntas abiertas y cerradas dicotómicas y de respuestas múltiples.</p> <p>Como conclusión se planteó que el déficit de atención domiciliar y formación de los recursos humanos, así como la inexistente investigación pueden influir negativamente en la implementación del Programa Nacional del Adulto Mayor, y como consecuencia entorpecer el cambio hacia un modelo de atención integral y fortalecimiento del primer nivel de atención. A su vez, debemos destacar en forma positiva la realización de actividades correspondientes a la función asistencial, incluyendo educación para la salud y consulta de enfermería, así como actividades correspondientes a la función administradora que deben potenciarse en pro de mejorar la calidad de atención de los adultos mayores en nuestro país</p>	
Fernández Moyano, Antonio y Ollero	Percepción de la continuidad asistencial: Conocer para	2010	Descriptivo exploratorio cualitativo	Objetivo: identificar cómo los enfermeros conceptúan la longitudinal del	

Baturon, Manuel	actuar			cuidado en la Estrategia Salud de la Familia y verificar su comprensión sobre la efectucción de ésa en su trabajo y junto al equipo.	
	Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia		Estudio descriptivo y exploratorio con abordaje cualitativo	Objetivo: identificar cómo los enfermeros conceptúan la longitudinalidad del cuidado en la Estrategia Salud de la Familia y verificar su comprensión sobre la efectucción de ésa en su trabajo y junto al equipo	
Castro K, Espinosa V, Olivera L,,Pérez C, Pérez M,	Percepción del usuario diabético con respecto a la continuidad de atención	2014	Estudio descriptivo, de corte transversal	El principal objetivo del trabajo de investigación fue conocer la percepción del usuario diabético sobre la continuidad de atención en su tratamiento, en el municipio A en policlínicas de la Intendencia de Montevideo y un Centro de Salud de la RAP- ASSE. El diseño metodológico de la investigación es descriptivo, cuantitativo y de corte transversal. Se analizaron las respuestas de 29 usuarios diabéticos tipo II con dos años en tratamiento en los servicios de primer nivel de atención de salud públicos de la zona oeste de Montevideo. Utilizaron un cuestionario de elaboración propia para la recolección de los datos. Del análisis se destaca la conclusión de que “la percepción de los usuarios diabéticos respecto a la continuidad en la atención era adecuada.	

<p>Cabrera, S, Cortés, P, Ferreira, N, Panzardi, C y Silva, M.</p>	<p>Satisfacción de los usuarios que integran los grupos de obesos, diabéticos e hipertensos de las Policlínica Los Ángeles y la Policlínica Casavalle en relación con el funcionamiento y la atención que se les brinda.</p>	<p>2011</p>	<p>Estudio de tipo descriptivo, transversal,</p>	<p>El objetivo del presente trabajo es conocer el nivel de satisfacción de los usuarios obesos, diabéticos e hipertensos que integran los grupos en relación al funcionamiento y atención en la Policlínica Los Ángeles y la Policlínica Casavalle en el período de octubre y noviembre de 2011. Es un estudio de tipo descriptivo, transversal, aplicando además un cuestionario semiestructurado a todos los usuarios de los mencionados grupos con 6 meses de antigüedad en el mismo.</p>	<p>https://www.libri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/2368/1/FE-0413TG.pdf</p>
<p>Pietro, M</p>	<p>Sistematización de experiencia: coordinación de un grupo de adultos en un servicio de primer nivel de atención en salud</p>	<p>2017</p>	<p>Monografía de grado</p>	<p>La siguiente sistematización parte de una intervención realizada en el interior del país en un servicio de salud de primer nivel de atención. Esta, surge a partir de la inserción al servicio como practicante del programa de residentes y practicantes de Facultad de Psicología en convenio con ASSE. La intervención, consistió en la coordinación de un grupo de adultos y adultos mayores enfocado en la prevención y promoción de salud. El motivo de esta sistematización es poder pensar sobre las distintas dimensiones que atraviesan esta experiencia: Los</p>	<p>https://www.libri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/18819/1/trabajo_final_de_grado-valentina_pietro_2017.pdf</p>

				grupos y la grupalidad, lo institucional, la comunidad, la salud, el rol de practicante y el rol del coordinador.	
--	--	--	--	---	--

Apéndice 2 – Contexto donde se desarrolló la investigación

Aspectos generales de Uruguay

La República Oriental del Uruguay está subdividida en 19 departamentos que están gobernados por un Intendente, elegido por sufragio universal por un período de cinco años, y por una Junta Departamental de 31 miembros (ediles), que actúa como poder legislativo departamental. El departamento de Montevideo es el más poblado del país y contiene a la ciudad capital del país.

CARACTERIZACION DE LA RED

Evolución histórica de la red

La red de servicios de salud del prestador público del país, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) está distribuida en todo el país. Desde el año 2007 se descentralizó del Ministerio de Salud Pública quien hasta ese momento ejercía la rectoría y la prestación de servicios de salud a la población.

Esa “separación” fue parte de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud el que otorga a partir de allí, autonomía a ASSE como un prestador integral del sistema y el más grande de los prestadores públicos.

Esta Administración se financia con fondos presupuestales del gobierno central y la cuota del Fondo Nacional de Salud (FONASA) de aquellos trabajadores que lo elijan como prestador. Es decir que las personas que no trabajan y sus familias por “oficio” tienen asignado el prestador público para su atención. Las personas jubiladas y pensionistas cuyo monto de ingreso es menor a la línea de base establecida también tienen derecho a ser atendidos en el prestador público. De esta manera en el sistema la cobertura tiende a ser universal.

A partir del año 2010 se realiza en ASSE una reforma interna de la estructura organizativa de los servicios. Es así que se establecen direcciones gerenciales nacionales, según niveles de atención:

- Dirección del Primer Nivel de Atención: Centros de salud, policlínicas y consultorios

- Dirección del Segundo Nivel de Atención: Centros Auxiliares y Hospitales
- Dirección de Polos de Desarrollo: Hospitales con unidades y Centros de Terapia Intensiva de adultos y niños
- Dirección de Unidades Especializadas: Instituto de atención especializada.

Esta organización a su vez crea las direcciones departamentales (territoriales) del primer nivel de atención, llamadas “Dirección de la Red de Atención en el Primer Nivel” (RAP). Estas nuevas direcciones tendrán el objetivo de instrumentar la red en el primer nivel de atención, conformarla e implementarla a partir de los recursos ya existentes. De esta manera la función y organización que realizaba el hospital se delega en la RAP, por lo que se distribuye y se le asigna una parte del presupuesto y algunos recursos humanos establecidos en el nivel hospitalario para su desarrollo. Esta nueva organización establece que cada Dpto. del país tendrá una dirección de RAP la que organizará y desarrollará la atención en el primer nivel potenciando la coordinación y continuidad dentro de cada nivel de atención.

A partir del año 2013 como una etapa de la progresividad del sistema, se comienza a implementar una organización según regiones territoriales y así se crea la Red Integrada de Servicios de Salud con base Regional. El objetivo de esta organización es integrar los servicios del prestador público de tal manera de prestar la atención necesaria a sus usuarios optimizando sus recursos y fortaleciendo sus servicios.

Esta organización estimula la creación de instancias de coordinación y continuidad entre niveles y exige conexiones y relaciones fluidas desde el nivel gerencial y desde el asistencial y entre ellos.

Modelo de gobierno

ASSE desde el año 2007 se gobierna con un Directorio conformado por 5 integrantes: 1 presidente, 1 vicepresidente, un representante de los trabajadores, un representante de los usuarios y un vocal que representa a uno de los partidos de la oposición del gobierno. Desde el año 2015 ese vocal representa al partido oficialista

Todos ellos son propuestos por el Poder Ejecutivo y tienen el aval del parlamento por lo que su permanencia está sujeta a evaluación y decisión de ambos órganos.

Teniendo en cuenta que el modelo que se desarrolla es el de RISS con base regional, cada región (son 4 en el país) cuenta con un Director Regional nombrado por el

Directorio de ASSE.

A su vez las regiones están divididas territorialmente, con un criterio de funcionalidad en el territorio (vías de comunicación, vías de acceso movilidad cultural y productiva) contando con Coordinadores de subregión que tiene la función de:

- promover y coordinar la realización del Diagnóstico de Salud de la subregión y la generación de propuestas para el Plan Estratégico Regional,
- identificar y promover mejoras en los procesos asistenciales y administrativos,
- participar en la elaboración, implementación, monitoreo y evaluación del Plan Estratégico Regional,
- colaborar con el director regional en el seguimiento de los compromisos de gestión de cada Unidad Ejecutora,
- representar o subrogar al director regional cuando se requiera,
- realizar otras acciones que le sean encomendada en el ámbito de su competencia.

La red de la Región Oeste está conformada por 20 Unidades Ejecutoras (UE) las que poseen un presupuesto histórico con un ajuste del IPC anual que es determinado y asignado a cada una desde el nivel central es decir por el Directorio de ASSE.

Esas UE tienen diferentes capacidades de atención, complejidad y se insertan de diferentes maneras en la red subregional y luego regional.

En este caso la Subregión Oeste Centro está conformada por las siguientes UE:

- En Durazno: Centro Departamental de Durazno (2° nivel), Centro Auxiliar de Sarandí del Yi, Red de Atención en Primer Nivel (RAP).
- En Flores: Centro Departamental de Flores (2° nivel) y Red de Atención de Primer Nivel.
- En Florida: Centro Deptal de Florida (3er. Nivel), Red de Atención de Primer Nivel.
- En San José: Centro Departamental de San José (2° nivel) y Red de Atención de Primer Nivel.
- En Colonia: Centro Departamental de Colonia (2° nivel), Centro Auxiliar de Juan Lacaze (2° nivel), Centro Auxiliar de Rosario (2° nivel), y Red de Atención de Primer Nivel.

