

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

ESCUELA DE POSGRADO



**GESTIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO EN LA ESTRATEGIA
SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS,
CLAS SAN PEDRO – LAMBAYEQUE 2012**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN ENFERMERÍA**

AUTORA

MARIA ELENA HERNANDEZ GUTIERREZ

ASESORA

Dra. SOFIA LAVADO HUARCAYA

Chiclayo, 2013

DEDICATORIA

A una persona muy especial, que con su sabiduría, humildad, perseverancia y nobleza; se convirtió en el motor para sacar esta tesis adelante, cuando me sentía desfallecer por los momentos difíciles que me tocó pasar, gracias por estar siempre ahí, por tenderme su mano amiga y brindarme su apoyo incondicional, me refiero a la gran maestra de maestras, mi querida asesora **Dra. Sofía Lavado Huarcaya**, quien con su carisma y su gran profesionalismo, ha compartido sus conocimientos, lo que me ha permitido culminar con éxito esta investigación.

La autora

AGRADECIMIENTO

A **Dios**, por darme la vida y la oportunidad para seguir adelante, por nunca abandonarme en este difícil camino y darme las fuerzas necesarias para lograr mis metas.

A mi esposo César y a mi hijo Erick, por su amor, apoyo y comprensión; a mis padres Genaro y Juana quienes confiaron en mí, por sus enseñanzas y por todo lo que me dieron y me siguen dando en esta vida, su gran amor; a mis hermanos Walter, César, Esperanza, Maritza y Adela, por su constante apoyo y motivación.

A los miembros de jurado de tesis, Mgtr. Mirtha Alvarado Tenorio y Dra. Miriam Saavedra Covarrubia, por su dedicación en la revisión y por las sugerencias brindadas, las cuales han sido un valioso aporte para este informe.

A la primera persona que conocí en la USAT, a quien admiro mucho por su jovialidad, sabiduría, perseverancia y por su constante estímulo a la plana docente, me refiero a la Dra. Mirtha Cervera Vallejos, quien siempre nos dice “*La investigación es directamente proporcional al tiempo y al esfuerzo*”.

A los docentes que a lo largo de esta maestría nos compartieron sus conocimientos, a mis compañeros de estudios de la Maestría II edición, a nuestra coordinadora, Dra. Rosa Díaz Manchay; a mis colegas y a todas las personas que participaron voluntariamente en esta investigación y permitieron llevarla a cabo.

RESUMEN

El presente trabajo sigue la estructura de una investigación cualitativa, con abordaje estudio de caso; buscó identificar, analizar y discutir la Gestión del Cuidado Enfermero en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (E.S.N.P.C.T). CLAS San Pedro – Lambayeque 2012. El objeto de estudio fue la Gestión del Cuidado Enfermero, y se sustentó en los aportes conceptuales de Waldow (2006), Kérouac (2002), pero también se tomó como referente los apuntes teóricos de Gestión del Cuidado en Salud, de Oliveira (2011). El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario sociodemográfico de caracterización de los sujetos y la entrevista semiestructurada aplicada a seis profesionales de enfermería, de los cuales, dos son coordinadores de la estrategia y cuatro enfermeras asistenciales. Asimismo, se consideró a cuatro personas que tenían no menos de cinco meses recibiendo tratamiento antituberculoso. Los datos obtenidos fueron tratados con el análisis del método de asociación de contenidos, de Porto *et al* (2003), surgiendo dos categorías: “La singularidad de las dimensiones: individual, profesional y organizacional de la gestión del cuidado” y “La enfermera como líder en la gestión del cuidado a la persona con tuberculosis”. En esta investigación se tuvo en cuenta los principios de la bioética personalista de E. Sgreccia, 1996 y el rigor científico de Guba y Lincoln, 1981. Se concluye que la gestión del cuidado en la E.S.N.P.C.T. del CLAS San Pedro tiene un enfoque tradicional y que la dimensión del cuidado individual, familiar y profesional está influenciado por el ambiente físico y social (preconceptos y estereotipos) que generan actitudes negativas de los profesionales frente al cuidado de la persona con tuberculosis.

Palabras Clave: gestión de cuidado enfermero, estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis.

ABSTRACT

The present work follows the structure of a qualitative research, with a case study approach; sought to identify, analyze and discuss Nursing Care Management in the Health Strategy for Prevention and Control of Tuberculosis (E.S.N.P.C.T). CLAS San Pedro - Lambayeque 2012. The object of study was the Management of Nursing Care, and was based on the conceptual contributions of Waldow (2006), K  rouac (2002), but also took as a reference the theoretical notes of Care Management in Salud, de Oliveira (2011). The data collection instrument was a sociodemographic questionnaire for the characterization of the subjects and the semi-structured interview applied to six nursing professionals, of whom two were strategy coordinators and four nurses. Likewise, four people were considered who had not less than five months receiving antituberculous treatment. The data obtained were treated with the analysis of the content association method, from Porto *et al* (2003), emerging two categories: "The singularity of the dimensions: individual, professional and organizational management of care" and "The nurse as leader in the management of care for the person with tuberculosis". This research took into account the principles of the personalist bioethics of E. Sgreccia, 1996 and the scientific rigor of Guba and Lincoln, 1981. It is concluded that care management in the E.S.N.P.C.T. of the CLAS San Pedro has a traditional approach and that the dimension of individual, family and professional care is influenced by the physical and social environment (preconceptions and stereotypes) that generate negative attitudes of the professionals facing the care of the person with tuberculosis.

Keywords: nursing care management, health strategy of prevention and control of tuberculosis.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I	17
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	17
1.- ANTECEDENTES	17
2.- BASE TEÓRICA CONCEPTUAL	20
CAPÍTULO II.....	41
MARCO METODOLÓGICO.....	41
1.- Diseño de investigación	41
2.- Abordaje metodológico	42
3.- SUJETOS DE LA INVESTIGACIÓN	46
4.- ESCENARIO	48
5.- INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50
6.- PROCEDIMIENTO.....	51
7.- ANÁLISIS DE DATOS.....	51
8.-CRITERIOS ÉTICOS/BIOÉTICOS.....	54
9.- CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO	55
CAPÍTULO III	57
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	57
CONSIDERACIONES FINALES	76
RECOMENDACIONES.....	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXOS	84

INTRODUCCIÓN

Con el transcurrir del tiempo, la Enfermería se ha ido desarrollando como profesión, teniendo siempre como esencia: el cuidado. Este ha sido brindado, según los historiadores, desde el inicio de la humanidad, pues siempre han existido personas con salud deteriorada, a quienes había que cuidar. Es así que la Enfermería es considerada la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones.

Cuidar es un concepto incorporado en la naturaleza del ser humano como necesidad básica. Es mantener la salud y, por ello, es un concepto incorporado a la vida cotidiana de las personas: cuida la mujer, la madre, los familiares y allegados, cubriendo las necesidades y requerimientos del mantenimiento de la vida y la salud. De esta manera, el cuidado enfermero se orienta en los distintos ámbitos de la vida. El lenguaje del cuidado enfermero como significación profesional nos lleva a delimitar esta acción cotidiana de la vida humana en relación con los requerimientos del cuidado que tiene la persona y su entorno, cuando no tiene conocimiento, voluntad o capacidad por sí misma para mantener su salud en el contexto de la vida productiva y social.

La enfermera profesional cuida cuando enseña, ayuda o suple los cuidados de la persona y su entorno; cuando los cuidados requieren la dependencia del sistema de salud por su complejidad técnica o de especialización profesional. Así, los ámbitos del cuidado enfermero habrán de estar en todas las situaciones de vida y salud de las personas y en todos los contextos del desarrollo humano en donde el cuidado de la salud es de uno mismo y de las personas dependientes que requieren ayuda profesional.

Al considerar el cuidado como un elemento necesario y único se supone que hay una consistencia entre conocimientos, creencias y valores que lo sustentan. Eso está demostrado por medio de la práctica del ejercicio de cuidado que se refleja en los comportamientos y las acciones de cuidar. Esa consistencia es necesaria en todos los niveles, tanto en la relación entre cuidadores y personas cuidadas, así también entre colegas y demás integrantes del equipo de salud.

En nuestra realidad, los profesionales de enfermería constituyen el recurso humano más numeroso en los diferentes escenarios relacionados con el cuidado de la salud, desde los hospitales de más alta complejidad hasta los de primer nivel de atención como son los centros y puestos de salud de zonas urbanas o rurales; su labor no se limita a las instituciones de salud, sino que también la ejercen en la comunidad (viviendas, familias, escuelas, centros laborales) y esto por la formación académica, que les ha permitido lograr gran diversidad de competencias en el cumplimiento de sus funciones. “Las enfermeras educamos, dirigimos, asesoramos, investigamos, pero ante todo cuidamos la salud y el bienestar de las personas”¹

Sin embargo y más allá de la diversidad y del cambio que enfrentamos las enfermeras en la atención a la salud y en la práctica profesional de la enfermería, los cuidados son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor de nuestro quehacer y, por lo tanto, nuestro foco de atención y objeto de estudio de la enfermería como disciplina profesional.

Es desde este punto de vista que el cuidado se convierte en la esencia de la enfermería con el fin de brindar al paciente el bienestar que necesita a través de la interrelación que se establezca con él y su familia. Para que este servicio sea de calidad la enfermera debe tener en cuenta su preparación, sus conocimientos, no solamente desde el punto de vista científico sino también desde las diversas dimensiones humanas: costumbres, cultura, creencias religiosas, las cuales en un momento determinado enmarcarán el cuidado que el hombre requiera. Por esta razón, el estudio y la investigación que deben acompañar no solo a la enfermera, sino a todo el personal que conforma su equipo de trabajo, proporcionan herramientas que la conducen al conocimiento científico, moral y humano para ofrecer un cuidado dirigido no solo al aspecto físico, sino también al aspecto psicológico, social y espiritual.

El cuidado de enfermería constituye la esencia de la profesión, pero con una mirada global se debe considerar como un medio para lograr un fin que es propender a la salud de las personas; es relacional, es un proceso interpersonal y se da en un contexto. Tiene etapas por lo que se le considera un proceso; es intencional, es planificado y es dirigido. Se basa en el respeto a las personas; su carácter es personal ya que implica una interacción profesional y se mueve en un continuo proceso de salud - enfermedad.

La enfermería es una profesión de servicios cuya misión medular es el cuidado a los seres humanos en sus experiencias de salud y enfermedad. Las enfermeras tienen dos funciones básicas: ser prestadoras y gerentes de servicio. En el campo administrativo de la enfermería, su perspectiva se combina con los métodos administrativos para prestar atención al usuario. Esta disciplina ha ingresado a un subcampo de la práctica avanzada en la administración como resultado del fenómeno de unión entre las diferentes disciplinas. Las enfermeras no solo prestan atención directa a pacientes sino que también coordinan e inciden en el ambiente de todas las personas que los atienden.²

Muy ligado al rol gerencial administrativo está la calidad de los cuidados que brinda la enfermera y la gestión de estos, ya que ella lidera diferentes “procesos” donde se deben establecer procedimientos, pautas, normas, reglamentos, manuales, protocolos o disposiciones generales y particulares que permitan al equipo de salud obtener el éxito en relación al cuidado del usuario interno y externo.³

Desde el punto de vista de la práctica profesional, la enfermería se define por su función; diagnosticar y tratar las respuestas humanas que se produce a consecuencia de procesos vitales o problemas de salud.⁴

Por lo tanto, Enfermería es calificada como profesión porque posee características intelectuales, elementos prácticos, elementos de servicio a la sociedad y autonomía para desarrollar las tareas. Dentro de la gama de habilidades y conocimientos que utiliza una profesión, la interacción con otras disciplinas, el ejercicio del liderazgo, la administración de recursos, propician condiciones para tomar responsabilidades en la gestión del cuidado, tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario. En particular, cabe resaltar la necesidad de transformar la administración tradicional de recursos por una actividad estratégica denominada: *gestión del cuidado*.

La gestión del cuidado implica conjugar una serie de elementos para asegurar la calidad y continuidad de la atención de las personas y sus familias durante sus transiciones vitales, forma parte de la preparación profesional de enfermería; siendo el cuidado y su gestión la esencia y el campo central, unificado y dominante que la caracteriza.

Colliere (1993) manifiesta que muchas de las acciones de cuidado a menudo son invisibles, ejemplos de estas son las dirigidas a permitir que las personas recobren la esperanza, acompañarlos en momentos críticos de los procesos diagnósticos y terapéuticos. Estos momentos, invisibles para el sistema de salud, marcan la diferencia en la calidad de los cuidados profesionales enfermeros. La calidad en el cuidado de enfermería implica diversos componentes: La naturaleza de los cuidados, razón para proporcionarlos, el objetivo que se propone, la aplicación de conocimientos y la adecuada utilización de la tecnología y recursos humanos necesarios de acuerdo a la capacidad resolutive y a la normatividad legal existente.³

Garantizar la calidad exige a los profesionales de enfermería una reflexión permanente sobre valores, actitudes, aptitudes y normas que orientan la objetivación del bien interno, mediante la implementación de estrategias que privilegien “cuidar con calidad” y comprender sus dimensiones: Ética, interpersonal y de percepción.