La Subregión Oeste Litoral está conformada por las siguientes UE:

- En Río Negro: Centro Departamental de Río Negro (2° nivel), Centro Auxiliar de Young (2 ° nivel) y Red de Atención de Primer Nivel
- **En Soriano: Centro Departamental de Soriano (2° nivel), Centro Auxiliar de Dolores (2° nivel), Centro Auxiliar de Cardona (2° nivel) y Red de Atención de Primer Nivel.**
- En Colonia (Litoral): Centro Auxiliar de Carmelo (2° nivel) y Centro de Nueva Palmira (Centro de Salud con puerta de emergencia, corresponde a RAP Colonia)

La red que se estudiará es la del Departamento de Soriano.

La gobernanza de la región está definida de la siguiente manera:

- Encuentros de subregión: cada mes los Directores de las UE de cada Subregión se reúnen para el realizar el seguimiento y evaluación de los objetivos planteados para el año y la elaboración de las propuestas para el año próximo o para el quinquenio próximo
- Encuentros regionales: cada 6 meses, todas la UE de la Región participan en las reuniones donde se actualizan las líneas de trabajo, se toman las líneas directrices que se reciben desde las Gerencias de ASSE, y se actualizan las líneas estratégicas generales establecidas según los avances y obstáculos a nivel regional y local.
- Encuentro de cada subregión: cada mes se reúnen los directores de las Unidades Ejecutoras de cada subregión, con el objetivo de potenciar la red interna con servicios, recursos humanos y equipos que se disponen para la atención.
- Reuniones de gerencias con la región: las propuestas de mejora y de avances para la región son llevadas a la Gerencia Asistencial y Gerencia General donde se analizan, revisan y dan andamio a los mecanismos que permiten el cumplimiento de estas.

La visión, la misión y los principios rectores son los mismos para todas las Unidades Ejecutoras. Las normas administrativas, jurídicas son generales y las asistenciales se adaptan a la realidad local de cada Unidad.

Los objetivos estratégicos definidos por ASSE son:

- Optimizar los procesos asistenciales asegurando la equidad, oportunidad y continuidad de la atención.

- Avanzar en el desarrollo de servicios adecuados a las necesidades de la población de cada región del país.
- Mejorar la resolutiveidad y eficiencia de los servicios asistenciales regionales a través de la complementación de los recursos asistenciales de región.
- Avanzar en la descentralización de la gestión de los procesos administrativos.

El presupuesto de ASSE surge de una partida del presupuesto del Estado. La misma es fijada según un presupuesto asignado históricamente más ajustes según avances y propuestas de la propia Administración.

A cada unidad se le asigna un presupuesto anual que se ajusta según utilización de presupuesto en el año anterior y un ajuste porcentual según posibles aumentos fijos como medicamentos y material médico-quirúrgico.

Entorno

a. Población y territorio

- Características demográficas de la población de referencia

Tabla N°1. Total de población según sexo y lugar de residencia (según Censo 2011)

	Soriano
Población total	82.595
Hombres	40.853
Mujeres	41.742
Población urbana	75.983
Población rural	6.612

Población por área y sexo, según grupo quinquenal de edades. Soriano

Grupo quinquenal de edades	Total			Área y sexo					
	Total	Hombre	Mujer	Urbana			Rural		
				Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Total	82.594	40.852	41.742	75.982	37.141	38.841	6.612	3.711	2.901
0 a 4	5.700	2.949	2.751	5.247	2.726	2.521	453	223	230
5 a 9	6.607	3.328	3.279	6.099	3.077	3.022	508	251	257
10 a 14	7.275	3.687	3.588	6.761	3.410	3.351	514	277	237
15 a 19	6.921	3.573	3.348	6.412	3.268	3.144	509	305	204
20 a 24	5.134	2.647	2.487	4.776	2.448	2.328	358	199	159
25 a 29	5.507	2.751	2.756	5.121	2.556	2.565	386	195	191
30 a 34	5.774	2.900	2.874	5.317	2.646	2.671	457	254	203
35 a 39	5.203	2.609	2.594	4.779	2.381	2.398	424	228	196
40 a 44	4.739	2.384	2.355	4.288	2.136	2.152	451	248	203
45 a 49	4.690	2.316	2.374	4.229	2.046	2.183	461	270	191
50 a 54	4.796	2.364	2.432	4.356	2.105	2.251	440	259	181
55 a 59	4.482	2.201	2.281	4.051	1.944	2.107	431	257	174
60 a 64	4.111	2.043	2.068	3.746	1.817	1.929	365	226	139
65 a 69	3.264	1.619	1.645	2.956	1.424	1.532	308	195	113
70 a 74	2.812	1.290	1.522	2.602	1.169	1.433	210	121	89
75 a 79	2.431	1.060	1.371	2.268	959	1.309	163	101	62
80 a 84	1.764	697	1.067	1.663	629	1.034	101	68	33
85 a 89	973	329	644	919	303	616	54	26	28
90 a 94	349	97	252	333	90	243	16	7	9
95 a 99	50	7	43	47	6	41	3	1	2
100 o más	12	1	11	12	1	11	-	-	-

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) - Censos 2011.
Nota: El cuadro no incluye las personas en situación de calle.

Tabla N°2 Hogares con niños, adolescentes y adultos (según SIG- INMUJERES en base al Censo 2011)

Franja etaria	Soriano
0-3 años	14, 0 %
4-12 años	29, 0 %
13-18 años	23, 2 %
65 y más años	31, 4 %

Tabla N°3. Principales indicadores sociodemográficos según Depto. (Datos Censo 2011)

	SORIANO
Esperanza de vida al nacer	78, 32
Tasa de natalidad	16, 60
Tasa de mortalidad	9, 41
Tasa de mortalidad infantil	
Índice de envejecimiento	
Relación de masculinidad (hombres cada 100 mujeres)	97, 9
Tasa anual media de crecimiento de la población	-0, 32

Otros indicadores de desigualdades de género

Tabla N°4

DEPTO.	TASA DE ACTIVIDAD		TASA DE EMPLEO		TASA DE DESEMPLEO	
	VARONES %	MUJERES %	VARONES %	MUJERES %	VARONES %	MUJERES %
DURAZNO	68,4	45,8	66,2	41,7	3,3	9
SORIANO	72	48,3	69,4	44,2	3,7	8,4

Fuente: Doc. de desigualdades territoriales desde la mirada de género, INMUJERES.

Tabla N°5. Distribución de personas mayores de 65 años y con limitaciones según departamento de residencia

DEPTO.	CANTIDAD DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS		CANTIDAD DE PERSONAS CON LIMITACIONES	
	MUJERES	VARONES	MUJERES	VARONES
DURAZNO	4.311	3.528	766	666
SORIANO	6.555	5.100	1.151	1.034

Fuente: Doc. de desigualdades territoriales desde la mirada de género, INMUJERES.

Tabla N°6. Máximo nivel educativo alcanzado por las personas mayores de 24 años según sexo y Dpto.(datos SIG-INMUJERES)

NIVEL EDUCATIVO	DURAZNO		SORIANO	
	MUJERES %	VARONES %	MUJERES %	VARONES %
SECUNDARIA				
TEC./F. DOCENTE	1,8	2,7	2,7	4,8
UNIVERSITARIO	7,8	3,1	9,6	3,3
POSGRADO	4,5	4,3	5,1	4,5

SORIANO

Entidades y unidades que componen la red (prestadores tanto propios como externos)

La red de ASSE en el Dpto. de Soriano está conformada por 4 “Unidades Ejecutoras” (UE) que son administrativamente y presupuestalmente las responsables de la atención y por “Unidades Asistenciales” (UA) que son todos los centros de atención.

Las UE son: a) La Red de Atención Primaria (RAP) Soriano, b) Centro Auxiliar de Cardona, c) Centro Auxiliar de Dolores y d) Centro Dptal. de Soriano (Hospital de Mercedes).

a. Amplitud de la integración

RAP de Soriano: red de unidades asistenciales del primer nivel de atención, en total son 25 servicios con capacidad resolutive diferente, organizados por rutas nacionales de acceso. Algunos con médico y enfermera todos los días de lunes a viernes, otros con rondas rurales cada semana o cada 15 días. La única especialidad médica es la pediatría. En el año 2012 se realizaron 116.548 consultas.

Hospital de Mercedes- servicio de 2° nivel de atención, de mediana complejidad, con puerta de emergencia con (con respirador) y 94 camas de cuidados moderados y especiales. Con 3 salas de BQ, servicio de oncología, de traumatología. Se realizan consultas ambulatorias de medicina general y varias especialidades médicas (no se cuenta con datos estadísticos al respecto) Con 1335 intervenciones quirúrgicas general, traumatológicas, urológicas, plásticas, odontológicas, de ORL y otras (año 2012). Imagenología (radiología, ecografías, mamografías, Arco en C), laboratorio

(complejidad moderada) y servicios de apoyo (sector administrativo, farmacia, cocina, lavadero, centro de materiales, descontaminación, transporte).

Total de usuarios 21.503 al año 2012.

Intervenciones quirúrgicas 2017 – 1.382

Total de Consultas ambulatorias en el año 2017- 57.376

Total de usuarios al 2017 – 23.450

Dentro del Depto. los prestadores privados integrales que interactúan con ASSE son: Cooperativa Médica de Soriano (CAMS), Círculo Católico, Hospital Evangélico

Los prestadores no integrales, emergencias móviles son dos, EMS y VIVEM

b. Profundidad de la integración

Red de Soriano: las unidades asistenciales operativas del primer nivel de atención son: 25 policlínicas y puestos

Del segundo nivel son 3 unidades en el Depto.

c. Penetración de la red en el territorio

- ¿Qué proporción del continuo asistencial proporciona la red a la población de referencia

d. Nivel de producción de servicios dentro de la red

Los servicios que se contratan fuera de la red de ASSE son pruebas diagnósticas de imagenología como: algunas ecografías (por no tener cupos en los hospitales), tomografías, resonancias magnéticas. Mamografías, lectura de mamografías.

Estudios cardiológicos: ergometrías (por no tener más cupos), colocación y lectura de Holter, ecocardiogramas (cuando no hay cupos o cuando se necesita mayor precisión del equipo).

Cirugías: traumatológicas (osteosíntesis de cadera)

Otros servicios: cuidados intensivos,

e. Formas de relación entre las unidades operativas que constituyen la red

- ¿Qué formas de colaboración existen entre las unidades operativas que conforman las redes?

Existen **acuerdos verbales** de los directores de las UE.

Para los procedimientos médicos la relación de trabajo en localidades pequeñas favorece la informalidad o la utilización de coordinaciones entre los propios médicos. La forma formalizada es a través de la oficina de consulta programada y va directamente el usuario a solicitar los turnos

Para transporte de pacientes: se coordinan con choferes locales y con el coordinador de cada UE, siendo el hospital de Mercedes el que cuenta con la mayor flota de móviles.

Para materiales y medicación: se coordinan entre los jefes de cada sector de las diferentes unidades ejecutoras.

Existe el mecanismo de compra de servicios, que se utiliza en la medida que las Unidades Ejecutoras no cuentan con la prestación y la necesitan para la resolución del paciente.

Tipo de red

- Según el tipo de servicios que se integran
- Según el nivel de producción de servicios
- Según la forma de relación entre las unidades operativas que constituyen la red

Características del territorio donde se sitúa la RED: densidad demográfica y vías de comunicación

La población total del departamento de Soriano es de 82.594 Censo INE 2011)

Apéndice 3 – Cuestionario para la primera etapa cuantitativa

Apartado de Enfermería adjuntado al cuestionario de Continuidad de la Atención entre Niveles de Atención del proyecto Equity-LA II, año 2015.



Cuestionario N°: _____

APARTADO 2: ENFERMERÍA PROFESIONAL

LEER ESTA INTRODUCCION

El objetivo de este apartado es considerar su opinión respecto del rol que tiene la Enfermería Profesional (a veces llamada Nurse, es la responsable del servicio de enfermería y en particular de los equipos de Auxiliares de Enfermería), en la atención de su enfermedad

3.16. EXPERIENCIAS DE CONTINUIDAD ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN

3.16.1: Ud. sabía que las Enfermeras Profesionales (Nurse) y Auxiliares de Enfermería que trabajan en los servicios de Salud de ASSE, tienen tareas diferentes?

(1) Sí → p. 3.16.2 (2) No → p.3.16.2 (98) NS / NC → p.3.16.2

3.16.2: Ud. sabe quién es la Enfermera que dirige, organiza o coordina el servicio de ASSE al que acude habitualmente para tratar los problemas de salud que hemos considerado en esta encuesta?

(1) Sí → p. 3.16.3 (2) No (98) NS / NC

3.16.3: Participó alguna Enfermera Profesional (Nurse) en la última consulta a la que concurre?

(1) Sí p. 3.16.3.1 (2) No p. 3.16.3.2 (98) NS / NC

3.16.3.1: Precise en qué intervino: **RESPUESTA MÚLTIPLE**

- (1) Controles (2) Información/orientación (3) Procedimientos (Curación, Inyectable, etc.)
 (4) Coordinación de su atención con otros profesionales o servicios
 (5) Otros :..... (98) NS / NC

3.16.3.2: Qué tareas entre las siguientes, piensa que podrían confiarse a una Enfermera profesional (Nurse), para mejorar la calidad de la atención que se le brinda habitualmente? **RESPUESTA MÚLTIPLE**

- (1) Controles (2) Información/orientación (3) Procedimientos (Curación, Inyectable, etc.)
 (4) Coordinación de su atención con otros profesionales o servicios
 (5) Otros :..... (98) NS / NC

6. ACCESIBILIDAD ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN

* LEER: Las preguntas a continuación hacen referencia a la atención recibida en los centros de salud de la red DURAZNO, SORIANO, FLORIDA o RIO NEGRO según corresponda.

6.5. En los últimos seis meses, ¿alguna vez lo derivaron a una Enfermera Profesional (Nurse)?

(1) Sí → p.6.5.1 (2) No → p.6.5.4 (98) NS / NC → 6.5.4

6.5.1. ¿Quién lo derivó? **LEER OPCIONES DE RESPUESTA**

- (1) Médico general (2) Médico especialista (3) Médico de urgencias
 (4) Médico especialista en una internación (98) NS / NC

6.5.2. ¿Para qué lo derivaron? **RESPUESTA MÚLTIPLE**

- (1) Controles (2) Información/orientación (3) Procedimientos (Curación, Inyectable, etc.)
 (4) Coordinación de su atención con otros profesionales o servicios
 (5) Otros :..... (98) NS / NC

6.5.3. Según su opinión, ¿la atención de la Enfermera Profesional (Nurse) es complementaria de la atención del médico en su problema de salud?

(1) Sí

(2) No → p 6.5.4

(98) NS / NC → p 6.5.4

Explícite su respuesta:.....

Apéndice 4 – Cuestionario segunda etapa cuantitativa

Apartado de Enfermería adjuntado al cuestionario de Continuidad de la Atención entre Niveles de Atención del proyecto Equity-LA II, año 2017.



Cuestionario Nº: _____

CUESTIONARIO DE CONTINUIDAD ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN – CCAENA-UR 2017
APARTADO DE ENFERMERÍA
APARTADO: ENFERMERÍA PROFESIONAL

LEER ESTA INTRODUCCIÓN

El objetivo de este apartado es considerar su opinión respecto del rol que tiene la Licenciada en Enfermería (Puede conocerse como Enfermería Profesional o Nurse, es la responsable del servicio de enfermería y en particular de los equipos de Auxiliares de Enfermería), en la atención de su enfermedad

14. EXPERIENCIAS DE CONTINUIDAD ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN	
14.1: Ud. Conoce a las Licenciadas en Enfermería (Enfermeras Profesionales o Nurse) que trabajan en los servicios de Salud de ASSE, donde se atiende?	
(1) Sí p. 14.1 <input type="text"/>	(2) No → p.14.1 <input type="text"/>
(98) NS / NC → p.14.1 <input type="text"/>	
14.2: Ud. sabe que es la Licenciada en enfermería (Enfermera Profesional o Nurse) quien dirige, organiza o coordina el servicio de ASSE al que acude habitualmente para tratar los problemas de salud que hemos considerado en esta encuesta?	
(1) Sí p.14.2 <input type="text"/>	(2) No <input type="text"/>
(98) NS / NC <input type="text"/>	
14.3: Ud. fue atendido por alguna Licenciada en Enfermería (Enfermera Profesional o Nurse) en alguna consulta a la que concurrió?	
(1) Sí p. 14.3.1 <input type="text"/>	(2) No → p.14.3.1 <input type="text"/>
(98) NS / NC → p.14.3.1 <input type="text"/>	
14.3.1: Precise en qué intervino: RESPUESTA MÚLTIPLE	
(1) Controles	(2) Información/orientación
(3) Procedimientos (Curación, inyectable, etc.)	(4) Coordinación de su atención con otros profesionales o servicios
(5) Otros	(98) NS / NC <input type="text"/>
14.3.2 La/ el Enfermero tenía información sobre su historia clínica y antecedentes (enfermedades, pruebas realizadas, tratamientos, situación familiar), antes de que Ud. se lo explicara? LEER OPCIONES DE RESPUESTA	
(1) Sí, toda <input type="text"/>	(2) Sí, alguna <input type="text"/>
(3) No <input type="text"/>	(98) NS / NC <input type="text"/>

15. ACCESIBILIDAD ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN	
* LEER: Las preguntas a continuación hacen referencia a la atención recibida en los centros de salud de la red SORIANO,	
15.1. En los últimos seis meses, ¿alguna vez lo derivaron a alguna Licenciada en Enfermería (Enfermera Profesional o Nurse)?	
(1) Sí → p.15.1 <input type="text"/>	(2) No → p.15.1 <input type="text"/>
(98) NS / NC → 15.1 <input type="text"/>	
15.1 ¿Quién lo derivó? LEER OPCIONES DE RESPUESTA	
(1) Médico general	(2) Médico especialista
(3) Médico de urgencias	(4) Recepción/ Admisión
(98) NS / NC <input type="text"/>	

<p>15.1 ¿Para qué le derivaron? <i>RESPUESTA MÚLTIPLE</i></p> <p>(1) Controles (2) Información/orientación (3) Procedimientos (Curación, inyectable, etc.)</p> <p>(4) Coordinación de su atención con otros profesionales o servicios</p> <p>(5) Otros : (98) NS / NC</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>15.2 Según su opinión, la atención de la Licenciada en Enfermería (Enfermera Profesional o Nurse) contribuye en la continuidad de la atención en su problema de salud?</p> <p>(1) Sí (2) No → p 15.2 (98) NS / NC → p 15.2</p> <p>Explícite su respuesta:</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>

Apéndice 5 – Variables utilizadas en la primera etapa cuantitativa

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Categorías
Edad	Tiempo transcurrido comprendido desde el nacimiento hasta la fecha de la encuesta.	Se solicita a la persona que diga su fecha de nacimiento.	Variable cuantitativa, escala ordinal.	<input type="checkbox"/> Menor a 39 años <input type="checkbox"/> Entre 39 y 59 años <input type="checkbox"/> Entre 60 y 79 años <input type="checkbox"/> Mayor o igual a 80 años
Sexo	Características biológicas determinadas que hacen posible reconocer como diferentes a hombres y mujeres.	Sexo que declara el usuario en el formulario.	Variable cualitativa, escala nominal.	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Nivel de instrucción	Educación formal máxima adquirida por el usuario.	Se pregunta a la persona entrevistada el último nivel de estudios que aprobó: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Terciario incompleto <input type="checkbox"/> Terciario completo <input type="checkbox"/> Universitario incompleto <input type="checkbox"/> Universitario completo <input type="checkbox"/> Postgrado	Variable cualitativa, escala ordinal.	Se recategorizó la variable de la siguiente manera: <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa.
Rol de jefe(a) de hogar	La jefatura del hogar es ocupada por aquella persona que la familia identifica como tal.		Variable cualitativa, escala nominal.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí/Compartido <input type="checkbox"/> No