Por tanto, la gestión del cuidado: “Constituye un ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales que desarrolla la enfermera para organizar, coordinar y articular los cuidados en los diferentes niveles de atención, asegurando con ello la continuidad y eficacia de los mismos”.³

En la actualidad, la interdependencia y autogestión, la centralidad de los usuarios y la búsqueda del costo-efectividad de los recursos, en los servicios de salud, crean escenarios para que la gestión del cuidado sea el elemento que nuevamente modifique las condiciones en que son atendidos los pacientes y sus familias. Un establecimiento de salud del primer nivel de atención se caracteriza por ofrecer calidad y seguridad a los habitantes de una comuna, constituyéndose así en parte de su identidad local. En este sentido abordar la implementación de la gestión del cuidado en este tipo de servicios de salud, se vuelve una prioridad, por la posibilidad de descongestionamiento.⁵

Las administradoras, coordinadoras, gestoras, en fin todas las personas que ejercen liderazgo tienen como responsabilidad favorecer un ambiente de cuidado, para lo cual se consideran cuatro aspectos: medio ambiente físico, administrativo, social y tecnológico; para que el cuidado realmente ocurra, esos aspectos deben estar presentes.⁵

Generalmente se reconoce que el rol de una gestora consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de atender, con la mejor eficacia posible, los objetivos de la organización. Este rol también se aplica a la enfermera gestora como a todo otro gestor. La gestora guía su actividad a partir de los conocimientos extraídos de las ciencias de la organización, de la gestión, de la economía y de la política. Las teorías y los principios inherentes a estas disciplinas son, pues, necesarios para la práctica administrativa en cuidados enfermeros.¹

Por otro lado, la enfermera gestora tiene valores, actitudes y comportamientos que traducen una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. Meleis y Jennings (1989) sostienen que la gestión de los cuidados se ejerce no solamente en función de las teorías administrativas o prestadas de otras disciplinas, sino igualmente en relación a concepciones propias de la disciplina enfermera, es el cuidado de la persona.⁶

En tal sentido, el cuidado de la salud de la persona incluye un enfoque preventivo promocional, recuperativo y de rehabilitación. En el caso del cuidado a la persona con TBC considera todos estos enfoques. La tuberculosis representa un problema importante de salud pública, fuentes oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que un tercio de la población mundial (2.000 millones de personas aproximadamente) está infectada de esta enfermedad. El 80% (mil seiscientos millones) de los casos reportados están en 22 países que representan la más alta carga en el mundo. La India, China, Indonesia, Sudáfrica y Nigeria ocupan en este orden los cinco primeros puestos en cifras absolutas de casos de tuberculosis (TBC). Las personas infectadas al contagiar a personas sanas hacen que cada año exista más de 8 millones de casos nuevos, los cuales sumados a los que no se curan y a los que recaen de años previos hacen estimar la prevalencia actual de 16 millones de enfermos.

La OPS, en el Reporte Regional 2012 que brinda Global Tuberculosis Control sobre la tuberculosis en Las Américas, indica que en el año 2011 se notificaron 268,400 casos nuevos de TB, 5100 menos que en el año 2010 alrededor de dos tercios (67%) de todos los casos nuevos de TB ocurrieron en América del Sur (subregión andina: 29%; otros países: 38%); 17% en México y Centroamérica; 11% en el Caribe, y 5,1% en América del Norte. Brasil ocupa actualmente el 17°

lugar en todo el mundo y el primer lugar en las Américas en lo que respecta al número total de casos nuevos de TB (83.000). El 60% de todos los casos nuevos de TB que se registraron en la Región de las Américas correspondieron a Brasil, Perú, México y Haití.⁷

La tasa de nuevos casos de TB en dicha región fue de 28 por 100.000 habitantes (rango 26-29). El valor más alto correspondió al Caribe (75) y el más bajo a América del Norte (3,9). A nivel de los países, Haití es el que presenta la mayor tasa de incidencia (222), seguido por Bolivia (131), Guyana (111) y Perú (101). La incidencia ha disminuido constantemente en las Américas desde 1990, y durante varios años en todas las subregiones (y la mayoría de los países), salvo en México y la subregión de Centroamérica, donde alcanzó una meseta en los últimos años, principalmente debido al número constante o ligeramente creciente de casos nuevos de TB en México.⁷

En nuestro país a pesar que en los últimos años hay una tendencia decreciente, esta enfermedad continúa siendo un serio problema de salud, agravada por la presencia de la comorbilidad TB-VIH SIDA, la Tuberculosis Multidrogoresistente (TB-MDR) y la Tuberculosis extremadamente resistente (TB XDR), “constituye la primera causa de muerte por enfermedad infecciosa”.⁸ Así tenemos que la tasa de incidencia por tuberculosis en el Perú en el año 1990 fue de 198 x 100,000 habitantes de los cuales el 58,3% de los pacientes se concentraba en Lima y Callao. En el 2006 disminuyó a 129, en el 2011 a 101 y en el 2012 fue de 96 x 100,000 habitantes. En el año 2011 se notificaron 32,703 casos, habiendo disminuido en el 2012 a 32,145 casos.⁹

Uno de los aspectos más importantes en relación a la tuberculosis es que es una enfermedad 100% curable y prevenible, sin embargo se ha convertido en la infección trasmisible más importante en los seres humanos. Múltiples factores explican esta situación, sobre todo, factores demográficos y socioeconómicos que favorecen las migraciones, la presencia de determinantes sociales y estilos de vida inadecuados, la inadecuada atención por el personal de salud al control de la tuberculosis, la ausencia de un marco legal que garantice el cumplimiento obligatorio de la terapia antimicrobiana, en personas que rechazan cumplir con el tratamiento, carencia de leyes que protejan a los afectados con TB y que promuevan la prevención y control de esta enfermedad.

El impacto económico que causa la tuberculosis en el paciente y su familia es importante, debido al gasto que se genera antes de conocer el diagnóstico y posteriormente, para cumplir con el tratamiento. A esto se suma, el ausentismo laboral, las horas de trabajo perdidas y la disminución de la productividad al no poder trabajar con todo el potencial humano. También para los profesionales de salud, sobre todo, enfermeras, el riesgo de tuberculosis laboral debe ser considerado. Con la expansión de la estrategia DOTS (Directly Observed Treatment Short Course), la enfermera es con frecuencia el primer profesional que hace contacto con personas infectadas, quedando expuesta a desarrollar la enfermedad. El riesgo aumenta cuando existen insuficientes condiciones de protección individual y colectiva, con políticas de trabajo ineficientes, desorganización de los trabajadores de salud y baja calificación técnica del personal de salud.

En el Perú, la mayoría de establecimientos de salud no tienen la infraestructura adecuada, ni adoptan las medidas de control de infecciones necesarias para una atención de calidad, por eso hay gran número de personas y personal de salud contagiado de TB. Entre el 2000 y 2007 se han reportado 602 casos de TB en personal de salud de hospitales del país, y de 1997 al 2007 se han reportado 154 casos de TB MDR en personal de salud.¹⁰

Como se puede observar, nuestro país vive una cruda realidad con el avance de esta enfermedad, por ello, el presente Gobierno, en concordancia con los aliados estratégicos como son la OPS/OMS, organizaciones cooperantes y ONG, ha implementado Planes Regionales y Mundiales; también ha realizado estrategias como Alianza Alto a la Tuberculosis 2006-2015, enfocadas a la disminución de la morbi mortalidad, y junto a otras instituciones financiadoras ha incrementado el presupuesto económico para revertir la incidencia de esta enfermedad.

Estas políticas exigen que el equipo de salud se encuentre preparado para enfrentar adecuadamente este problema, pero sin duda, es el profesional de enfermería quien cumple un rol muy importante en esta misión, pues lidera, dirige al equipo por ser responsable directo de la gestión del cuidado en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis.

La tuberculosis requiere de una atención no solo clínica y farmacológica, esto es no solo una mirada biológica sino más bien un enfoque integral, social y cultural, en donde la responsabilidad

es del equipo de salud pero liderado por el profesional de enfermería y el análisis de las inequidades sociales es un punto importante en esta compleja situación. Queda demostrado, que si bien es cierto el escenario que rodea a las personas con TB es de pobreza y desventaja social, es importante conocer las características de esta situación para que las intervenciones sean acertadas y pertinentes. A pesar del crecimiento económico, la pobreza alcanza a la mayor parte de la población que no se beneficia de los resultados macroeconómicos positivos. Así, en el Perú el 44.5% de la población vive en pobreza y el 16,1% en pobreza extrema.

El profesional de enfermería asume un rol protagónico en la prevención y control de esta enfermedad planteando intervenciones realmente integrales: políticas, económicas y sanitarias desde el nivel local. En los establecimientos de salud del CLAS San Pedro de Lambayeque, son los profesionales de enfermería los que brindan el cuidado a las personas afectadas con esta enfermedad, realizando actividades propias de la Estrategia, pero se ha observado en varias oportunidades que hay cierta incomodidad en algunos profesionales de Enfermería cuando acuden las personas a recibir su tratamiento, todavía existen prejuicios relacionados con la enfermedad, ya que no todos tienen la misma disposición y voluntad, manifiestan cierto rechazo a brindar tratamiento por temor a contagiarse de la enfermedad, lo cual se ha evidenciado por los gestos y por el trato que dan a la persona, o también refieren que “tienen niños pequeños o que están resfriadas y por lo tanto sus defensas están bajas y pueden contraer la enfermedad”.

En la experiencia de la investigadora, no solo en el cuidado directo se ha observado este problema, también en la parte administrativa, pues no todos se interesan en conocer el proceso a seguir cuando ingresa un caso, o cuando se recibe una derivación o transferencia; y en el aspecto gerencial desconocen los indicadores de evaluación, así como las acciones de seguimiento y control. En algunas ocasiones se ha observado que no se cumple con las dos muestras que indica como mínimo la Estrategia; las historias clínicas de las personas afectadas con TB están incompletas, las hojas de consentimiento informado no están firmadas y las tarjetas de tratamiento al igual que los registros de la Estrategia están mal llenadas o falta completar información.

Otro problema en la gestión es que no se realiza capacitación en servicio al personal o actualización de las últimas directivas, no se cumple con las réplicas de capacitación por múltiples

razones, como por ejemplo que el responsable tiene a cargo coordinaciones en otras etapas de vida o estrategias y la atención o la demanda es alta, el tiempo y la disponibilidad del personal del establecimiento también es otro factor o si se da no todo el personal participa por las causas mencionadas.

Esta situación es preocupante considerando que por una persona infectada, hay de 10 a 15 personas potencialmente infectadas. Esta es una de las razones que nos motivó a investigar, y plantearnos las siguientes interrogantes: ¿El personal de enfermería de los EE. SS. mencionados conoce el manejo de la Norma Técnica de la estrategia?; ¿el personal de salud está debidamente capacitado y acreditado para desempeñarse en esta área de trabajo?; ¿el personal de enfermería conoce y realiza actividades de gestión de cuidados relacionados a la atención de la persona con TB y familia y da cumplimiento a las normas de la estrategia?; ¿cuál es el cuidado de enfermería que reciben las personas con Tuberculosis Pulmonar de acuerdo a la modalidad de trabajo del personal de enfermería que los asiste? ¿el personal de enfermería cumple con las funciones de la profesión y busca contrarrestar la estigmatización y discriminación en contra de las personas con TB y a la misma enfermedad?, ¿establece alianzas estratégicas con los medios de comunicación para generar apoyo en la difusión de mensajes claves que fortalezcan la lucha contra la TB?; ¿genera compromisos para un trabajo en equipo y articulado con las organizaciones sociales e instituciones públicas y privadas, con respecto al control y la prevención de la tuberculosis?, ¿el profesional de enfermería conoce los derechos y responsabilidades de las personas afectadas con TB?

Lo mencionado anteriormente nos llevó a formularnos la interrogante de investigación: ¿Cómo es la gestión del cuidado enfermero en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del CLAS San Pedro, de Lambayeque?; el objeto de estudio fue la Gestión de Cuidado Enfermero y tuvo como objetivos: identificar, analizar y discutir la Gestión del Cuidado Enfermero en la Estrategia Sanitaria Prevención y Control de la Tuberculosis del CLAS San Pedro, de Lambayeque 2012.

Este trabajo de investigación se justificó porque permitió conocer a profundidad, un tema muy importante relacionado a la salud pública como es la tuberculosis, una enfermedad social que cada

día afecta a más personas, por lo tanto era necesario investigar los nudos críticos en el primer nivel de atención relacionados a la gestión del cuidado enfermero, en donde el profesional de Enfermería cumple un rol importante y precisamente por ser esta enfermedad un problema complejo que requiere de un abordaje multisectorial, intersectorial e intrasectorial, es la enfermera quien lidera este trabajo conjunto, cuyo único fin es brindar el cuidado con calidad a la persona, familia y comunidad.

La relevancia de este trabajo radica en que es un tema interesante y pertinente a nuestra realidad, que ha sido abordada desde abordándolo desde una perspectiva propia de la ciencia de Enfermería. Esta investigación sirvió para que los profesionales de enfermería tengan o no participación directa en el cuidado de pacientes con esta enfermedad, hagan un análisis sobre si se está cumpliendo con la vocación de servicio; si el cuidado que se brinda es integral y si se cumple con los estándares de calidad. Los resultados de esta investigación han servido de insumo para analizar y evaluar el trabajo del personal de enfermería que trabaja en esta área, y de acuerdo a ello mejorar la gestión de cuidado enfermero y como consecuencia obtener logros satisfactorios en la reducción y control de la morbimortalidad por tuberculosis.