Nivel de ingresos	Ingresos económicos del hogar de la persona encuestada en el último mes.	Se solicita a la persona encuestada que indique en cuál de los tramos se ubicó el ingreso del hogar del último mes, aproximadamente: (1) Sin ingreso (2) Hasta \$5.000 (1/2 salario mínimo) (3) De \$5.001 a \$10.000 (1/2-1 salario mínimo) (4) De \$10.001 a \$20.000 (1-2 salarios mínimos) (5) De \$20.001 a \$30.000 (2-3 salarios mínimos) (6) De \$30.001 a \$40.000 (3-4 salarios mínimos) (7) De \$40.001 a \$50.000 (4-5 salarios mínimos) (8) De \$50.001 a \$100.000 (5-10 salarios mínimos) (9) De \$100.001 a \$500.000 (10-15 salarios mínimos) (10) Más de \$500.000 (más de 15 salarios mínimos)	Variable cualitativa, escala ordinal.	Se recategorizó de la siguiente manera: ■ Hasta un salario mínimo ■ Entre 1 y 2 salarios mínimos ■ Más de 2 salarios mínimos.
Reconocimiento del rol diferenciado entre enfermera profesional y auxiliar en servicios del 1er y 2do nivel de atención		Se pregunta si sabía que las enfermeras profesionales (nurses) y auxiliares de Enfermería que trabajan en los servicios de salud de ASSE tienen tareas diferentes.	Variable cualitativa, escala nominal.	■ Sí ■ No

Opinión de la atención de la Enfermera profesional como complementaria de la atención del médico en su problema de salud		Se pregunta si según su opinión, la atención de la enfermera profesional (Nurse) es complementaria a la atención del médico en su problema de salud, y que explicita su respuesta.	Variable cualitativa, escala nominal.	Pregunta abierta. Las respuestas se categorizaron de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> ▣ Asistente del médico/lo reemplaza. ▣ Atención directa/ actividades específicas/cuidados. ▣ Actividades de gestión/coordinación.
--	--	--	---------------------------------------	--

Apéndice 6 – Variables utilizadas en la segunda etapa cuantitativa

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Categorías
Edad	Tiempo transcurrido comprendido desde el nacimiento hasta la fecha de la encuesta.	Edad en años que declara el usuario en el cuestionario.	Variable cuantitativa, escala ordinal.	<input type="checkbox"/> Menor a 39 años <input type="checkbox"/> Entre 39 y 59 años <input type="checkbox"/> Entre 60 y 79 años <input type="checkbox"/> Mayor o igual a 80 años
Sexo	Características biológicas determinadas que hacen posible reconocer como diferentes a hombres y mujeres.	Sexo que declara el usuario en el formulario.	Variable cualitativa, escala nominal.	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Nivel de instrucción	Educación formal máxima adquirida por el usuario.	Educación formal que declara el usuario al momento de la aplicación del cuestionario.	Variable cualitativa, escala ordinal.	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Nivel terciario incompleto <input type="checkbox"/> Nivel terciario completo
Rol de jefe(a) de hogar			Variable cualitativa, escala nominal.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí/Compartido <input type="checkbox"/> No
Nivel de ingresos			Variable cualitativa, escala ordinal.	<input type="checkbox"/> Hasta un salario mínimo <input type="checkbox"/> Entre 1 y 2 salarios mínimos <input type="checkbox"/> Más de 2 salarios mínimos.
Atención recibida del usuario por parte de la Licenciada de Enfermería en el servicio	Se refiere a la atención de enfermería recibida por parte de la licenciada hacia los usuarios.	Referencia del usuario acerca de la atención brindada por parte de la licenciada de enfermería al momento de la aplicación del cuestionario.	Variable cualitativa, escala nominal.	<input type="checkbox"/> Ha recibido atención de la licenciada de enfermería <input type="checkbox"/> No ha recibido atención de la licenciada de enfermería

Identifica a las Licenciadas en Enfermería que trabajan en los servicios de salud donde se atienden			Variable cualitativa, escala nominal.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sabe cuáles son las funciones de la Licenciada en enfermería que trabaja en los lugares donde se atiende			Variable cualitativa, escala nominal.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fue atendido por alguna Licenciada en Enfermería en alguna consulta a la que concurrió			Variable cualitativa, escala nominal.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En qué intervino la Licenciada en Enfermería			Variable cualitativa, escala nominal.	<input type="checkbox"/> Controles <input type="checkbox"/> Información/orientación <input type="checkbox"/> Procedimientos (curación, inyectable, etc) <input type="checkbox"/> Coordinación de su atención con otros profesionales o servicios <input type="checkbox"/> Otros (especificar)

Qué tareas piensa que podría realizar una Licenciada en Enfermería para mejorar la calidad de la atención		¿Qué tareas piensa que podría realizar una Licenciada en Enfermería para mejorar la calidad de la atención que se le brinda habitualmente?	Variable cualitativa, escala nominal.	<input type="checkbox"/> Se realizó la pregunta abierta. Luego se categorizaron las respuestas
La/el Enfermero tenía información sobre su historia clínica y antecedentes		¿La/ el Enfermero tenía información sobre su historia clínica y antecedentes (enfermedades, pruebas realizadas, tratamientos, situación familiar), antes de que Ud. se lo explicara?	Variable cualitativa, escala nominal.	<input type="checkbox"/> Sí, toda <input type="checkbox"/> Sí, alguna <input type="checkbox"/> No
Le dieron pase a alguna licenciada		En los últimos seis meses, ¿Alguna vez le dieron pase a alguna Licenciada en Enfermería?	Variable cualitativa, escala nominal.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quién le dio el pase		¿Quién le dio el pase? Leer opciones de respuesta.	Variable cualitativa, escala nominal.	<input type="checkbox"/> Médico general <input type="checkbox"/> Médico especialista <input type="checkbox"/> Médico de Urgencias <input type="checkbox"/> Recepción/Admisión
Motivo por el cual le dieron el pase.		¿Para qué le dieron el pase?	Variable cualitativa, escala nominal.	<input type="checkbox"/> Controles <input type="checkbox"/> Información/orientación <input type="checkbox"/> Procedimientos (curación, inyectable, etc.) <input type="checkbox"/> Coordinación de su atención con otros profesionales o servicios <input type="checkbox"/> Otros (especificar)

<p>La licenciada en Enfermería contribuye en la continuidad de la atención.</p>		<p>Según su opinión, ¿la atención de la licenciada en Enfermería contribuye en la continuidad de la atención en su problema de salud?</p>	<p>Variable cualitativa, escala nominal.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
---	--	---	--	--

Apéndice 7 – Instrumento para el enfoque cualitativo

PROPUESTA INICIAL DE DESARROLLO DE GRUPO FOCAL: Guía

Se seleccionó una muestra por conveniencia, con la finalidad de esclarecer, algunos conceptos manifestados en la encuesta previa, realizada a las personas que se atendieron en el primer y segundo nivel de atención del área pública, de la ciudad de Mercedes. De acuerdo con el análisis descriptivo analítico, básico de datos cuantitativos, previamente obtenidos, en la hoja de enfermería agregada en la recolección de datos del Proyecto Equity.

Se seleccionó un grupo de 6 personas, considerando la mayor diversidad en el cruce de variables que caracterizaron la población encuestada y su respuesta en las preguntas abiertas.

Se manejarán 3 o 4 preguntas, a modo de ejemplo introductorias en referencia al tiempo en que se atiende en el servicio. Si conocen a las enfermeras o enfermeros.

Las preguntas consideraran esclarecer y/o profundizar conceptos tales como:

Identificación de enfermería en el proceso de continuidad del cuidado en sus patologías crónicas.

Mi presencia actuará de moderadora, con actitud de escucha y observación, partiendo de preguntas guías abiertas, no mayor de 5, con materiales dirigidos estimulando la conversación y la confianza para responder libremente.

Participaré con una asistente, que me permitirá contar con los registros y grabaciones necesarias, pudiendo a su vez, observar y escuchar a los participantes.

Consideraciones conceptuales:

Se realizarán **preguntas para comenzar** - que todos pueden contestar en unos 10-20 segundos y su propósito es identificar las características que comparten los participantes. **Preguntas de introducción** - tratando de evocar experiencias pasadas que conectan al participante con el tema y promuevan la conversación. **Preguntas de transición** – que muevan el foco de la conversación hacia el tópico, facilitando que los participantes conozcan la visión que cada uno tiene.

Las preguntas para el grupo focal. **Preguntas claves** - guían el estudio. Se presentan de dos a cinco preguntas, son las que se deben pensar y pilotear con cuidado, ya que serán a las que cargan el mensaje y las que se tendrán que analizar con detenimiento.

Preguntas finales - se utilizan para que el participante exprese su posición final con respecto a áreas críticas o preocupaciones.

Se citarán a las personas claves en un ambiente distendido, con suficiente espacio físico, disponiendo de un tiempo aproximado de 2 hs, aunque se planifique no mayor de 90' (Ideal 60)

Lugar: Salón de Actos del Hospital de Mercedes

Día: jueves 15 de febrero, **Hora:** 15, 1er grupo

Moderadora: Alicia

Asistente: Lic. Esp. Cecilia Acosta

Previo al inicio del grupo, se entregará la hoja del consentimiento informado, promover que la lean o leerla en el caso de que no puedan hacerlo por si mismos y luego firmen

GUÍA DE PREGUNTAS:

INTRODUCCIÓN:

1) Presentación personal y de la Asistente

- Descripción de las tareas de cada uno
- Objetivos del proyecto
- Delimitación del tiempo
- Explicitación de las consideraciones éticas: Confidencialidad, anonimato
- Planteamiento de las “reglas del juego”
- Ratificación los compromisos establecidos en el consentimiento informado
- Explicitación que se grabará el desarrollo de la entrevista

Introducción de los participantes

- Breve presentación en ronda
- Identificación de las personas

DESARROLLO:

Apertura:

- *Agradecemos su presencia y colaboración por aceptar la participación. ¿Podrían decirnos su nombre y cuánto tiempo aproximadamente se atienden en el servicio?*
- *Ustedes contestaron hace un tiempo un cuestionario sobre la continuidad de la atención de su enfermedad. En esta instancia, me interesa conocer algo más de su opinión sobre la atención de la Enfermera Profesional.*

Comenzar con una pregunta abierta integradora: Ej

“Cuando ustedes concurren al servicio de salud a atenderse, ¿por qué motivo suelen ir? ¿Quiénes los atienden? (ver si dicen la nurse o licenciada, si no la mencionan)

PREGUNTAS CLAVES

De las atenciones o cuidados que reciben, los médicos, Auxiliares de Enfermería o las Nurses, ¿hacen todos la misma tarea? ¿qué diferencias encuentran?

- *Conocen algunos cuidados, actividades o atenciones que realiza la Nurse, Licenciada o Enfermera profesional, diferente a otros integrantes del equipo de Salud?*
- *En qué creen que puede mejorar la atención si interviene una Enfermera profesional?*

CIERRE:

¿Consideran necesario agregar algo más? ¿Faltaría algo para agregar?

- Informo del cierre
- Agradecimiento
- Recordatorio de confidencialidad

ALGUNAS CONSIDERACIONES GENERALES:

- Procurar la participación de todos
- Cuidar el manejo del tiempo

ASISTENTE:

Control y seguimiento de las intervenciones de los participantes, numerados al inicio.

Apoyo y guía en el manejo del tiempo

- Al finalizar control de identificación entrevistado/a
- Grabación de impresiones, comentarios de lo observado

Apéndice 8 – Cuadro para el análisis del grupo focal

Nombre o N° de intervención	Pregunta	Segmento	Comentario de intervención	Código	Categorías 1-2-3-4	Nueva categoría	Núcleos temáticos
Femenina 1	¿cuándo ustedes vienen a atenderse, por qué motivo es que vienen y quiénes los atienden acá o en la policlínica?	<i>“Yo vengo a emergencia porque me siento dolorida, porque me hice quimio y radiación en el instituto, en Montevideo,..” “Entonces yo vengo con dolores muy fuertes, a veces vengo llorando a los gritos, y entonces me atienden en emergencia”</i>	Su motivo es dolor por tumor	Consulta por DOLOR		Motivo de consulta	NT3: VIENE POR DOLOR en lo agudo! Continuidad de la atención: de relación, información y gestión
Femenina 1	Y quiénes la atienden?	<i>“Las enfermeras, o alguna Doctora que esté de guardia, me inyectan y me calman el dolor, porque dicen que no podemos estar con dolor.”</i>		Enfermera calma el dolor	Cuidado 1 3		NT2: Rol de Enfermería /funciones
Femenina 2		<i>“Yo soy crónica, porque tuve poliomiélitis cuando era chica. No voy a empezar a contar desde allá porque es muy largo, pero yo nunca en la vida vine al hospital hasta los cincuenta años, que no sé por qué vine, y me encontraron que tenía presión altísima, y ahí empezaron a</i>	“soy crónica”	Percibe enfermedad crónica		Identificación de la enfermedad como crónica	

		<p><i>hacer un tratamiento, me atendió el Dr. P. G. después P. G. se tuvo que ir no sé para dónde, me dijo que me tenía que buscar otro Doctor, cualquiera que haya, el que quede, y estaba el Dr. A L. Y hasta el día de hoy sigo con él”</i></p>				
Masculino		<p><i>“Yo tengo un problema, me dan heparina, lo que algunos llaman “Choice”, yo cada treinta días lo tengo que hacer, y si me sale mal, la Doctora a los diez días me da para hacerme el análisis, la repetición, o a los quince días, y allí me atiende una enfermera, que cuando la vengo a ver, me da para hacer un electro, y entonces la enfermera que me hace el electro, me toma la presión.”</i></p> <p><i>“Le tengo que agradecer mucho a la muchacha, porque hace muchos años que trabaja con la cardióloga, porque el otro día andaba con presión alta, y yo no me había</i></p>	<p><i>“Me atiende una enfermera” (no se diferencia entre auxiliar y profesional)</i></p> <p><i>“Me hace electro, me toma la presión...”</i></p> <p><i>Realiza procedimiento s, controles</i></p>	<p>Asistencia , procedimientos</p> <p>Continuidad, vínculos, tiempo de conocimiento</p>	<p>1</p> <p>3</p> <p>2.Continuidad de la relación</p>	<p>NT2: Rol de Enfermería /funciones</p> <p>NT3: Continuidad de la atención: de relación, información y gestión</p>

		<i>dado cuenta. Me tomó la presión, me dijo que estaba muy alta, y me puso una pastilla bajo la lengua hasta que viniera la doctora. Me hizo la doctora el análisis, ahí mismo, porque es un análisis rápido” ..., ””</i>	Continuidad: <i>hace muchos años que trabaja con cardiólogo...”</i>				
	Usted se atiende en policlínica también?	<i>“En Policlínica me hacen el test de la diabetes y la presión, también me atiende una enfermera, después le traigo el carné a la Doctora, para que vaya controlando la presión y la diabetes. “</i>	En Pol <i>“me atiende la enfermera”, no diferencia entre Profesional y Auxiliar, parece referirse a la Auxiliar</i>	No se diferencian roles invisibilidad	1		NT1: Invisibilidad /identificación de las Enfermeras profesionales/auxiliares, quiénes realizan los procedimientos
Femenina 3		Yo soy operada de la vesícula, el médico me operó muy bien, después me operó del útero, no tengo quejas, las enfermeras muy bien me han atendido.	<i>, ” las enfermeras muy bien me han atendido”</i>				NT4: Participación o contribución de Enfermería en la Continuidad de la atención
	Creo que todos hacen lo mismo, las enfermeras auxiliares, las nurses, ¿conocen nurses o profesionales, las nurses, las enfermeras, las auxiliares, hacen todos lo mismo, o hacen cosas						

	distintas. Por ejemplo qué harían las nurses?.						
Masculino		<p><i>“Bueno, yo iba a aclarar, internado, hace años que no me interno, entonces son diferentes los tratamientos, yo por ejemplo me saco sangre, me atienden muy bien cuando me sacan sangre, ya me conocen, hace seis años que me sacan sangre, pero internado no he estado nunca yo. Vamos a decir, seis, siete años, un día me trajeron, pero yo he notado un cambio de cinco años para acá, las enfermeras nos dan un trato mejor.”</i></p>	<p>“Me atienden muy bien “Vínculos ”Ya me conocen, hace 6 años...” Continuidad de la atención “nos dan mejor trato las enfermeras</p>	<p>Vínculos Continuidad Trato, relación</p>			<p>NT3: Continuidad de la atención: de relación, información y gestión</p> <p>NT4: Participación o contribución de Enfermería en la Continuidad de la atención</p>
Femenina 2		<p><i>“Yo me olvidé de decirle, a mí me operaron de la vesícula también, me hicieron la laparoscopia esa que hacen, y yo me había puesto cuando era jovencita, el Doctor me había puesto un Diú, porque tenía una nena chiquitita, de cinco meses, y a los cinco meses estaba embarazada.”” Y vine, y me puso el DIU y</i></p>	<p>No concurre a control, no tiene seguimiento” Me puso el DIU y nunca más me acorde...tenía 5 meses la</p>	<p>Desconocimiento No prevención y control</p>			<p>NT3: NO SE HACE Continuidad de la atención: de relación, información y gestión</p>

		<i>nunca más me acordé. Creo que fue el año pasado, para Navidad, me tuvieron que sacar el diú, que lo tenía desde hace años, la nena que tenía cinco meses cuando me lo puse, ya tenía cincuenta años.”</i>	hija y ahora tiene 50 años!!				
Femenina 1	Y alguna enfermera estaba en la vuelta, alguien conoce a alguna nurse?	<i>Yo conozco varias, pero no sé los nombres. Después la otra creo que se llama L., la nurse L... Es medio seria, pero es buena, L..., es buena ella y las enfermeras son de lujo, la que no me gusta nada es la Doctora, no me gusta y no vengo a atenderme, me voy a dejar morir, me voy a dejar estar, pero es por mi propia voluntad porque no me gusta como me atiende la Dra C... “ A mí cuando me hablaron, me hablaron en Montevideo, en el Instituto, después cuando estaba A. R... sí nos hablaba, yo le preguntaba cosas y ella me contestaba, pero la Doctora nos larga porque estamos sanos, estamos bien, y veni</i>	Conoce las “nurses” <i>Yo conozco varias, pero no sé los nombres..</i>	Reconoce las “Nurses”			NT1: Invisibilidad /identificación de las Enfermeras profesionales/auxiliares, quiénes realizan los procedimientos

		<p><i>dentro de tantos meses”</i> <i>“yo vine de Montevideo tomando el licor de bronton que es para calmar los dolores, que es parecido a la morfina, y la Dra. C. no me lo quiere dar, me dijo que no”. En emergencia nos dijeron que no podíamos contar con doctores nosotros, y la doctora Camejo, yo vine de Montevideo tomando el licor de bronton que es para calmar los dolores, que es parecido a la morfina, y la Dra. Camejo no me lo quiere dar</i></p>				
Femenina 2		<p><i>“Ahora último vamos a suponer el año pasado, me pasó en invierno la orina, la vejiga, me ataca, me da...”</i>”Dolor horrible cuando voy al baño, y no echo nada, y bueno, vengo a emergencia, y me atienden inmediatamente divino todos los que están, enseguida me hacen análisis de sangre y de orina, enseguida me dan la pastilla”....,</p>	Se atiende en la urgencia			<p>NT3: Continuidad de la atención: de relación, información y gestión</p>