Así mismo, los resultados de esta investigación, constituyen un valioso aporte a las instituciones formadoras de futuros profesionales de enfermería, quienes no solo se preocupen en brindar cuidado directo a la persona o personas afectadas con tuberculosis, sino también enfocando la gestión del cuidado enfermero en todas sus dimensiones, se requiere reflexionar desde la formación para ir cultivando y valorando siempre hacia su transformación para aportar a la gestión del cuidado y enfrentar los nuevos desafíos del siglo XXI.

Es un trabajo relevante para la enfermería considerando que es una investigación inédita, ya que no hay antecedentes que se haya realizado este tema de investigación con el abordaje teórico propuesto.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.- ANTECEDENTES

Teniendo como referencia el objetivo del estudio, la investigadora realizó una profunda investigación de base de datos virtuales, en bibliotecas y hemerotecas, encontrando diversos trabajos relacionados con la temática a seguir, presentaremos los resultados más importantes:

Agramonte A. y Farres R. (2010), en Cuba, realizaron un trabajo de investigación, titulado *“Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de Salud”*, el objetivo planteado fue valorar la influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de salud. Esta valoración, a partir del procedimiento inductivo-deductivo, el análisis y la síntesis, tuvo como eje central la influencia de la gestión del cuidado profesional de enfermería en la calidad y la excelencia de la atención de salud, utilizando para esto los recursos materiales, técnicos, cognitivos y relacionales, necesarios y disponibles para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente, familiares y equipo de Salud. Los investigadores concluyeron que la gestión del cuidado contribuye a la calidad de la atención de salud, siempre que su objetivo esencial sea satisfacer las necesidades de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas, es corresponder conscientemente al compromiso particular ante la sociedad de cuidar a los seres especialmente a los más vulnerables.¹¹

Rojas A. y Pérez S. (2008), realizaron un trabajo de investigación, titulado *“Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado”*, cuyo objetivo fue evaluar la gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, en pacientes ingresados en el Hospital "Amalia Simoni" de Camagüey, de enero a marzo 2008 en Cuba. El universo y muestra estuvo integrado por 187 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. El dato primario fue extraído de las historias clínicas y un cuestionario creado por la dirección nacional de enfermería, ambos resultados fueron llevados a un formulario que incluía las variables: Clasificación de las necesidades básicas según orden de prioridad; tipos de autocuidado; desglose de acciones de autocuidado de mayor intervención; evaluación de las acciones teniendo en cuenta los sistemas básicos de enfermería, según esquema de Orem y evaluación del nivel de satisfacción, lo que permitió conocer que existió marcado predominio en las necesidades fisiológicas en el 100%

de los pacientes, el autocuidado terapéutico en 84 (44,91%), la acción de eliminación en 854 frecuencias, el sistema parcialmente compensador en 1123 frecuencias y el nivel de satisfacción en 180 pacientes (96,25%). Los datos se procesaron en microcomputadora versión 11,5 para Windows, con una probabilidad del 95%. Los investigadores concluyeron que este estudio permitió conocer que tomando en consideración las reflexiones de Oren valoran el interactuar del paciente y la enfermera, aspecto esencial en la función de los profesionales de enfermería, quienes trabajan con el objetivo de satisfacer necesidades a los sujetos de atención.¹²

Montenegro, H. y Almeida, A. realizaron un trabajo de investigación titulado *“Una enfermera diplomada en la lucha contra la tuberculosis en Brasil”*, cuyo propósito fue la reconfiguración del Servicio de Enfermería del Hospital Estatal Santa María, frente a una nueva política contra la tuberculosis en Brasil. Los objetivos planteados fueron describir las circunstancias que permitieron la implantación del nuevo Programa de Acción en la Lucha contra la Tuberculosis en Brasil, y discutir las estrategias utilizadas por las enfermeras diplomadas del Hospital Estatal Santa María, en el Estado de la Guanabara, para adecuar la asistencia de enfermería al nuevo programa de combate a la tuberculosis. Se enfocó este trabajo de investigación en el *método histórico social* y para su elaboración se utilizaron instrumentos como la entrevista. Los investigadores concluyeron que la actuación de la enfermera posibilitó la implantación del nuevo programa, y contribuyó para delimitar el espacio y la importancia de la enfermera diplomada en la asistencia a los estudios de tuberculosis, tanto en los aspectos de prevención como en los de cura.¹³

Cardozo R. (2008), desarrolló un estudio de investigación, titulado *“Indicadores de desempeño del DOTS en el hogar para el control de la tuberculosis en una gran ciudad”*. La finalidad del estudio fue analizar el desempeño de los servicios de salud que brindan tratamientos por observación en domicilio para el control de la tuberculosis. Se estudiaron cuatro Programas de Controle da Tuberculosis identificados como A, B, C y D a partir de los indicadores de *aprovechamiento de recursos; agilidad en el desempeño; supervisión de la administración del medicamento y tiempo utilizado por visita domiciliaria*. Los datos fueron recolectados durante la visita a 47 enfermos. Se observó que el aprovechamiento de recursos fue mayor en el programa “B” (91,3 por ciento); en el programa “A” fue observado mayor agilidad (5,8) y mayor porcentaje de visitas con supervisión en la administración del medicamento (77,4 por ciento); en el programa

“C” fue mayor el tiempo utilizado por visita (14,7 minutos), siendo este menor para el programa “A” (10,4 minutos). La investigadora concluyó que el mayor o menor desempeño expresa numéricamente la forma cómo los recursos están siendo utilizados, así como el alcance de las metas al respecto de la observación durante la ingestión de medicamentos.¹⁴

Espinoza, T. (1999), desarrolló un trabajo de investigación, titulado “*Estudio de los indicadores operacionales - epidemiológicos y características personales y laborales del responsable de enfermería de la estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis DISA III Lima - Norte 1997*”. El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo de corte transversal, se realizó en la DISA III Lima Norte, al personal de enfermería responsable de la Estrategia en sus respectivos establecimientos de salud durante los meses de enero y marzo de 1998. Para la recolección de los datos se aplicó un cuestionario de 13 ítems a 193 responsables, con sus respectivos informes operacionales anuales de 1997, en coordinación con la DISA III Lima Norte. El objetivo planteado fue determinar si existe relación entre las características personales y laborales del personal de enfermería responsable con las coberturas de los indicadores operacionales y epidemiológicos del programa. Al relacionar las características personales y laborales del personal de enfermería responsable con los indicadores operacionales analizados encontramos que el régimen laboral, trabajo adicional, nivel del responsable y capacitaciones recibidas se relacionan en la mayoría de los indicadores operacionales como: S.R. Identificados entre S.R. Esperados; S.R. Examinados B.K(+) entre casos TBC Pulmonar BK (+) ingresados en el PCT; S.R. Examinados entre S.R. Identificados; Contactos Examinados entre Contactos Censados; Quimioprofilaxis en menores de 5 años; favoreciendo estos resultados al personal nombrado con trabajo adicional fuera del establecimiento, a las enfermeras y al responsable capacitados; superando la cobertura de la DISA. La investigadora concluyó que las características laborales mencionadas del personal de enfermería responsable se relacionan con las coberturas alcanzadas de los indicadores operacionales analizados, y que las zonas geográficas se relacionan con los indicadores epidemiológicos.¹⁵

Rodríguez C. (2007) realizó un trabajo de investigación, titulado “*Cotidianidad de vida de las enfermeras que trabajan en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. Chiclayo – 2007*”, el objetivo general planteado fue describir la cotidianidad de vida

de las enfermeras que trabajan en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESN-PCT) y los objetivos específicos fueron identificar la concepción que tiene la enfermera sobre su trabajo en la ESN-PCT e interpretar, discutir y analizar los sentimientos vivenciados por las enfermeras que trabajan en esta estrategia; siendo su objeto de estudio la cotidianidad de vida de las enfermeras. Se enfocó esta investigación con el método historia de vida, sustentado por Denzin (1970), Bertaux (1982) y otros, considerándose las fases de exploración, descripción, de la descripción al análisis, según Galindo (1987) obteniéndose la muestra por el principio de saturación. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista abierta a profundidad, Pólit (1999), que permitió analizar la coherencia entre los pensamientos, la cotidianidad y el verdadero significado del trabajo de la enfermera en la ESN-PCT. Una vez obtenidos los datos se realizó el análisis temático, según Bardin (1977) que permitió rescatar dos categorías: *Concibiendo mi cotidiano como enfermera dentro de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis*, y *Mis sentimientos como enfermera dentro de la ESN-PCT*; durante el desarrollo de esta investigación se tuvo en cuenta las consideraciones éticas pertinentes así como el rigor científico, según Guba y Lincoln (1981).¹⁶

2.- BASE TEÓRICA CONCEPTUAL

Para dar mayor profundidad y comprensión al presente estudio de investigación, fue necesario tomar en cuenta algunos conceptos claves, que sirvieron como base teórica a la investigación, definir y profundizar los términos gestión de cuidado enfermero, estrategia sanitaria de prevención y control de tuberculosis.

Para conceptualizar *Gestión de Cuidado Enfermero*, se tomó en cuenta de forma prioritaria a Waldow (2006), y Kérouac (2002), pero de acuerdo a los hallazgos encontrados y al objeto de investigación fue conveniente considerar a Oliveira Cecilio en lo referente a gestión del cuidado en salud (2011). Para la conceptualización de *Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis*, nos respaldamos en los documentos normativos del Ministerio de Salud, Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La gestión del cuidado y el cuidado conforman una díada que representa el quehacer de la enfermera. La gestión solo será delegable a otra enfermera, mientras que el cuidado podrá ser delegado al personal técnico o bien a otra enfermera. La acción de gestionar consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales, con la intención de cumplir eficazmente los objetivos y metas de la organización. Este término, aplicado a la gestión de enfermería, implica un profesional cuya actividad se centra en habilidades desplegadas en el ámbito de la organización y de la gestión.⁶

La gestión del cuidado es fundamental para el control de la calidad y la productividad de la enfermería, por tal motivo en nuestra práctica profesional es necesario tener claros los conceptos de gestión y cuidado. En primera instancia, la gestión es el conjunto de acciones que se llevan a cabo para lograr un objetivo, meta o propósito, los que son ejecutados por el profesional de enfermería para brindar el cuidado, representa grados variables de eficiencia, eficacia y efectividad susceptibles de ser mejorados mediante la aplicación de técnicas y métodos que garanticen la óptima calidad y en cuyo resultado influye la utilización de recursos.

Ortiz sugiere el uso de tres “estrategias para el desarrollo estructural y operativo de la gestión del cuidado de enfermería en las instituciones hospitalarias de tercer nivel de atención. Plantea como alternativas de ajuste de la gestión del cuidado y las acciones de enfermería, diferentes a la reestructuración administrativa: equipos de mejoramiento continuo, evaluación sistemática, asesoría y apoyo técnico científico con un profesional de enfermería en control interno.¹⁷

Hay autores que consideran que la gestión es algo más que la administración, que es el resultado de una evolución del concepto de administración. Por otra parte, el cuidado es un arte que se aprende y se perfecciona en la práctica del día a día, en la búsqueda de la evidencia. El cuidado es un término que surge desde el inicio de la Enfermería y a lo largo de las décadas ha ido conceptualizándose de manera diferente de acuerdo a la óptica con que se miraba o el paradigma que lo acogía. Sin duda, el desarrollo de este concepto ha permitido que nuestra disciplina Enfermería vaya definiendo mejor su objeto de trabajo.

El cuidar se inicia o se expresa predominantemente de dos formas: como un modo de sobrevivir y como una expresión de interés y cariño. El primer modo se hace notar en todas las especies y sexos: hombres y mujeres, así como las plantas y los animales desarrollan formas de supervivencia que, dada la capacidad de raciocinio del ser humano, mejoran y se sofistican con el tiempo. El segundo modo ocurre entre los humanos, considerando predominantemente su capacidad de usar el lenguaje entre otras formas, para comunicarse con los otros. Al reflexionar sobre el desarrollo humano se percibe con cierta tristeza que los seres humanos alcanzaron un nivel de vida en el cual el bien debería prevalecer sobre el mal, lo que infelizmente no siempre ocurre.¹⁸

La Real Academia de la Lengua Española refiere que el concepto *cuidado* proviene del latín “*cogitātus*”, que significa “pensamiento”; y lo define como “solicitud y atención para hacer bien algo”. La acción de cuidar proviene de “*coidar*”, y este del latín “*cogitāre*”, pensar, que significa “*poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo, asistir, guardar y conservar*”. Los antecedentes del cuidado ya se remontaban a la mitología romana, según Torralba (2000), destacando que el “cuidado” es quien crea al ser humano y lo protege. De esto se deriva que la “acción de cuidar” es, entonces, algo propio de la persona y revela su íntima constitución. En los comienzos de la enfermería profesional, Florence Nightingale, define cuidar como “el arte y la ciencia que exige una formación formal y el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”.¹⁹

Desde el punto de vista semántico, el término “cuidado” tiene múltiples acepciones; para el caso de enfermería se puede asumir como una relación interpersonal que tiene como objeto brindar acompañamiento y contribuir al mejoramiento de la salud y bienestar de las personas o colectivos, ya sean sanos o enfermos; dicha relación se da dentro de un contexto y enmarcado por los valores, creencias, intereses y expectativas de la persona que cuida y el ser cuidado; la primera cumple un papel activo, pues desarrolla acciones acompañadas de comportamientos de cuidar; y el segundo tiene un papel pasivo en función de su situación, puede tornarse dependiente temporalmente y después puede contribuir a su cuidado. La persona que cuida debe tener conocimiento científico, habilidades, pensamiento crítico, intuición, creatividad; acompañadas de comportamientos y actitudes de cuidado en el sentido de promover, mantener, restaurar o recuperar su dignidad y totalidad humanas.²⁰

Cuidar empieza por uno mismo y está íntimamente relacionado con su propia experiencia, con los cuidados y con la cultura en la que se nace y en la que se vive. Cuidar se experimenta desde pequeño con el contacto de la madre o alguien que cuida, se crece en un medio donde se cuida de una cierta manera y también se estudia o se trabaja en un ambiente en el que se pone esmero y se desarrolla el cuidado.²⁰

Mediante el estudio de la Historia se observa que el concepto paradigmático en el que se fundamenta la práctica enfermera es el *cuidado*. Por tanto, su objeto de estudio será cómo aplicar los cuidados de enfermería de la forma más adecuada y eficiente posible.²¹

Por tanto, “cuidar” es un acto de vida que significa una variedad y permite la continuidad y la reproducción; es un acto recíproco que supone dar a toda persona que, temporal o definitivamente, tiene necesidad de ayuda para asumir sus cuidados de vida; por tanto cuidar es una actividad sencilla y habitual en el ser humano, responde a la aspiración esencial de cubrir necesidades fundamentales. El cuidado es la esencia de enfermería, constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor, y existencia, y ayudar a otros a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación.

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

Asimismo, se describen ocho componentes del cuidado que no deben de faltar, pues es necesario que quien brinda los cuidados, los conozca y los aplique para que realmente la persona a su cuidado se sienta satisfecha. Por eso para cuidar de alguien, se deben de conocer muchas cosas, se necesita conocer; por ejemplo, quién es el otro, cuáles son sus capacidades y sus limitaciones, cuáles son sus necesidades y lo que conduce a su crecimiento, por eso es preciso responder a sus necesidades. También no se puede cuidar por hábito, se debe ser capaz de aprender a partir del pasado.²²

Entonces, la paciencia es un componente importante del cuidado; dejar crecer al otro en su propio tiempo, porque la paciencia incluye la tolerancia lo cual esto expresa respeto por el crecimiento del otro. Porque al cuidar del otro se debe ver a este, cómo es él y no cómo debería ser; si se va ayudar al otro a crecer, se debe corresponder a sus necesidades de cambio y además uno debe interiorizar y ver si se es sincero al cuidar: que no lo hace por conveniencia, sino por la sinceridad. Porque el cuidado implica confiar en el crecimiento del otro en su propio tiempo y de su propia manera, se confía en que si yerra, aprenderá de sus errores.

Confiar en el otro es dejarle en libertad, esto incluye un elemento de riesgo y un salto a lo desconocido, porque el hombre que cuida es sinceramente humilde, cuando se dispone a aprender más sobre el otro y sobre sí mismo y, sobre todo, aquello que el cuidado comprende. Una actitud de no tener nada más que aprender es incompatible con el cuidado. La humildad también está presente al tomar conciencia de que el cuidado específico no es de forma alguna privilegiado. Entre este componente existe la esperanza de que el otro crezca a través del cuidado, esto no debe ser confundido con la esperanza irrealizable ni con las expectativas infundadas, tal esperanza es una expresión de plenitud del presente, un presente vivo con una sensación de posibilidades. Por ese confiar en el crecimiento de otro y en la capacidad de cuidar da coraje para lanzarse a lo desconocido, pero también es verdad que sin el coraje de lanzarse a lo desconocido tal confianza sería imposible. Es claro que cuanto mayor sea la sensación de lanzarse a lo desconocido, mayor será el coraje exigido para cuidar. De tal manera, el cuidado está al servicio de la humanidad basada en la observación y experiencia, que consiste en poner a la persona enferma o sana en las

mejores condiciones posibles a fin de que la naturaleza pueda restablecer o perseverar la salud de todas las personas.²²

El cuidado es considerado como una actividad orientada hacia el objetivo de satisfacer necesidades determinadas; una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Entonces brindar cuidados significa ser responsable de proveer o encargarse de individuos que dependen de otros por sus condiciones o estado de salud.⁵

El cuidado es inherente al ser humano, hablar de él implica relacionarlo a una persona que cuida de otra persona, familia o comunidad, caracterizándose por darse a través de un proceso interactivo y contextual. El cuidar significa responder a la necesidad de cuidado (de una persona, objeto, etc.) aquí y ahora e involucra cambios en el sentido evolutivo. El ser que cuida debe estar atento a sus acciones, comportamientos y actitudes, buscando perfeccionarlas y eso, en consecuencia, la mayoría de las veces involucra cambios. Por otro lado, el ser que es cuidado también se transforma en el sentido de crecimiento, evolucionando como ser.⁵

Cabe resaltar, que Waldow buscó la visión histórica de la evolución humana y del cuidado que expresa dos formas, una como modo de sobrevivir, común a todas las especies; y otra como interés, preocupación, la cual ocurre solo entre los humanos, manifestado en su capacidad de usar el lenguaje. El cuidado de enfermería como toda actividad humana tiene una dimensión ética y moral que se fundamenta en principios y valores; analiza las situaciones para decidir lo que está bien, lo correcto, lo justo, lo equitativo, potenciando la libertad, la autonomía, y el respeto a la dignidad humana de la persona que se cuida.¹⁸

Cuidar en enfermería significa un reconocimiento propio de cada persona, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones, además de sus conocimientos requiere su manifestación como persona auténtica, única, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo. La enfermera cuida con actitud de compromiso, en interacción recíproca,

responsablemente, con crecimiento mutuo; con la finalidad de responder al llamado de cuidado de las personas; fomentar la autonomía, dignificar al ser humano y para ello debe tener conocimiento, compromiso, ética, intuición y auto aceptación.¹⁸

Basándonos en los conceptos presentados la investigadora puede conceptualizar el *Cuidado Enfermero* como un conjunto de intervenciones o acciones individualizadas que desarrolla la enfermera en la atención y cuidado que brinda al usuario o cliente, para lo cual aplica sus conocimientos, y asume actitudes, aptitudes y motivaciones basadas en la integralidad, principios, valores, ciertos atributos o virtudes que favorecen la relación interpersonal y dominio del conocimiento técnico-científico, orientado a comprender a la persona en el contexto en el que se desenvuelve, haciendo énfasis en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento oportuno y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad.

El cuidado adicional a la relación persona-persona (cuidado directo) también se desarrolla frente a cualquier actividad administrativa o gerenciamiento y adquiere papel fundamental para el desarrollo de todo el equipo. En ese contexto el cuidado pasa a ser una dimensión importante para la gestión de la enfermera.

Según Morfi Samper (2010), *la gestión del cuidado de enfermería* se define como “la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros e integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución”, por supuesto dentro de un marco ético profesional.²³ En tanto, Kérouac (1996) la define como un “proceso creativo dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que en interacción con su entorno, vive experiencias de salud”.⁶ Meleis (1989) aporta a esa definición por la idea que la gestión de los cuidados enfermeros se ejerce no solamente con los recursos que dan las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería, es el cuidado de la persona, el centro del servicio de enfermería.⁶

Lo anterior permite conocer que al planear y brindar cuidados acorde a las necesidades de la persona se debe generar bienestar, confort por medio de un proceso dinámico de toma de decisiones asertivas para dar respuesta oportuna a la demanda de cuidado. En ese caso el rol de la enfermera gestora consiste, entonces, en apoyar no solo a la persona que vive una experiencia de salud, sino también al personal cuidador comprometido en los procesos de cambio y de cuidados centrados en las experiencias de salud de la persona-cuidada. La gestión de cuidado va dirigida a alcanzar el objetivo que busca la práctica enfermera, a través de la acción del personal cuidador. Esta gestión se ejerce según un proceso heurístico, proceso que recurre a la creatividad, a la exploración y a la transformación.

Cabe señalar que la gestión o atención del cuidado incluye también la creación o elaboración de instrumentos para la recolección de datos de manera sistemática, sobre su experiencia en salud y su entorno (individual, familiar, comunitario). Incluye el análisis reflexivo de los datos y su elaboración junto con la persona y la familia de los objetivos de salud. La enfermera debe realizar el diagnóstico de enfermería que resuma la respuesta de la persona a su experiencia en salud y la causa de esta respuesta. La planificación de las intervenciones requiere de la ciencia y el arte de enfermería, que pueden variar, según la concepción de la disciplina, pero que son generalmente guiadas por los principios inherentes al cuidado.

Por otra parte, aún existe el vacío conceptual de los modelos de gestión del cuidado. Zárate propone estrategias que permitan dar respuesta a las demandas sociales y a mejorar la calidad del sistema de salud. Para esto plantea la importancia de implementar los planes de cuidado relacionados con los diagnósticos y los grupos relacionados, teniendo en cuenta la prevención de riesgos y los estándares de cuidado que puedan ser utilizados a nivel comunitario y hospitalario. De igual forma, plantea la necesidad de una enfermería modular, en donde se establezca el espacio para que la enfermera esté cerca del paciente y participe dentro del proceso de cuidado de una manera interdisciplinaria; en donde actúe como líder del equipo y coordine las acciones de todos los integrantes basándose en las necesidades de los pacientes, así como organizar los recursos del entorno para asegurar el cuidado. Dichas intervenciones se deben centrar en las necesidades de cuidado de las personas, lo cual determinaría la cantidad y calidad del personal que brinde el cuidado.¹

Por tanto, la *Gestión del Cuidado* constituye un conjunto de competencias técnicas e instrumentales encaminadas a dirigir, gestionar y desarrollar la práctica de la enfermera dentro de la estructura de salud de la organización, en las que se demuestra distintos grados de responsabilidad en los profesionales enfermeros directivos o coordinadores o gestores y asistenciales. Para las enfermeras coordinadoras gestionar el cuidado se centra en la organización de los procesos, protocolos, manuales y guías que permitan un direccionamiento acorde a las demandas en el cuidado de los pacientes. Para las enfermeras asistenciales la gestión del cuidado se centra en facilitar los procesos al paciente, a la familia para el cuidado en casa, brindando la educación respectiva. Siendo así, ambos grupos realizan intervenciones desde su nivel de gestión para promover el mantenimiento de la persona.

La *Gestión del Cuidado* fue asumida para esta investigación en referencia a lo que señala Waldow (2006) cuando enfatiza que las enfermeras gestoras, coordinadoras o administradoras tienen la responsabilidad de favorecer un ambiente organizacional, que constituye el “ambiente de cuidado”, para lo cual es conveniente recordar que en relación al medio ambiente, son cuatro aspectos los considerados: *el medio ambiente físico, el administrativo, lo social y lo tecnológico*.⁵ El ambiente físico y el administrativo, son considerados como componentes estructurales; el social se le considera como ambiente afectivo que responde al valor del cuidado y el tecnológico que responde al área de prevención, diagnóstico y tratamiento desde el punto de vista del cuidado.

Por *ambiente físico*, se refiere a la estructura física donde se brinda el cuidado, la cual debe reunir ciertas condiciones que permitan brindar un buen cuidado, es decir, que tenga instalaciones adecuadas, equipos y materiales suficientes que garanticen la calidad del cuidado.

Por su parte el *ambiente administrativo*, se refiere a la dirección de los servicios de salud, a todas sus áreas de servicios y equipos, a las personas que laboran en su institución, las cuales deben estar motivadas y concientizadas para valorar el cuidado. Gestiona la provisión de material y personal suficiente en todos los niveles. Favorece la capacitación y actualización técnico-científica del personal, con su respectiva evaluación. La gestora debe estar atenta a sus necesidades; independientemente de la categoría funcional que tengan, debe brindar los recursos y las facilidades para que logren su bienestar.

Cuando se refiere *al ambiente social*, considera la valoración del cuidado en todos los servicios o departamentos de la institución, la cual se refleja a través de actitudes, buena voluntad, paciencia, buen humor, buen trato y, sobre todo, en el respeto hacia la persona cuidada. Todo esto permite un buen funcionamiento armónico entre la persona que cuida y la que recibe el cuidado.

Cuando habla de *ambiente tecnológico*, se refiere a todas las actividades relacionadas al cuidado del paciente desde el punto de vista de la comunicación e información en la prevención, diagnóstico y tratamiento, así como también el procesamiento de datos, investigaciones, entre otras. Considera que estos componentes están bastante relacionados, y que desempeñan un papel fundamental para que el proceso de cuidar se realice de manera satisfactoria y sugiere que estas variables de cuidado sean enfatizadas por las docentes de enfermería, ya que son responsables, en cierta medida, de la socialización del cuidado profesional desempeñado por los alumnos en el futuro.