	Y alguien le explica, le explicó, sólo el Doctor le explica, o alguna nurse, alguna enfermera le explica “	“No, yo ahí no voy al Doctor que vengo siempre, voy a emergencia.”					
	Y hay enfermeras ahí?	“ Si, enseguida, las doctorcitas son muy buenas, nos dicen que no son doctoras todavía, que están haciendo... son practicantas, y me atienden divino	Visualiza las practicantas de Medicina				NT1: Invisibilidad /identificación de las Enfermeras profesionales/auxiliares, quiénes realizan los procedimientos
	Si yo les preguntara si conocen algún cuidado o algo que identifique a las nurses, a las enfermeras profesionales, a las Licenciadas, ustedes reconocen, hay algo que ellas hacen, que ustedes han visto, o en algún momento estuvieron con ustedes alguna nurse, sea en policlínica, o en hospital, o en cualquier lado, en algún lado.						
Femenina 2		“Yo estuve veinte años cuidando enfermos, cuidando enfermos, yo no estaba enferma,	Rol de educador, enseñar, capacitación, Calidad del cuidado				NT2: Rol de Enfermería /funciones

		<p><i>pero yo cuidaba enfermos, tanto varones como mujeres, y en ese tiempo yo las reconocía a todas las nurses.</i></p> <p><i>Lo que me parecía era que ellas más se interesaban en lo que estaban haciendo en el momento, que era preparar enfermeros para más adelante, y como que así está mal, esto lo hiciste mal, andá a hacerlo de vuelta. No todas, pero algunas sí, las otras no tengo nada que decir de ellas.”</i></p>				
Femenina 1		<p><i>“Yo conozco a A.. R.. sé que es la principal de este hospital, he tenido muy buena atención con ella, sé que enseña a las enfermeras el trato que tienen que tener con nosotras, a las enfermeras de Oncología allá, cómo tenía que tratarlos, ella les enseñaba a las enfermeras el trato que tenían que tener con nosotros. L.. no sé, a mí me ha atendido, bien, pero como no he venido más porque desde que me atendió medio feo la Doctora,</i></p>	<p>Rol de “principal del Hospital”</p> <p>Gestión</p> <p>Rol de enseñanza, docencia</p>			<p>NT2: Rol de Enfermería /funciones</p> <p>NT4: Participación o contribución de Enfermería en la Continuidad de la atención</p>

		<i>no vine más “</i>					
	Cuando L.. te atendía, qué era lo que te hacía ?	<i>“Conversábamos y me decía que tenía que venir a la Doctora, que no me dejara estar, y yo le dije que no venía más, porque no me gustaba la Doctora. Pero eso es de mi parte</i>	Escucha, conversa, contiene				NT2: Rol de Enfermería /funciones NT4: Participación o contribución de Enfermería en la Continuidad de la atención
	Así es que L.. te escuchaba?	<i>Me escuchaba y me respondía igual que la nurse A., me escuchaba y me respondía, ellas me atendieron muy bien, cuando yo preguntaba algo de mi interés sobre mi enfermedad, ellas me respondieron siempre, tanto A.. como L., siempre ellas me contestan lo que yo pregunto.</i>	Escucha, contención, responden, orientan				NT2: Rol de Enfermería /funciones NT4: Participación o contribución de Enfermería en la Continuidad de la atención
Masculino		<i>“Yo casi no conozco a las nurses, pero las enfermeras, están bien preparadas. Yo tengo enfermeras desde hace ocho años, diez años, veinte</i>	Desconocimiento, invisibilidad de las Lic. O Nurses ¡No hay? Destaca la labor de la Aux. Qué está cerca, que lo		Continuidad de la relación		NT1: Invisibilidad /identificación de las Enfermeras profesionales/auxiliares, quiénes realizan los procedimientos

		<p><i>años que están acá adentro, entonces a mí me han tratado muy bien, me han hecho bien las cosas”.</i></p>	<p>“atiende” con continuidad</p>			<p>tos</p> <p>NT3: Continuidad de la atención: de relación</p> <p>NT4: Participación o contribución de Enfermería en la Continuidad de la atención</p>
--	--	--	---	--	--	--

Anexos

Anexo 1 – Marco normativo de referencia de la investigación

Ley 18.815: Reglamentación de la Profesión de Enfermería

Promulgación: 30/09/2011

Publicación: 14/10/2011

Registro Nacional de Leyes y Decretos:

Tomó: 1

Semestre: 2

Año: 2011

Página: 871

Reglamentada por: Decreto Nº 354/014 de 04/12/2014.

Artículo 1

(Objeto).- La presente ley tiene por objeto consagrar el marco jurídico que regulará por su orden el ejercicio de la profesión universitaria de enfermería y la actividad del personal que se desempeña como auxiliar de enfermería en la República Oriental del Uruguay.

Se declara que la enfermería es una disciplina científica, encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano en su actividad de adaptación, desarrollada para mantener equilibrio con el medio, frente a alteraciones bío-psico-sociales; enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria, terciaria y otros. A través de todas sus acciones la enfermería observa, garantiza y aboga por el respeto a la dignidad del ser humano, reconociendo el derecho de todo habitante a recibir servicios de enfermería de calidad y cantidad suficientes.

Artículo 2

(De la profesión universitaria de enfermería).-Componen esta profesión todos los recursos humanos de salud egresados de las instituciones de formación universitaria

públicas y privadas, habilitadas por la autoridad pública competente, que ejerzan funciones de enfermería en todo el territorio nacional luego de su inscripción y habilitación en el Ministerio de Salud Pública, según lo establecido por la normativa vigente en la materia.

Artículo 3

(De los requisitos para ejercer como licenciado en enfermería).- Para el ejercicio de la profesión universitaria de enfermería en el territorio nacional se requerirá obligatoriamente título habilitante de licenciado en enfermería expedido o revalidado según lo preceptuado por la normativa vigente en la materia.

Para el acceso a niveles superiores de conducción de los servicios o de atención de salud se requerirá el título de Especialista, de Maestría o de Doctor en Enfermería, expedido o reconocido por institución competente y habilitado según lo establece la ley.

La duración y contenido curricular de los cursos que dicten instituciones públicas y privadas facultadas para expedir el título de licenciado en enfermería, deberán cumplir con las exigencias normativas definidas por las autoridades estatales competentes en relación con las carreras universitarias de grado.

Artículo 4

(De las funciones de los licenciados en enfermería). Al profesional universitario en enfermería le competen, entre otras funciones, las siguientes:

- A). Integrar y participar en los equipos de salud, promoviendo la mejor relación interdisciplinaria, reconociendo y valorando las capacidades y competencias de sus integrantes.
- B). Aplicar en lo que corresponda el proceso de atención de enfermería en el primer, segundo y tercer nivel de atención.
- C). Participar con enfoque preventivo en el cuidado y educación en salud de familias y comunidades, así como directamente en el proceso de atención de salud de los individuos en todo su ciclo vital.
- D). Formular diagnósticos, efectuar tratamientos de enfermería, así como evaluar sus resultados.
- E). Realizar investigación enfocada en los problemas sanitarios que afectan a la

población usuaria y al desarrollo de la disciplina en sus diferentes áreas de especialización.

- F). Participar en la administración de centros de atención a la salud y administrar centros docentes de formación y servicios asistenciales de enfermería en instituciones públicas y privadas.
- G). Ejercer la dirección de divisiones y departamentos de enfermería en instituciones públicas y privadas, de acuerdo con la normativa vigente en la materia.
- H). Integrar tribunales de evaluación de la capacidad profesional de enfermería en concursos, pruebas de ingreso, promoción y otros.
- I). Participar en la realización de auditorías y consultorías vinculadas a su especialidad.
- J). Integrar los comités de control de infecciones y de bioética, así como otros espacios de relevancia institucional.

Artículo 5

(Acreditación).- Los licenciados en enfermería deberán acreditar periódicamente su actualización científica y su idoneidad profesional, lo cual será tenido en cuenta prioritariamente en su carrera profesional. Los certificados que se expidan sobre actualización científica e idoneidad profesional estarán sujetos a los requisitos establecidos por las instituciones referidas en los artículos 2° y 3° de la presente ley.

Artículo 6

(De los auxiliares de enfermería. Habilitación y marco de actuación).- Para que los auxiliares de enfermería puedan desempeñar su actividad deberán contar con título o diploma expedido por institución competente reconocida por el Ministerio de Educación y Cultura y habilitación del Ministerio de Salud Pública, debiendo en todos los casos actuar bajo la supervisión de licenciados en enfermería.

Artículo 7

(De las funciones de los auxiliares de enfermería).-Compete a los auxiliares de enfermería:

- A). Ejecutar bajo supervisión las actividades del proceso de atención de enfermería que le fueren delegadas.

B). Colaborar con los equipos de enfermería en la ejecución de programas de educación y en proyectos de investigación.

Artículo 8

Sin perjuicio de la aplicación de las normas legales nacionales pertinentes, las condiciones laborales del personal de enfermería en lo relativo al ambiente laboral, remuneraciones, aspectos de la tarea y de la organización institucional, tendrán presente lo estipulado en el Convenio N° 149 (Recomendación N° 157) de la Organización Internacional del Trabajo, ratificado por la República Oriental del Uruguay por el Decreto-Ley N° 14.906, de 2 de julio de 1979.