A pesar de un entorno complejo, la enfermera debe ofrecer un cuidado humanizado, dar prioridad a la persona antes que a las rutinas de la organización del trabajo, si es necesario modifica el entorno para asegurar un cuidado de calidad y libre de riesgos. Una enfermera que conoce bien a la persona y su contexto de vida puede facilitar las interacciones y decisiones conjuntas con los otros profesionales de la salud y de los servicios con que se cuenta.⁵

Con frecuencia se reconoce que el papel principal de una jefe, gerente o gestora en enfermería consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de cumplir eficazmente con los objetivos de la institución. La enfermera que realiza el papel de gestora debe guiar sus actividades a partir de los valores, actitudes y conocimientos que brindan las ciencias administrativas, la economía y la política. Las teorías y los principios relativos a estas disciplinas son necesarias para la práctica administrativa del cuidado de enfermería. Así deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos (personal de enfermería) hacia la mejora del cuidado.⁶

Es importante destacar que el rol de la enfermera gestora y su contribución es única, representa una acción necesaria para asegurar servicios de salud humanizados y de calidad en un contexto de

utilización óptima de los recursos disponibles. De esta manera, las enfermeras responsables de la gestión del cuidado se enfrentan a grandes retos, ejercer su actividad en un entorno caracterizado por múltiples problemas y obstáculos y dentro de este buscar alternativas con un enfoque de gestión dirigido a garantizar la calidad del cuidado a la persona que vive experiencias de salud.²⁴

La gestión centrada en el cuidado no solo valora el proceso de cuidar entre el equipo de salud, pacientes y familiares, sino con todos los demás miembros de la institución. La enfermera, como líder de grupo constituye un elemento integrador entre los miembros, tiene autoridad y está siempre atenta a sus necesidades, fortalece las relaciones entre ellos y favorece un ambiente de cuidado donde todos tienen la oportunidad de crecer, de actualizarse y de realizarse y como consecuencia se sienten satisfechos, en confianza y con gusto de trabajar, además favorece el crecimiento de colegas quienes también cuidan de su líder. La colaboración intradisciplinaria puede tener un impacto importante en la continuidad y la calidad de los cuidados y es algo que las enfermeras poco realizamos.⁶

Basándose en lo anterior, la investigadora menciona que debe existir una comunicación fluida entre el equipo de salud, así las enfermeras con mayor experiencia compartirán con el personal nuevo o personal no capacitado el conocimiento y, de esa manera, reforzarán el potencial y la competencia del grupo, esto contribuirá a una práctica colaborativa de calidad. El punto de inicio de esta colaboración es reconocernos nosotras mismas como expertas y enriquecer de manera constante nuestros conocimientos y habilidades. A veces nos enfrentamos a situaciones complejas del cuidado y no encontramos respuesta a un problema, entonces es necesario que las enfermeras de servicio compartamos estos problemas y trabajemos en colaboración con las educadoras y las investigadoras de la disciplina, a fin de que en conjunto demos solución a las situaciones de cuidado individual o familiar que se presenten.

No cabe duda, que estar al frente gestionando la ESNPCT es un gran reto para la enfermera. Toda vez que la estrategia no cuenta con la debida atención e implementación que se exige, pese a ser una prioridad en las políticas de salud aun no se evidencia en los ambientes de trabajo. Se suma a ello los estereotipos que circulan en la sociedad frente a la enfermedad y los miedos o rechazos del personal de salud para estar al frente de esta estrategia. Todo esto exige que la

enfermera líder de este programa, comprenda su problemática y asuma una gestión transformadora, y holística incluyendo al cuidado como una dimensión de cambio.

Desde esta perspectiva del entorno, la gestión del cuidado requiere de la enfermera, del ejercicio del liderazgo y la motivación, dos procesos esenciales para garantizar un cuidado de calidad. El liderazgo permite influir en la acción de las personas responsables del cuidado en relación a su compromiso personal y de respeto a las personas; así, la enfermera gestora puede transmitir los valores del cuidado y asumir actitudes de apoyo para con el personal responsable del mismo y reducir los factores que obstaculizan un cuidado de calidad.⁶

Así también es responsable de realizar acciones que motiven al personal; la motivación se puede medir por el grado de autonomía que las enfermeras adquieren y su nivel de responsabilidad en el cuidado. Utilizando el pensamiento enfermero, la enfermera gestora favorece una cultura organizacional centrada en el cuidado de la persona.⁶

Por lo tanto, la dirección de los cuidados está llamada a estimular y apoyar la implantación de una concepción de la disciplina enfermera para la práctica enfermera. Es importante señalar que la gestión de los cuidados debe estimular la creación de modelos de cuidado, basados en la concepción de la disciplina de enfermería, el uso de un lenguaje común, de símbolos y de conceptos comunes en la práctica clínica que refuercen el potencial, el compromiso y la identidad profesional de la enfermería, pero, sobre todo, la calidad del cuidado que se otorga a los usuarios y su familia.

Teniendo en cuenta lo anterior, fue conveniente reforzar nuestro respaldo teórico con lo que nos manifiesta Cecilio Oliveira, cuando menciona que la gestión del cuidado se da de acuerdo a las necesidades de cada persona, en diferentes momentos de su vida, en busca de su bienestar, seguridad y autonomía, para seguir con una vida productiva y feliz; esta gestión del cuidado comprende seis dimensiones: *individual, familiar, profesional, organizacional, sistémica y societaria o corporativa*.²⁵

La dimensión *individual* se refiere a que la persona cuida de sí misma, en el sentido de que cada uno de nosotros puede o tiene el poder de producir una forma única de “vivir la vida”.

La dimensión *familiar* es aquella que tiene como actores privilegiados: los familiares, amigos y vecinos, quienes a veces cumplen el papel de cuidadores e incluso los lleva a relaciones conflictivas, por la sobrecarga familiar y/o laboral.

La dimensión *profesional* de la gestión del cuidado es la que se produce en el encuentro entre los profesionales y los usuarios. Esta dimensión se rige por tres elementos principales: a) la competencia técnica del profesional, es decir, la capacidad que tiene por su experiencia y formación para dar respuestas a problemas de salud que presentan los pacientes o usuarios; b) la postura ética del profesional, que se refiere a la forma que tiene para satisfacer de la mejor manera posible, las necesidades de los usuarios y c) la capacidad que tiene el profesional para interrelacionarse o crear vínculos con los usuarios que requieren de sus cuidados.

La dimensión *organizacional* es la que se lleva a cabo en los servicios de salud, marcada por la división técnica y social del trabajo y pone de relieve nuevos elementos como: trabajo en equipo, actividades de coordinación y comunicación, además de la función de gestión propiamente dicha.

La dimensión *sistémica* de la gestión del cuidado es aquella que trata de construir conexiones formales regulares y reglamentadas entre los servicios de salud, con la perspectiva de construcción de la integralidad del cuidado. Considera el conjunto de servicios de salud con sus diferentes grados de avance tecnológico y flujo gramas que se establecen entre ellas, determinándose protocolos pensados en la perspectiva de garantizar el cuidado al usuario. Estas redes complejas operan en procesos de referencia y contra referencia, propiciando círculos concéntricos dentro de un articulado sistema de salud bajo en enfoque de las políticas que lideran el cuidado.

Por último, la dimensión *societaria o corporativa* se refiere a que en cada sociedad, se producen políticas públicas y de salud, en particular, y cómo el Estado formula e implementa estrategias para garantía de sus trabajadores. Es la dimensión más amplia de la gestión del cuidado, en la que se aprecia cómo cada sociedad produce ciudadanía, derecho a la vida y acceso a toda forma de consumo que contribuya a una mejor vida.²⁵

Considerando el análisis presentado sobre el concepto gestión del cuidado, se puede definir como aquel proceso que desarrolla; en el diario quehacer, la profesional de enfermería responsable de la estrategia de prevención de la tuberculosis, cuyas funciones son las de planificar, organizar e implementar acciones seguras, humanísticas y con enfoque social; y asegurar los recursos necesarios para brindar la atención a las personas de acuerdo a sus necesidades, pero también en la interacción con la persona afectada en su salud pone la creatividad y la experiencia adquirida; complementando sus conocimientos a aplicar en la atención directa que brinde al cliente.

En la investigación se tuvo en cuenta el cuidado asistencial o atención directa, definiendo cómo es la comunicación, el trato que se brinda a la persona con tuberculosis, en otras palabras la calidad de cuidado que se le brinda. En cuanto al cuidado gerencial, se tuvo en cuenta también con la Norma Técnica de la Estrategia, si cuenta con las herramientas de gestión (Historias clínicas específicas, Libros de registros de sintomáticos respiratorios, Libro de registro de pacientes, solicitudes de diagnóstico, material para la toma de muestras, tarjetas de tratamiento, formatos suficientes de consentimiento informado, de visitas domiciliarias, abastecimiento adecuado de medicamentos etc.) si están llenadas correctamente y actualizados. Si la historia clínica registra los resultados de los controles, siendo datos importantes las baciloscopía y el peso del paciente, si existe un Plan de trabajo, Plan de Capacitación, Plan de Supervisión Y Monitoreo, Plan de Control de infecciones en el establecimiento, Evaluación de Indicadores, Plan de Promoción de la salud, etc. Asimismo, si el personal profesional y técnico está capacitado y acreditado en el manejo de la estrategia.

Entonces cabe destacar que la enfermera gestora tiene el compromiso de cumplir eficientemente la gestión de cuidado, para ello debe generar un clima de trabajo favorable y participativo, debe hacer participar al personal en las decisiones, pedir la opinión del grupo, ser receptiva ante las demandas del personal, reconocer el trabajo, compartir la información, favorecer la creatividad, promover el espíritu de equipo, fomentar la autonomía y la capacitación de todos los miembros del grupo de cuidados. La motivación del personal responsable del cuidado es esencial a fin de lograr un entorno propicio para el cuidado.

Una enfermera satisfecha y estimulada por su trabajo será capaz de comprometerse en mejorar la calidad de los procesos de cuidado dirigidos a favorecer el *confort*, la comunicación, la curación y a promover la salud de las personas que cuida. La enfermera que cumple su función gerencial tiene la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, seleccionar prioridades, elaboración de políticas, selección del personal con excelente formación en cuidados enfermeros, desarrollar la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería.

Desde este enfoque y desde el punto de vista de la investigación realizada, se puede decir que la calidad de los procesos de cuidado, depende mucho de cuán identificada y comprometida esté la enfermera con su trabajo, tanto en el aspecto asistencial como en el gerencial, teniendo la responsabilidad de crear una cultura organizacional, en donde los integrantes de la institución se vean motivados e implementen un modelo de atención de calidad a la persona, familia y comunidad, en este caso a la persona con tuberculosis, a quien muchas veces se les discrimina por la enfermedad que tiene, no respetándose sus derechos como persona.

La tuberculosis representa un problema importante de salud pública en el mundo y un reto para su control en nuestro país. Es ocasionada por cualquiera de los microorganismos que integran el Complejo *Mycobacterium tuberculosis*: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. microti* y *M. canettii*. Afecta principalmente a las personas en edad productiva (15-49 años), el 80% de los casos son de forma pulmonar, sin importar sexo, raza, edad, ni condición económica; repercute indudablemente en los grupos vulnerables desprotegidos desde el punto de vista social, económico y de salud como los migrantes, usuarios de drogas intravenosas, indígenas, personas que viven privadas de la libertad, personas con compromiso inmunológico como VIH, diabéticos, desnutridos, bajo tratamiento inmunosupresor, etc.

Se estima que en un año, un caso de tuberculosis sin tratamiento infecta entre 10 y 15 personas. Cada segundo se produce en el mundo una nueva infección por el *Mycobacterium tuberculosis*, del 5 al 10% de las personas infectadas enferman en algún momento de sus vidas. Las personas con VIH tienen hasta 50% de probabilidades de desarrollar la tuberculosis.

La Organización Mundial de la Salud recomienda desde 1996 la implementación de la Estrategia del Tratamiento Acortado Directamente Supervisado (DOTS) a nivel mundial, con la finalidad de garantizar a las personas que padecen la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportunos hasta su curación. La estrategia integra los siguientes componentes:

- Compromiso gubernamental para garantizar los recursos en el control de la enfermedad de manera sostenida.
- Detección de casos mediante pruebas bacteriológicas de calidad garantizada.
- Tratamiento de corta duración con supervisión estricta y apoyo a pacientes.
- Sistema eficaz de suministro y gestión de los medicamentos.
- Sistema de vigilancia, evaluación y medición del impacto.

A partir de 2005 se agregan los siguientes:

- Hacer frente a la Tuberculosis/VIH, Tuberculosis Multidrogoresistente (TB MDR) y otros problemas como la diabetes y las adicciones.
- Involucrar a todo el personal de salud a través de la colaboración de organismos públicos y privados con normas estandarizadas para la atención de los pacientes con tuberculosis.
- Contribuir a fortalecer el sistema de salud.
- Empoderar a los afectados por la tuberculosis y comunidades a través de la promoción, comunicación y movilización social.
- Promover el desarrollo de investigaciones operativas.

Las metas para el control mundial de la tuberculosis se han fijado en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). La meta 6.C. incluida en el ODM 6, consiste en haber detenido o comenzado a reducir la incidencia de esta enfermedad para el año 2015. La Alianza Alto a la Tuberculosis ha fijado otras dos metas de impacto, que son: reducir en el mismo período a la mitad las tasas de prevalencia y de mortalidad con respecto a 1990. Las metas de resultado fijadas por la Asamblea Mundial de la Salud, en 1991, fueron detectar al 70% de los casos nuevos bacilíferos y tratar satisfactoriamente al menos el 85% de casos detectados bajo DOTS.

Muchas son las lecciones aprendidas en la lucha por el control de la tuberculosis, siendo una de las más importantes el haber superado el enfoque puramente biomédico (asistencial y

recuperativo), con una tendencia al abordaje multisectorial e interinstitucional que conglomere y sistematice esfuerzos y voluntades de todos los actores involucrados en esta ardua tarea. La experiencia que se viene desarrollando con las organizaciones de personas afectadas con tuberculosis nace como una respuesta directa de la comunidad ante un problema relevante, que potencialmente afecta a todos.

Esta experiencia de trabajo continuo intersectorial e interinstitucional con la sociedad civil y organizaciones de afectados permitió crear condiciones necesarias para que se instale el Comité “Perú Alto a la Tuberculosis”.

En julio del 2004, se crean las Estrategias Sanitarias Nacionales entre ellas la de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT), según Resolución Ministerial N° 771-2004. La ESN-PCT es un órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud (MINSA).

La ESN-PCT es responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú, garantizando la detección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, gratuito y supervisado a todos los enfermos con tuberculosis, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad.²⁶

Su visión es lograr hacia fines del 2012 que el Perú consolide y mantenga altos niveles de eficiencia, eficacia y efectividad, garantizando la disminución progresiva y sostenida de la incidencia, morbilidad y mortalidad por tuberculosis con la finalidad que esta enfermedad deje de ser un problema de salud pública.

La ESN-PCT incorpora las principales metas y políticas del MINSA, estableciendo una secuencia coherente de las intervenciones institucionales de salud pública a realizar, con un enfoque de atención integrado e integral de la salud que colabora en mantener un orden y gerencia en base a sus atributos y deficiencias internas, la asignación de recursos con el fin de lograr una situación viable, así como anticipar los posibles cambios en el entorno y las acciones imprevistas.

Como estrategia transversal está integrada a los servicios generales de salud a nivel nacional y su cobertura llega a todos los establecimientos de salud del MINSA y a otras instituciones como: Es Salud, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidades de las Fuerzas Armadas, Centros Médicos de las Universidades, Sanidad del Instituto Nacional Penitenciario, Municipalidades, Centros Médicos de la Iglesia, Sector Privado, entre otros.

La ESN-PCT considera necesario incorporar mayores elementos para la reflexión bioética y los derechos humanos, como orientadores del accionar del personal de salud en el desarrollo de las actividades de prevención y control de la tuberculosis en nuestro país.²⁶

Cabe señalar, que se ha producido en la salud pública del Perú, un cambio de paradigma relacionado a las herramientas básicas del manejo de la tuberculosis, de la evaluación y el monitoreo de las acciones de control, tomando en cuenta cuatro dimensiones: Epidemiológica, Operativa, Salud Pública y Gerencial.

Si bien es cierto la TBC se asocia con inadecuados sistemas de salud, que no garantizan la curación de los individuos con menos recursos; ya que en comparación con países que se encuentran, relativamente con mejores recursos económicos y muchos médicos, también pueden tener un problema de tuberculosis más serio que países menos desarrollados si la organización es inadecuada.

A pesar que en nuestro país, la tuberculosis es considerada como una prioridad sanitaria nacional, todavía existen prejuicios por parte del personal de salud, que conllevan al rechazo y la marginación de estas personas afectadas por esta enfermedad, sin considerar que son parte indispensable para el abordaje y solución del problema.

Por lo expuesto anteriormente, se requiere que todo personal de salud se responsabilice y asuma el compromiso de atender de manera adecuada y eficiente a todos los pacientes con tuberculosis con la finalidad de cortar la cadena de transmisión y lograr su curación. En este sentido, el promover la participación cada vez más frecuente de la sociedad civil en actividades de control de la tuberculosis creó la imperiosa necesidad de incorporarlos formalmente a los equipos

multidisciplinarios que se encargan de la organización de la atención de la persona con tuberculosis, no para reemplazar la obligación del Estado y del personal de salud, sino para complementar el esfuerzo y mejorar la calidad de atención.

Sin embargo, es el profesional de enfermería quien juega un rol preponderante en el logro de las metas de la Estrategia Alto a la Tuberculosis, pues del cumplimiento de sus funciones en su labor asistencial, administrativa y gerencial y junto al equipo de salud tiene en sus manos la gran responsabilidad de lograr los objetivos planteados.

Si la función administrativa o gerencial no se cumple como debería ser y en consecuencia es escasa su participación en la elaboración de normas, guías de atención, políticas de salud, distribución de recursos, herramientas de gestión incompletas, desabastecimiento de medicamentos, personal profesional y técnico no capacitado, entonces no hay contribución en el logro de los objetivos.

En tal sentido, lo que se busca es mejorar la capacidad de gestión, impulsar la coordinación intra e interinstitucional, optimizar la planificación de las acciones de control y, en consecuencia, evitar la duplicidad y superposición de actividades, fortaleciendo el trabajo en equipo para conseguir eficiencia técnica y mejoramiento continuo, es decir, resultados con calidad.

La investigadora señala que actualmente el control de la tuberculosis en el país, se ha fortalecido en un contexto de salud pública moderno, en el que se ha incorporado e integrado actividades en el marco de promoción de la salud, atención integral, equipos multidisciplinarios, las alianzas y la comunicación estratégica con movilización social, que es parte de la función gerencial de la enfermera.

Entonces, cabe resaltar que dentro del equipo multidisciplinario uno de los pilares en el control de la tuberculosis es el profesional de enfermería.

Enfermería es una profesión única, cuyo enfoque primario es la atención en salud, es decir, brindar y administrar la atención que necesitan los pacientes; así, los profesionales de enfermería

son prestadores y administradores de los servicios en salud. La discusión sobre la identidad de Enfermería como ciencia, como arte o como tecnología ha estado y está siempre presente en los foros de la profesión. Se trata de un asunto fundamental sobre el que no existe consenso, como lo revela la literatura. Los espacios de reflexión que se abren en los programas de postgrado en Enfermería permiten este tipo de discusión sobre lo que podría ser la naturaleza epistemológica de la Enfermería, y con ello abren al diálogo dimensiones impensadas de lo que ha sido a través de la historia de los cuidados, desde una condición humana, un servicio caritativo de religiosas y religiosos, hasta una profesión y disciplina.²⁷

Como profesión, Enfermería está interesada en prescribir cursos de acción para el fomento, prevención y recuperación de la salud, a partir del conocimiento de enfermería y de las ciencias que ayudan a comprender la salud. Desde esta dimensión, enfermería se moviliza para actuar socialmente y garantizar a la población cuidados de salud de excelente calidad. Esta acción la realiza junto al equipo de salud, contribuyendo con su acción específica.

La dimensión de Enfermería como disciplina se entiende como el cuerpo de conocimientos propios construidos en modelos y teorías que fundamentan la acción profesional. La disciplina de Enfermería se interesa en construir conocimiento acerca de los fenómenos relacionados con el Cuidado de la Salud de las personas enfermas y sanas (Chinn, 1997).¹

El profesional de enfermería es un integrante básico en el equipo sanitario, sus funciones y actividades están íntimamente ligadas con las desempeñadas por otro profesional. Kroeger (1992) menciona que el primer recurso para las personas y las familias con problemas de salud es la enfermera quien debe asumir mayores responsabilidades. La enfermera como proveedor importante de atención primaria de salud no requiere ninguna extensión considerable de una función que está implícita en la definición de enfermería.²⁷

Es importante destacar que el profesional de enfermería en la gestión del cuidado enfermero cumple un rol gerencial al promover la participación de la sociedad civil en acciones de prevención y control de la tuberculosis, lo cual permite complementar el esfuerzo y mejorar la calidad de atención. Así mismo, cuando considera al equipo multidisciplinario para la atención de la persona

con tuberculosis; incluye la participación de un equipo de salud multidisciplinario, así como representantes de organizaciones sociales de base (promotores de salud), organizaciones de personas con tuberculosis (club de madres, vaso de leche, comedores y otros), instituciones públicas y privadas).

Entonces, la Gestión del Cuidado Enfermero en la ESNPCT implica una serie de conocimientos que debe tener el profesional de enfermería, empezando por su entorno, de las personas cuidadoras; de los recursos humanos - financieros, así como también de las normas, directivas, políticas de salud y las exigencias de las personas afectadas.

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

1.- Diseño de investigación

Para llevar a cabo esta investigación, se realizó un estudio de tipo cualitativo, se tuvo claro la búsqueda del porqué, el cómo de la persistencia de ciertas conductas, a través de registros narrativos. En este tipo de investigación se consideró todos los aspectos dinámicos, holísticos e individuales de la experiencia humana y dentro del contexto de quienes lo viven.

La investigación cualitativa se refiere a estudios sobre el quehacer cotidiano de las personas o de grupos pequeños; se interesa por lo que la gente dice, piensa, siente, o hace; sus patrones culturales, el proceso y significado de sus relaciones interpersonales y con el medio. Su característica principal es comprender a las personas desde su interior, realizando una especie de inmersión en la situación y el fenómeno estudiado; se trata pues de entender al otro poniéndose en su lugar, en vez de registrar y analizar desde fuera los datos que le aporta; así mismo, es de índole interpretativa y las personas participan activamente durante todo el proceso.²⁸

El término *cualitativo*, ordinariamente, se usa bajo dos acepciones. La primera, como *cualidad*, cuando expresamos: “fulano tiene una gran cualidad: es muy sincero”. Y la segunda, más integral y comprensiva, como cuando nos referimos al “control de calidad”, donde la calidad representa, primordialmente, *la naturaleza y la esencia completa*, total, de un producto. En esta acepción, en sentido propio, filosófico, se trata, del estudio de *un todo integrado* que forma o constituye primordialmente una *unidad de análisis* y que hace que algo *sea lo que es*: una persona, una entidad étnica, social, empresarial, un producto determinado, etc.; aunque también cabe la posibilidad de estudiarse una *cualidad específica*, siempre que se tenga en cuenta los nexos y las relaciones que tiene con el todo, los cuales contribuyen a darle su significación propia. La investigación cualitativa trata de identificar, básicamente, la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. De aquí que lo cualitativo (que es el todo integrado) no se opone de ninguna forma a lo cuantitativo (que es solamente un aspecto), sino que lo implica e integra, especialmente donde sea importante.²⁹

La investigación cualitativa es aquella donde se estudia la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema; procura lograr una investigación típicamente profunda y holística con sumo detalle mediante la colecta de material narrativo muy ilustrativo empleando un diseño de investigación flexible. Por lo general, las investigaciones que utilizan un enfoque cualitativo persiguen comprender la totalidad de algún fenómeno en lugar de enfocarse sobre conceptos específicos, utilizando pocas ideas preconcebidas, subrayando, en cambio, la importancia de la interpretación que el investigador hace de los fenómenos encontrados, en lugar de anteponer su interpretación; los describe, desarrolla conceptos y comprensiones o genera teoría a partir de los datos obtenidos.³⁰

La investigación cualitativa lleva a descripciones detalladas de situaciones, interacciones y comportamientos que son observables, incorporando lo que los participantes dicen y no cómo el investigador lo describe. Tiene como principal ventaja su flexibilidad y es que permite obtener indicios de la verdadera naturaleza de fenómenos complejos a través de información obtenida a profundidad.

La autora de este estudio refiere que este tipo de investigación permitió entender y explicar cómo la enfermera del primer nivel de atención realiza la gestión del cuidado en la organización, planificación, ejecución y evaluación de la ESNPCT del CLAS San Pedro.

2.- Abordaje metodológico

El abordaje de la presente investigación fue de estudio de caso que es una forma particular de recoger, analizar y organizar datos. Los estudios de caso son investigaciones a profundidad de una sola entidad o de una serie reducida de entidades. Normalmente, la entidad es un individuo, pero también puede tratarse de familias, grupos, instituciones u otras entidades sociales. El investigador que realiza un estudio de caso intenta analizar y comprender los fenómenos más importantes para la historia, el desarrollo o la atención de un individuo o de sus problemas.

La principal ventaja de los estudios de caso es la profundidad cuando se investiga un número reducido de individuos, instituciones o grupos. Aunque en otros tipos de investigaciones suele objetarse que los datos tienden a ser superficiales, los estudios de caso brindan al investigador,

la oportunidad de llegar a conocer íntimamente las condiciones, pensamientos, sentimientos, actos pasados y presentes, las intenciones y el entorno de la persona. En un estudio de caso, el caso mismo es esencial para el investigador, como corresponde a un análisis intensivo; su objetivo de los estudios de caso suele consistir en determinar la dinámica de por qué el individuo piensa, se comporta o se desarrolla de una manera en particular y no cuáles son su condición, avance, acciones o pensamiento.

Ludke³¹ refiere que el estudio de caso ya sea simple o específico siempre debe ser delimitado debiendo tener sus contornos claramente definidos en su desarrollo. Así mismo, permite al investigador conocer íntimamente las condiciones, pensamientos, sentimientos, actos presentes, las intenciones y el entorno de la persona.

Al realizar la presente investigación, se tuvo en cuenta los principios planteados por Menga Ludke³¹ de los cuales solo utilizaremos:

Los estudios de caso enfatizan la “interpretación en el contexto”. Fue necesario tomar en cuenta el contexto en que se sitúa el objeto y así comprender mejor la manifestación general de un problema, comportamientos, reacciones de los involucrados en los cuales ocurre una problemática determinada. Esta característica ayudó a la interpretación de la Gestión de Cuidado Enfermero del primer nivel de atención que se brinda a las personas afectadas con tuberculosis evidenciado por la calidad del mismo, así como también conocer sus temores, preocupaciones, del personal de salud ante esta situación.