JOSÉ MUJICA - RICARDO EHRLICH - EDUARDO BRENTA - LEONEL BRIOZZO

Decreto N°219/009

Promulgación: 11/05/2009

Publicación: 20/05/2009

Registro Nacional de Leyes y Decretos:

Tomo: 1

Semestre: 1

Año: 2009

Página: 1172

VISTO: la necesidad de reglamentar la prestación de servicios de los profesionales Licenciados en Enfermería en las instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de salud;

RESULTANDO: I) que a nivel mundial existe una tendencia a un importante desarrollo de la enfermería profesional, buscando con ello elevar la calidad asistencial en los distintos niveles de atención, así como optimizar los recursos humanos asegurando una asistencia segura, oportuna, continua y humana;

II) que nuestro país no es ajeno a esta realidad, en tanto la Reforma del Sistema Integrado de Salud busca mejorar la calidad asistencial tanto en el ámbito público como

privado, optimizando todos los recursos y en particular los recursos humanos en salud;

III) que esta mejora debe concretarse en los distintos niveles de atención y en particular en el primer nivel de la misma;

CONSIDERANDO: I) que el presente decreto tiene como finalidad consolidar la construcción del cambio de nuevo modelo de atención sanitaria consagrado en la ley N° 18.211 del 5 de diciembre de 2007;

II) que partiendo de la base que los recursos humanos son uno de los pilares fundamentales de dicha transformación, surge la necesidad de consagrar que toda institución prestadora de servicios de salud tenga entre sus recursos humanos Licenciados en Enfermería, así como que la organización de los servicios de enfermería se realice en forma departamentalizada y con Jefaturas de los servicios a cargo de dichos profesionales;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto y a lo dispuesto por las leyes Nos. 9.202 de 12 de enero de 1934 y 18.211 del 5 de diciembre de 2007;

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DECRETA:

Artículo 1

Toda institución pública o privada prestadora de servicios de salud, que tenga personal de enfermería a cargo, deberá contar en sus servicios con profesionales Licenciados en Enfermería.

Artículo 2

Las mencionadas instituciones deberán organizar estos servicios a través de Departamentos de Enfermería.

Artículo 3

A los efectos del presente decreto, se considera el Departamento de Enfermería como la Unidad Técnico -Administrativa que opera como componente del equipo de atención del paciente, realizando acciones asistenciales de enfermería, promoción, prevención, educación, investigación, recuperación de la salud y rehabilitación del individuo, acorde con la política de las instituciones y en lo enmarcado en el Sistema Nacional de Salud consagrado en nuestra normativa vigente.

Artículo 4

Los Departamentos de Enfermería estarán a cargo de Jefaturas, siendo condición para desempeñar las mismas, poseer título habilitante en Licenciatura en Enfermería otorgado por la Universidad de la República o su similar autorizados por las autoridades competentes, título de Especialista en Administración de Servicios de Salud o testimonio documental que acredite su idoneidad profesional en dicha área, priorizando en esto último el título de Especialista mencionado.

Artículo 5

Las Jefaturas del Departamento de Enfermería tendrán las funciones de planificar, organizar, dirigir, evaluar y controlar las actividades del Departamento de Enfermería, garantizando la prestación del servicio asistencial de acuerdo con las políticas de las instituciones prestadoras de los servicios, así como la capacitación de sus recursos humanos.

Artículo 6

Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes, en las instituciones públicas en que por el tipo de servicio que se brinda o por la necesidad de recursos humanos necesarios para la prestación de los mismos, el personal de enfermería que allí se desempeñe no tenga formación profesional, este dependerá directamente del Departamento de Enfermería competente a las inmediaciones geográficas más próximas de los respectivos centros de atención de salud, quien supervisará el cumplimiento de sus actividades.

Artículo 7

Comuníquese, publíquese, etc.

TABARE VAZQUEZ - MARIA JULIA MUÑOZ

Decreto N° 354/014 – Reglamentación de la ley N° 18.815 relativa a la regulación del ejercicio de la profesión universitaria de Enfermería y de auxiliar de Enfermería.

Promulgación: 04/12/2014

Publicación: 10/12/2014

Registro Nacional de Leyes y Decretos:

Tomo: 2

Semestre: 2

Año: 2014

Página: 1078

Reglamentario/a de: Ley N° 18.815 de 30/09/2011.

VISTO: la Ley N° 18.815 de 30 de setiembre de 2011;

RESULTANDO: I) que la misma tiene por objeto consagrar el marco jurídico que regulará por su orden el ejercicio de la profesión universitaria de enfermería y la actividad del personal que se desempeña como auxiliar de enfermería en la República Oriental del Uruguay;

II) que por dicha Ley se declara que la enfermería es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano en su actividad de adaptación, desarrollada para mantener equilibrio con el medio, frente a alteraciones bio-psico-sociales; enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria, terciaria y otros. A través de todas sus acciones la enfermería observa, garantiza y aboga por el respeto a la dignidad del ser humano, reconociendo el derecho de todo habitante a recibir servicios de enfermería de calidad y cantidad suficientes;

CONSIDERANDO: I) que la Comisión Nacional Asesora de Enfermería del Ministerio de Salud Pública ha elaborado una propuesta de reglamentación de la Ley N° 18.815;

II) que la misma es de vital importancia para el equipo de enfermería, con la finalidad

de asegurar la calidad de los cuidados dirigidos a las personas, familias y comunidades, y la mejora continua como un eje del Sistema Nacional Integrado de Salud;

III) que la División Educación y Monitoreo del Personal de Salud, las Direcciones Generales del Sistema Nacional Integrado de Salud y de la Salud, otorgan su aval para proceder a la reglamentación de la Ley N° 18.815;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto y lo establecido en la Ley N° 18.815 de 30 de setiembre de 2011 y en la Ley N° 9.202 de 12 de enero de 1934, Orgánica de Salud Pública;

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DECRETA:

DISPOSICION GENERAL

Artículo 1

El ejercicio de enfermería, en sus dos niveles profesional y auxiliar, queda sujeto a la Ley N° 18.815, promulgada el 30 de setiembre de 2011, a los Tratados, Decretos, Convenios y Acuerdos Nacionales e Internacionales suscritos, aprobados y ratificados por la República Oriental del Uruguay sobre la materia, así como a la presente reglamentación.

EJERCICIO PROFESIONAL

Artículo 2

El ejercicio libre y autónomo de la enfermería, queda reservado al nivel profesional que ejercen los licenciados en enfermería, pudiendo desarrollarse en: consultorios, domicilio de las personas, en Instituciones Públicas o Privadas de Salud, del Sector Educativo, Centros Laborales y Deportivos y de cualquier otro donde se requiera el desempeño de sus competencias.

Estos profesionales, egresados de instituciones de formación universitaria, estarán habilitados por la autoridad pública competente, luego de su inscripción en el Ministerio

de Salud Pública según lo establece la normativa vigente.

Toda institución, pública o privada, prestadora de asistencia sanitaria, sin excepción alguna, debe contar en todos sus servicios con la dotación de licenciados en enfermería que garanticen la calidad de los cuidados de enfermería, de acuerdo a la normativa vigente.

REQUISITOS PARA EL EJERCICIO DE LA ENFERMERIA

Artículo 3

A) Podrán ejercer en todo el territorio nacional las personas licenciadas en enfermería egresados de instituciones de formación universitaria, nacionales o extranjeras, con título habilitante expedido o revalidado por los organismos competentes en la materia.

Para el acceso a niveles superiores de conducción de los servicios o de atención de salud o de formación superior en enfermería, se requerirá el título de Especialista, de Maestría o de Doctorado, expedido o reconocido por institución competente y habilitado según lo establece la ley.

B) La duración y contenido curricular de los cursos que dicten instituciones públicas o privadas, facultadas para expedir el título de licenciado o licenciada en enfermería, deberán cumplir con las exigencias normativas definidas por las autoridades estatales competentes en relación con las carreras universitarias de grado.

C) Podrán ejercer en todo el territorio nacional los auxiliares de enfermería egresados de Facultades de Enfermería, Escuelas Nacionales o extranjeras, con habilitación expedida o revalidada por las autoridades competentes en la materia.

COMPETENCIAS DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA

Artículo 4

Son competencias específicas del nivel profesional de enfermería, las siguientes:

A) Velar por la defensa de la vida, la salud y los derechos socio-sanitarios de individuos, familias y grupos poblacionales.

B) Realizar la gestión del cuidado de enfermería de las personas, familias y comunidades, a lo largo del ciclo vital, desde sus comienzos en la gestación de la vida hasta morir. Entendiendo por gestión del cuidado de enfermería la planificación, organización, ejecución o dirección y control de los cuidados, delegando acciones en el

personal a su cargo.

C) Bregar por que los usuarios, familias y grupos de población reciban seguro adecuado, oportuno, eficaz respetuoso y considerado tratamiento, atendiendo al derecho del usuario de tomar sus propias decisiones.

D) Establecer y desarrollar políticas y modelos de cuidados de enfermería en concordancia con el avance de la disciplina enfermera, el código deontológico de enfermería y las normas vigentes del Ministerio de Salud Pública.

E) Definir y aplicar criterios y estándares de calidad en la dimensión ética, humana, científica y tecnológica del ejercicio de la enfermería.

F) Promover las transformaciones necesarias para elevar el nivel de calidad del cuidado de enfermería.

G) Integrar y participar activamente en los equipos de salud, promoviendo relaciones interdisciplinarias de cooperación y mancomunando esfuerzos para resolver los problemas socio-sanitarios de la población.

H) Generar climas de trabajo libres de violencia y protectores de la salud de su equipo y de la población destinataria de sus cuidados.

I) Participar en la gestión de centros de atención a la salud y administrar centros docentes de formación y servicios asistenciales de enfermería en instituciones públicas y privadas.

J) Integrar tribunales de evaluación de la capacidad profesional de enfermería en concursos, pruebas de ingreso, promoción entre otros.

K) Participar en tribunales de evaluación de competencias de otros integrantes del equipo de salud y otros técnicos vinculados al sector salud cuando sea convocada.

L) Participar en la realización de auditorías y consultorías vinculadas a su especialidad.

M) Integrar los comités de control de infecciones, bioética, seguridad del paciente, investigación, salud laboral, calidad de infraestructura institucional, así como otros espacios de relevancia que surjan de acuerdo al avance de la disciplina de enfermería y del ámbito socio sanitario.

N) Participar en la gestión de organismos competentes del Ministerio de Salud Pública y otras Secretarías de Estado, Intendencias, Banco de Previsión Social, Banco de Seguros

del Estado y cualquier otra dependencia del Estado, relacionado con la formación y gestión del recurso humano de enfermería o de otro personal a su cargo.