Los estudios de caso buscan retratar la realidad en forma compleja profunda. El investigador procura revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problema enfocándolo como un todo. Este tipo de abordaje enfatiza la complejidad natural de las situaciones, evidenciando la interrelación de sus componentes. Al estudiar la Gestión de Cuidado Enfermero en la ESN-PCT, se pudo apreciar mediante sus manifestaciones cuál es la realidad que vive ante esta problemática y qué es lo que sienten o piensan las personas involucradas en el estudio.

Los estudios de caso usan una variedad de fuentes de información. En el desarrollo del estudio de caso el investigador recurre a una variedad de fuentes de información para la recolección de datos en diferentes momentos, en situaciones variadas y con una variedad de informantes. En este trabajo de investigación se utilizó una grabadora para la recolección de datos, utilizando un lenguaje de fácil entendimiento e interpretación durante las entrevistas realizadas a los sujetos de estudio, además se ha construido en forma narrativa valiéndose de un lenguaje claro, transparente, concreto sencillo y completo.

Este estudio se realizó con las enfermeras y enfermeros de los Centros de Salud Toribia Castro y San Martín, recolectándose datos en diferentes momentos y en situaciones variadas, permitiendo descubrir nuevas informaciones a través de una entrevista abierta a profundidad.

Los estudios de caso procuran representar los diferentes y, a veces, conflictivos puntos de vista presentes en una situación social. Cuando el objeto o situación estudiados pueden suscitar opiniones diferentes, sobre diversas perspectivas, no habiendo una única que sea la más verdadera; el investigador presenta para el estudio esas divergencias de opiniones, revelando incluso su propio punto de vista sobre la situación. De ese modo, se deja que los usuarios extraigan conclusiones sobre esos aspectos contradictorios.

En la investigación se encontraron diferencias entre cada profesional de enfermería, según las respuestas que manifestaron en la entrevista lo que permitió a la investigadora emitir su punto de vista además, evidentemente de las conclusiones del estudio realizado.

Por otro lado, Nisbet y Watt, citado por Ludke;³¹ señalan que los estudios de caso se desarrollan en tres fases:

❖ **Fase exploratoria**

Esta fase correspondió a la elaboración de todo el proyecto donde se especificaron los puntos críticos, se establecieron los contactos iniciales para entrar en el campo, se localizaron a los informantes y fuentes de datos y fue fundamental para la definición más precisa del objeto de investigación. Esta fase permitió describir la situación problemática, planteándose preguntas orientadoras que luego fueron reformuladas teniendo como base la literatura relacionada con el

tema, con la finalidad de describir el objeto de estudio. Este estudio tuvo como punto de inicio el análisis en la cual se conoció y entró en contacto con el objeto de estudio, esta fase es muy importante puesto que constituye el punto de partida y a partir de la cual se suscitaron los sucesos de relevancia para el desarrollo de la investigación.

❖ **Fase de delimitación del estudio**

En esta fase se recolectaron sistemáticamente las informaciones o datos mediante instrumentos estructurados, su elección fue determinada por características propias del objeto de estudio. La evaluación de datos de la presente investigación se realizó utilizando una entrevista abierta a profundidad sobre Gestión del cuidado enfermero en la ESPCT, basado en declaraciones hechas por los profesionales de la salud involucrados, para llegar a una comprensión más completa del contexto en estudio.

❖ **Fase de análisis sistemático**

En esta fase se procedió a unir información, se analizó y tomó la disponibilidad a los informantes para que manifestaran sus respuestas. Una vez recolectada la información, la investigadora procedió a la elaboración de los relatos, en los cuales se plasmó la transcripción de las entrevistas para poder así verificar y validar la información.

La investigación en el campo de las ciencias de la salud a lo igual que en otras ciencias requiere de un proceso secuencial metodológico para abordar cualquier problema y llegar a resultados satisfactorios. La metodología de la investigación es la base de la verdad y del ordenamiento, que tiene fuerza suficiente para conducir al investigador hacia el logro de lo propuesto, se convierte en un instrumento y en una actitud permanente de los que buscan la mejor forma de hacer las cosas. Con relación a la salud, la investigación se concibe como una estrategia de trabajo y un instrumento de apoyo para los investigadores, ubica la investigación en el terreno de lo posible, de lo realizable por aquellos que tienen una enorme responsabilidad ante nuestro pueblo.³²

3.- SUJETOS DE LA INVESTIGACIÓN

En los estudios cualitativos el tamaño de muestra no es importante desde una perspectiva probabilística, pues el interés del investigador no es generalizar los resultados de su estudio a una población más amplia. Lo que se busca en la indagación cualitativa es profundidad. Nos conciernen casos o unidades (participantes, organizaciones, manifestaciones humanas, eventos, animales, hechos, etc.) que nos ayuden a entender el fenómeno de estudio y a responder a las preguntas de investigación. El muestreo adecuado tiene una importancia crucial en la investigación, y la investigación cualitativa no es una excepción. Por esta razón es necesario reflexionar sobre cuál es la estrategia de muestreo más pertinente para lograr los objetivos de investigación, tomando en cuenta criterios de rigor, estratégicos, éticos y pragmáticos, como se explicará a continuación. Por lo general son tres los factores que intervienen para “determinar” o sugerir el número de casos:

1. Capacidad operativa de recolección y análisis (el número de casos que podemos manejar de manera realista y de acuerdo con los recursos que tenemos).
2. El entendimiento del fenómeno (el número de casos que nos permitan responder a las preguntas de investigación, que más adelante se denominará “saturación de categorías”).
3. La naturaleza del fenómeno en análisis (si los casos o unidades son frecuentes y accesibles o no, si recolectar la información correspondiente lleva poco o mucho tiempo).³³

Martínez M. alega que aunque la investigación cualitativa usa muchos tipos de información, la que más busca es aquella que mayor relación tenga y más ayude a descubrir las estructuras significativas que dan razón de la conducta de los sujetos de estudio. Los sujetos que participan en los estudios de investigación cualitativa se denominan “participantes”. Estos pueden involucrarse voluntariamente en un estudio o ser seleccionados por el investigador por sus particulares conocimientos, experiencias u opiniones relacionadas con el estudio.³⁴

El presente estudio asumió como sujeto de investigación a seis profesionales de enfermería del CLAS San Pedro (Centro de Salud Toribia Castro y Centro de Salud San Martín), de los cuales dos son los coordinadores responsables de la estrategia y cuatro enfermeras asistenciales, quienes tienen laborando más de un año de servicio, sin importar su condición laboral. Así mismo se consideró cuatro personas con TB con no menos de cinco meses de recibir tratamiento.

CRITERIO DE INCLUSIÓN

Se considera como las normas para decidir a quién se le solicitó participar en el trabajo de investigación para garantizar la confiabilidad de los resultados y para proteger a los participantes. Se tomó como criterio de inclusión a todos los profesionales de enfermería, que rotan por la ESN-PCT y que tienen más de un año de servicio, sin importar su condición laboral. También se consideró a cuatro personas con TB que tengan no menos de cinco meses con tratamiento antituberculoso.

Para proteger la identidad de los participantes se utilizó seudónimos elegidos por ellos, los que se mencionan en los cuadros respectivos.

Para profundizar el conocimiento de estos sujetos de investigación se aplicó un cuestionario donde se indica el perfil mínimo de cada una de ellos, lo que nos lleva a determinar su caracterización. (Anexos 2). A continuación, se presenta el cuadro síntesis:

CUADRO N° 01
SÍNTESIS DEL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA

Seudónimo	Edad años	Sexo	Estado civil	Tiempo de Exp.laboral	Capacitación	Tiempo ESNPCT	Religión
Telémaco	30	M	Conv.c/hijos	5 años	Especialidad	1a 11 m	Católica
Orquídea	28	F	Separada c/hijos	4 años		1a 3 m	Católica
Nimia	49	F	Conv.c/hij	18 años		2 años	Católica
Margarita	49	F	Separada c/hijos	18 años	Doctorado	5 años	Católica
Lirio	32	F	Soltera	7 años	Maestría	2 años	Católica
Azucena	33	F	Casad c/hijos	6 años	Especialidad	2 años	Católica

Al analizar el perfil de los profesionales de enfermería que participaron en este estudio encontramos que el promedio de edad es de 37 años; así mismo se observa un predominio de la población femenina (83%) en relación a la masculina (17%). El estado civil se distribuye de la siguiente manera: el 33.3% son convivientes; el 33.3% son separadas; el 16.6% casada y el 16.6% soltera. El 83% tiene hijos, de los cuales el 60% tienen hijos menores de 10 años, lo cual significa que puede ser una de las razones para no cumplir con las actividades propias de la ESNPCT. El promedio de años en experiencia laboral es de 9.6 años; el 66.6% tiene 2 años de laborar en la estrategia. El 66.6% de los profesionales participantes tienen estudios de postgrado, datos relevante en la presente investigación.

CUADRO N° 02
SÍNTESIS DEL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO PERSONAS QUE RECIBEN
TRATAMIENTO

Seudónimo	Edad	Sexo	Estado Civil	Grado de Instrucción	Tiempo de tratamiento	Religión
Clavelina	36	F	Casada	Primaria C.	5 meses	Católica
Rosa	43	F	Casada	Primaria C.	5 meses	Católica
Clavel	48	M	Conviv.	Secund. C.	6 meses	Católica
Chabela	49	F	Divorc.	Secund. I.	5 meses	Católica

En cuanto a las personas que reciben tratamiento, el promedio de edad es de 44 años; el 75% corresponde a población femenina; el 50% son casadas y tienen estudios primarios completos. El 100% tienen más de cinco meses recibiendo tratamiento y son de religión católica. Todos estos datos contribuyeron a la caracterización del perfil de los sujetos de investigación.

4.- ESCENARIO

Este proyecto de investigación tuvo como escenario el Servicio de la ESN-PCT de los Centros de Salud Toribia Castro y San Martín, que pertenecen al CLAS San Pedro del distrito de Lambayeque. Cada establecimiento cuenta con un módulo específico para la atención de las personas con tuberculosis, sin embargo no reúne las condiciones adecuadas, son de material pre

fabricado y su área es pequeña (6 m²), cuentan con puertas y ventanas para favorecer la ventilación, un lavatorio, jabón líquido, para el lavado de manos del personal. Un estante de melamine con varios compartimentos, donde se colocan las bandejas con los tratamientos, cada bandeja registra el nombre de cada paciente, hay mortero, cucharas y vasos descartables.

Se cuenta con mascarillas descartables y algunas mascarillas N 95, que son las indicadas para brindar atención a personas con afecciones respiratorias. Se cuenta con los registros indicados en la ESN-PCT, como son: libro de pacientes, de sintomáticos respiratorios, tarjetas de tratamiento, historias clínicas y formatos específicos de la estrategia.

La ESN-PCT tiene como base la estrategia DOTS (Directly Observed Treatment Short Course), recomendada por la OMS para el control de la Tuberculosis por ser altamente costo efectiva. Es así que los servicios de salud a nivel nacional son cubiertos en un 65% por el Ministerio de Salud (MINSA), quien considera el problema de tuberculosis como una enfermedad social por lo que se estableció esta Estrategia a nivel nacional en hospitales, centros y puestos de salud, a cargo de un equipo de salud multidisciplinario.

La enfermera en el desarrollo de su labor gerencial en la estrategia, asume la responsabilidad de cumplir con la parte administrativa, es decir manteniendo los registros al día, las historias clínicas completas, con las hojas de consentimiento informado, registro de pacientes y de sintomáticos actualizados, igualmente las tarjetas de tratamiento ordenadas y actualizadas, capacitación en servicio a los profesionales y técnicos de enfermería, abastecimiento de medicamentos, formatos, etc.

Por lo que se realizó una revisión de estos documentos, los cuales forman parte del escenario, encontrándose las tarjetas de tratamiento y registros desactualizados, baja captación de sintomáticos respiratorios, tratamientos incompletos.

5.- INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos de recolección de datos se ajustaron a la metodología de estudio de caso y permitieron lograr los objetivos trazados. Es de suma importancia que los sujetos de investigación otorguen libremente su consentimiento informado antes de incluirlos o considerarlos en la investigación, para lo cual se brindó la información requerida y posteriormente firmaron la hoja donde aceptaban participar en la investigación.

La recolección de datos se ejecutó a través del cuestionario sociodemográfico, con la finalidad de caracterizar a los sujetos de estudio, que en este caso fueron seis profesionales de enfermería y cuatro personas con tratamiento antituberculosos, no menos de cinco meses. También se aplicó la entrevista semiestructurada a profundidad, como instrumento principal, que es una forma de adquirir información, y se realiza a una sola persona. La entrevista permitió a la investigadora obtener mayor cantidad de respuestas, obteniendo así mejores resultados, para la comprensión y análisis profundo de las experiencias obtenidas en la entrevista.

De esta manera, la entrevista semiestructurada a profundidad permitió obtener datos mucho más amplios y profundos, además de que los entrevistados dieron sus propios puntos de vista, opiniones, etc. referente al tema. Así pues, la entrevista no estructurada constituye un proceso de interacción específico y parcialmente controlado, siendo más flexible y abierta, aunque los objetivos de la investigación rigen a las preguntas, su contenido, orden, profundidad y formulación se encuentran por entero en manos del entrevistador.³⁴ Para la presente investigación la investigadora elaboró una guía para el desarrollo de la entrevista; es importante recalcar que se han validado dos entrevistas por cada sujeto de estudio, lo cual permitió rectificar algunas preguntas, mejorar la redacción y por ende validar el instrumento.