Ñ) Ejercer la Dirección de Divisiones, Departamentos de Enfermería o cualquier unidad organizacional en instituciones públicas o privadas, de acuerdo con la normativa vigente en la materia, (Decreto 590/2008).

O) Gestionar el personal de Enfermería de cualquier nivel de formación.

P) Dirigir los servicios asumiendo la dependencia jerárquica de la Dirección del Departamento de Enfermería institucional.

Q) Dirigir la educación formal y formación del recurso humano de Enfermería y de toda persona que brinde cuidados en sus diferentes niveles y etapas de la vida.

R) Realizar la capacitación y perfeccionamiento propio y del personal a su cargo en base a un plan de desarrollo.

S) Aplicar el proceso de enfermería (PE) en los diferentes niveles de atención, delegando las intervenciones que correspondan a los auxiliares de enfermería.

T) Documentar, mediante registros el proceso de enfermería, así como informes de planes y programas desarrollados en todos los niveles de atención.

U) Realizar cuidados de enfermería directos a las personas en áreas públicas o privadas de internación, centros de salud, policlínicas o puestos de salud rural, domicilio, centros de atención a niños, adultos mayores, centros de rehabilitación, centros de educación y laborales, centros de privación de libertad, o cualquier ámbito donde se requiere la atención de enfermería.

V) Realizar técnicas invasivas derivadas de la indicación médica o del proceso de enfermería.

W) Administrar el tratamiento medicamentoso y de cualquier otro fluido por las vías que correspondan, según prescripción médica.

X) Establecer y ejecutar un plan de mantenimiento de catéteres especiales de acceso venoso permanente y similares.

Y) Realizar la curación de heridas, drenajes y similares, producto de la indicación médica o del proceso de enfermería.

Z) Realizar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

vinculadas con las mejoras de las condiciones de vida de la población.

AA) Diseñar, proponer y ejecutar programas de educación para la salud en todos los ámbitos de su accionar.

AB) Desarrollar programas de higiene y seguridad en el trabajo, en la prevención de accidentes laborales, enfermedades profesionales y laborales, integrando los servicios de apoyo terapéutico individual y colectivo para el personal de enfermería.

AC) Realizar investigación enfocada en los problemas socio-sanitarios que afectan a la población usuaria y al desarrollo de la disciplina en sus diferentes áreas de especialización, contribuyendo a las mejoras en la salud de la población y a la generación del conocimiento enfermero.

AD) Diseñar y participar en actividades relacionadas al control de infecciones e inmunizaciones.

AE) Realizar asesorías en el área de las políticas públicas sanitarias, sociales, ambientales y laborales y en servicios de atención a la salud destinados a cuidados de la salud en todas las etapas del ciclo vital.

AF) Realizar acciones tendientes a la detección y tratamiento precoz de la violencia en cualquiera de sus formas y ámbitos.

AG) Gestionar programas de rehabilitación y reinserción social de las personas destinatarias de los servicios.

AH) Promover la adhesión a tratamientos para el mantenimiento y recuperación de la salud de las personas y familias y comunidades.

AI) Asesorar en el diseño de planes arquitectónicos, así como en reformas de las instituciones sanitarias u otros lugares destinados al cuidado de la salud.

AJ) Integrar redes nacionales e internacionales de enfermería para colaborar con el logro de la Cobertura Universal de Salud.

AK) Implementar la consulta de enfermería en las diferentes instituciones donde esta se desarrolle.

AL) Desarrollar acciones terapéuticas en el contexto del vínculo con el paciente y su familia.

AM) Registrar en la historia clínica la historia de enfermería con la valoración,

diagnóstico o detección de problemas, planificación, ejecución y evaluación de los cuidados.

AN) Administrar y ejecutar los cuidados domiciliarios al paciente y su familia según el nivel de dependencia y capacidad de emancipación.

AÑ) Bregar por el cumplimiento de los derechos de los usuarios.

AO) Diseñar, elaborar, ejecutar y evaluar protocolos y guías de cuidados de enfermería en todas las áreas de acción de la profesión.

AP) Diseñar, elaborar, ejecutar y evaluar mecanismos de referencia y contra referencia del paciente en relación a los cuidados de enfermería.

AQ) Integrar los equipos de coordinación de las diferentes áreas institucionales relacionadas a la atención del paciente.

AR) Participar en la selección de los recursos materiales necesarios para al proceso asistencial.

AS) Asegurar los cuidados de enfermería relacionados al procedimiento anestésico en el pre, intra y post operatorio, terapia del dolor, electroconvulsivoterapia y otros tratamientos.

AT) Mantener el stock y buen funcionamiento de equipos, materiales y medicación necesaria para la atención del paciente.

AU) Reconocer y respetar la diversidad de costumbres, etnias, creencias e ideas de las personas.

AW) Asegurar la confidencialidad y seguridad de la información obtenida de su práctica profesional.

AX) Analizar las diferentes situaciones del proceso de salud enfermedad para saber derivar a los profesionales que corresponda según el caso.

AY) Gestionar y supervisar los traslados por cualquier medio (terrestre, marítima o aéreo) ya sea intra o extra institucional preservando la seguridad del paciente y del personal a su cargo.

AZ) Bregar en todo momento por la seguridad del paciente, proponiendo programas tendientes a generar una cultura de seguridad.

COMPETENCIAS Y OBLIGACIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA

Artículo 5

- A) En todas las situaciones del proceso de salud - enfermedad y en todos los niveles de atención, el Auxiliar de Enfermería debe actuar bajo la supervisión del Licenciado en Enfermería.
- B) Realizar las actividades asistenciales delegadas por el Licenciado en Enfermería.
- C) Colaborar en el proceso de atención en la salud y enfermedad al individuo, familia y comunidad en las diferentes etapas del ciclo vital en el primer, segundo y tercer nivel.
- D) Contribuir a mejorar las condiciones del medio ambiente laboral para el usuario y para su propio trabajo.
- E) Colaborar en la ejecución de proyectos y programas de educación e investigación con el equipo de enfermería.
- F) Participar de las reuniones de trabajo de los equipos de enfermería y de salud en general.
- G) Participar en los programas de capacitación y perfeccionamiento en el área en que se desempeña.
- H) Participar en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- I) Registrar todas las acciones realizadas.

ACREDITACION

Artículo 6

Los licenciados en enfermería deberán acreditar periódicamente su actualización científica y su idoneidad profesional, lo cual será tenido en cuenta prioritariamente en su carrera profesional.

CONDICIONES LABORALES PARA EL EJERCICIO DE ENFERMERIA

Artículo 7

- A) Los servicios de salud deberán garantizar la calidad de los cuidados de enfermería a la población asistida y la salud del trabajador.
- B) Se cumplirán los estándares de dotación de personal profesional y auxiliar, definidos por número, nivel de dependencia y complejidad de usuarios en el ámbito intra y extra

hospitalario de manera de asegurar cuidados de calidad técnica, científica y humana, teniendo en cuenta las normas y recomendaciones aprobadas por el Ministerio de Salud Pública. Para ello dicha Secretaría de Estado tendrá en cuenta el asesoramiento de la Comisión Nacional Asesora de Enfermería.

C) Se deberá notificar oportunamente las carencias de recursos, tanto materiales como humanos, que arriesguen la calidad del cuidado al usuario, así como la salud del trabajador.

D) Se deberá velar por las normas que se establezcan en lo relativo a condiciones laborales del personal de enfermería en lo concerniente a ambiente laboral, remuneraciones, aspectos de la tarea y de la organización institucional, teniéndose presente lo estipulado en el Convenio N° 149 (Recomendación N° 157) de la Organización Internacional del Trabajo, ratificado por la República Oriental del Uruguay por el Decreto-Ley N° 14.906 de 2 de julio de 1979, los Decretos de habilitación de servicios de salud existentes a la fecha y los que pudieran surgir de la autoridad competente.

DERECHOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

Artículo 8

A) Recibir un trato digno, justo y respetuoso.

B) Acceder a oportunidades de progreso profesional incluidas en un plan de desarrollo institucional.

C) Denunciar hechos que pudiesen tener carácter delictivo, accidentes de trabajo, enfermedades, o cualquier circunstancia que pudiera comprometer la salud de los usuarios y/o del trabajador.

D) Denunciar situaciones de acoso laboral del y hacia el trabajador (sexual, moral, psicofísico o de otro tipo) ante las autoridades correspondientes.

E) Hacer uso de la objeción de conciencia cuando las directivas institucionales permitan procedimientos que puedan vulnerar el respeto a la vida, la dignidad y los derechos de los usuarios.

OBLIGACIONES DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA

Artículo 9

- A) Cumplir y bregar por los principios establecidos en la presente reglamentación del ejercicio de la enfermería y en el código de ética, ofreciendo un trato digno, justo y respetuoso.
- B) Buscar la calidad en la atención en salud a las personas, familias y grupos poblacionales sin distinción de clase social, ideología, etnia, género, edad, valores y creencias, o lugar de procedencia.
- C) Planificar, organizar, dirigir y evaluar la prestación de los servicios de enfermería de todo el personal que intervenga en su implementación.
- D) Exigir la prescripción correspondiente en forma escrita, legible y actualizada en lo relativo a administración de medicamentos y procedimientos derivados de la indicación médica. Podrá administrar aquellos para los cuales está autorizado mediante protocolos establecidos y autorizados por la autoridad competente.
- E) Bregar por la formación continua de todo el personal de enfermería así como la investigación como sustento indispensable para brindar cuidados científicos actualizados y validados.
- F) Mantener la confidencialidad a la información que le haya sido confiada así como respetar la intimidad y privacidad de los usuarios, familias o grupos sociales.
- G) Respetar el derecho del usuario a tomar sus propias decisiones.

Artículo 10

Comuníquese, publíquese.

DANILO ASTORI - SUSANA MUÑIZ - RICARDO EHRLICH - JOSE BAYARDI