La investigadora para realizar su trabajo proporcionó un ambiente de naturalidad, libertad y empatía, en donde los participantes se sintieron cómodos en el momento de brindar la información. Así mismo en todo momento se respetó el lenguaje de los entrevistados y cuidó que sus expresiones no distorsionaran los significados que le asignaron sus informantes.

6.- PROCEDIMIENTO

Una vez aprobado el proyecto de investigación por la Escuela de Postgrado, se procedió a presentarlo al Gerente del CLAS San Pedro y a los Jefes del C.S. Toribia Castro y C.S. San Martín, solicitando el permiso respectivo para llevar a cabo el estudio de investigación. Así mismo se informó a los profesionales de enfermería designados y a las personas con tratamiento antituberculoso de ambos establecimientos sobre el trabajo de investigación, los objetivos, la privacidad y el anonimato de la información recibida; también se les explicó la libertad que ellos tenían para no responder preguntas que ellos no consideraran oportunas. Posteriormente, de manera voluntaria aceptaron participar, para lo cual firmaron la hoja de consentimiento informado (Anexo 1). En un primer momento se coordinó con dichas personas para establecer el lugar, la fecha de la entrevista, con el fin de que programen su tiempo y evitar dificultades o limitaciones que impidieran llevar con éxito la actividad programada. La recolección de los datos, se realizó mediante la entrevista semiestructurada a profundidad, previa validación, es decir, que ha sido aplicada a dos sujetos de investigación de cada grupo (dos enfermeras, y dos personas con tuberculosis).

Esta entrevista se grabó con el permiso de los informantes, fomentando en todo momento un ambiente de confianza entre el entrevistado y la investigadora de tal forma que se pudo obtener datos fidedignos, para así tener una mayor veracidad de los resultados que se alcancen producto de la investigación. La entrevista semiestructurada a los profesionales de enfermería coordinadores (Anexo 3), otra entrevista dirigida a los enfermeros asistenciales (Anexo 4); estuvo conformada por preguntas, las cuales por ser esta una entrevista abierta, conforme se fue realizando a los sujetos de investigación, surgieron nuevas preguntas las que se formularon para llegar a los objetivos planteados. Las entrevistas se realizaron en los servicios de Enfermería del Adulto de los Centros de Salud involucrados en el estudio. Posteriormente, obtenida la información, se procedió a su transcripción, se respetó la información dada por el investigado sin alteración alguna. Se aplicó un cuestionario (Anexo 5) y una entrevista (Anexo 6) a las personas con tratamiento.

7.- ANÁLISIS DE DATOS

Una vez que la investigadora terminó de recolectar la información, se procedió a realizar el análisis cualitativo, utilizando el Método de Asociación de Contenidos (MAC), como un abordaje alternativo para el análisis e interpretación de resultados derivados de datos textuales. Este método

parte de la inspiración en el análisis de contenido de la relación denominada “análisis de co-ocurrencia”

Este análisis es profundo y va más allá de las ideas manifestadas por el informante procurando extraer las relaciones encontradas entre los elementos de su discurso/ texto. Este tipo de análisis, busca señalar la presencia simultánea de dos o más elementos previamente definidos, en un fragmento de mensaje, para encontrar la ocurrencia o las relaciones de asociación.³⁵ Se caracteriza por ser un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones que busca la obtención de indicadores cuantitativos y/o cualitativos de descripción del contenido de mensajes, investigando en un sentido profundo los mensajes y sus significados, nutriéndose de aportes de la psicología social, la lingüística, la semiología y la comunicación.³⁵

El Método de Asociación de Contenidos resultó en cinco etapas distintas:

1. *Lectura y recorte del texto* (identificación de fragmentos en el mensaje): en esta etapa, la unidad del cuerpo de datos puede corresponder a una entrevista u otro documento y las unidades de contexto son fragmentos resultantes de recortes en la base textual. La lectura de la base textual es imprescindible para identificar el inicio y el fin de cada recorte/ fragmento. El tamaño de los fragmentos fue determinado por el sentido completo del mensaje/ pensamiento que presenta.(Anexo 7)

2. *Identificación de los elementos presentes en la base textual y su codificación en temas*: Para proceder a la búsqueda de los elementos existentes en cada texto, sus fragmentos fueron leídos atentamente para identificar los temas en ellos expresados a través de palabras claves o expresiones significativas; el tema es una afirmación, una idea o una unidad de significación que se libera naturalmente del texto, y puede ser identificada más inmediatamente durante la lectura de los fragmentos. (Anexo 8)

3. *Montaje del Mapa de las asociaciones de contenido*: esta tercera etapa se constituye por el montaje del mapa, que es esencial para la identificación de las asociaciones de contenido entre los fragmentos de la entrevista. Su característica principal es ser un cuadro de doble entrada compuesto por una columna ubicada a la

izquierda y numerada con algoritmos romanos crecientes relativos a los fragmentos, y una lista horizontal superior y numerada con algoritmos arábigos crecientes, que se refiere a los elementos encontrados en los fragmentos de las entrevistas. Cada vez que un elemento es encontrado en los fragmentos, es señalado en el mapa con la señal +.(Anexo 9)

4. *Identificación del elemento polo:* en esta etapa, es necesario establecer el marco fundamental denominado núcleo de asociación de ideas. En este método ese núcleo fue reinterpretado como elemento polo, o sea, aquel elemento cuya frecuencia fue mayor en las asociaciones encontradas. Así, para encontrar el elemento polo de cada entrevista, las frecuencias de los elementos encontrados en las asociaciones son calculadas resultando en la elaboración de otro cuadro.

5. *Elaboración del esquema de asociaciones:* esta etapa surge de la substitución del mapa de co-ocurrencia en el procedimiento de Osgood por el esquema de asociación de contenidos. Este esquema favorece la expresión matemática de los contenidos del texto, a través de la creación de una representación gráfica espacial bidimensional expresiva de la esencia del texto considerado. En esta representación gráfica, es posible destacar las relaciones entre los elementos presentes en el texto y la intensidad de sus ligaciones, configurando así, lo fundamental de un texto a partir de técnicas cuantitativas empleadas en la etapa anterior.³⁵

Finalmente y después del minucioso tratamiento de los datos, se procedió a determinar las categorías empíricas, las mismas que fueron determinadas considerando los criterios aplicados a la lista temática: (a) frecuencia de los elementos en las asociaciones (criterio eliminatorio), para ello se obtuvo la frecuencia mínima que es 8 y la máxima 76. Luego se establece el rango promedio que se obtienen de dividir la frecuencia máxima entre tres: $76/3$ (el 3 representa la tercera parte del rango que nos asegura una discriminación menor de los elementos, el resultado fue 25; entonces el rango quedó diferido entre 76 y 25; (b) suma de las frecuencias simples de los elementos encontrados en todos los mapas identificadores de asociación de contenidos; en este estudio la frecuencia de elementos en asociaciones fue para la máxima 103 y para la mínima 4, de igual

manera se procede a dividir la frecuencia máxima entre tres, siendo el resultado 34. De acuerdo a ello, se seleccionaron seis elementos.

A continuación se muestra las categorías que emergieron:

CUADRO N° 2		
COMPOSICIÓN DE CATEGORÍAS		
PRIMERA CATEGORÍA: La singularidad de las dimensiones: individual, profesional y organizacional de la gestión del cuidado		
Elementos Significativos	Frecuencia Simple	Frecuencia Asociada
Actitud de la enfermera	76	103
Cuidado a la persona	60	79
Contexto del cuidado	51	45
SEGUNDA CATEGORÍA: La enfermera como líder en la gestión del cuidado en la persona con tuberculosis.		
Lineamientos administrativos en el cuidado	45	74
Gestión del cuidado del personal	41	47
Trabajo en equipo	38	51

8.-CRITERIOS ÉTICOS/BIOÉTICOS

Para la presente investigación se tuvieron en cuenta los criterios éticos formulados por Sgreccia, principios teóricos de la bioética personalista, que operan como ayuda y guías de la acción en la investigación con seres humano.³⁶

Principio de respeto a la vida humana: El derecho a la vida es el primero de los derechos y el fundamental, porque sin él todos los demás –incluida la libertad- son inexistentes. El respeto a la vida, así como su defensa y promoción, tanto la ajena como la propia, representan el imperativo

ético más importante del ser humano, es un valor absoluto que hay que respetar siempre, es lo más sagrado que tenemos, la vida de cada cual es única, irrepetible, insustituible, inviolable, es por ello que en la presente investigación se respetó la dignidad y derechos de los sujetos de estudio; por tal motivo firmaron un consentimiento informado, las personas participantes, se utilizaron caracteres que garanticen su anonimato, no se les miró como recursos materiales sino se les consideró en su grandeza y valor de persona humana.

Principio de libertad y responsabilidad: Se deriva del valor fundamental de la vida, este principio señala que el paciente ha de ser libre al decidir sobre la opción terapéutica que se le va a aplicar, decisión que debe tomar en base a un conocimiento racional de los hechos y desde su propia libertad. Esta debe venir acompañada de responsabilidad, la cual le impide obrar contra sí mismo, mediante el suicidio o la eutanasia. La libertad, junto a la responsabilidad, responde sobre nuestras acciones ante nosotros mismos y ante los demás. Ahora bien, esta libertad no significa hacer lo que queremos, La libertad, como principio, está regida por normas morales e indisolublemente ligada a la responsabilidad. Ser una persona libre significa conocer y elegir responsablemente, hacia sí mismo y hacia los demás. En el presente trabajo tanto la investigadora como los investigados fueron personas libres y responsables, por lo cual se utilizó el consentimiento informado, en donde se les comunicó acerca de la investigación que se está realizando y se les solicitó el permiso para realizarle la entrevista correspondiente, se les informó a los sujetos de investigación, el objeto de estudio y los objetivos.

9.- CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

La calidad de las investigaciones en las ciencias de la salud es un aspecto fundamental que los investigadores deben evaluar antes de utilizar los resultados de los estudios.³⁷

Para la presente investigación, se tuvo en cuenta los siguientes criterios propuestos por Guba y Lincoln.³⁸

□ **Confidencialidad:** Referido a la identidad y a los secretos expresados por los participantes que salen a la luz, no se harán de conocimiento público. Constituirá la garantía de que los informes suministrados no serán divulgados públicamente de manera que puedan ser reconocidos y que

dicha información no permanecerá a disposición de terceros, excepto quienes estén involucrados en el estudio.

□ **Credibilidad:** Se refiere al valor de verdad, confiando siempre en que la información obtenida durante la entrevista sea verídica. Será la veracidad de los hallazgos relacionados, como una investigación y hará referencia a la necesidad que exista una coherencia entre los resultados de la investigación y las percepciones que los sujetos participantes poseerán de la realidad estudiada.

□ **Confirmabilidad:** Este criterio se refiere como la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares. El presente trabajo de investigación también servirá como medio de información para otros investigadores, estudiantes, profesionales y personas interesadas en su contenido.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El presente capítulo corresponde a la etapa final de todo proceso de investigación, y considera el análisis y discusión de las categorías que han emergido después del exigente y riguroso tratamiento de datos.

Como toda investigación cualitativa, el investigador inicia este estudio definiendo un objeto de investigación y delimitando los objetivos que deben ser transversales a todas las etapas del estudio y deben ser contrastadas con los resultados que se obtengan y, sobre todo, evidenciadas al momento de la discusión los datos más relevantes que confluyen en este objeto de investigación.

En ese contexto y antes de iniciar este capítulo se hace preciso mencionar que en el marco teórico planteamos como respaldo conceptual los presupuestos de Waldow (2006) y Kérouac (2002) en su calidad de estudiosas de la gestión del cuidado en enfermería; sin embargo, a la luz de nuestros hallazgos y de acuerdo a nuestro objeto de investigación hemos ampliado dicho respaldo con Oliveira (2011), quien desarrolla apuntes teóricos muy interesantes y coherentes con el proceso de la gestión del cuidado en salud.

Tomando el lenguaje de la propuesta conceptual de Oliveira Cecilio, se han definido los títulos de las dos grandes categorías que han emergido en la presente investigación: “La singularidad de las dimensiones: individual, profesional y organizacional de la gestión del cuidado” y “la enfermera como líder en la gestión del cuidado a la persona con tuberculosis”. La definición de la primera categoría responde al referencial conceptual que respalda esta investigación. Así, asumimos de Kérouac la dimensión individual de la gestión del cuidado y de Oliveira las dimensiones profesional y organizacional que incluye, además, tres elementos que determinan la gestión del cuidado: la competencia técnica, la postura ética y la capacidad del cuidador a construir vínculos con la persona cuidada. Desde la perspectiva de la investigadora, en su conjunto estas tres dimensiones dan respuesta a la singularidad de la gestión del cuidado a la persona afectada con tuberculosis.

La segunda categoría rescata el liderazgo de la enfermera y su equipo en la gestión de la estrategia en el marco de los lineamientos técnicos para la prevención / promoción y el control de la tuberculosis.

En seguida presentamos dicho análisis y discusión.

PRIMERA CATEGORÍA: LA SINGULARIDAD DE LAS DIMENSIONES: INDIVIDUAL, PROFESIONAL Y ORGANIZACIONAL DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO.

En coherencia con el método de tratamiento de datos, esta categoría surge como resultado de tres elementos significativos para las personas entrevistadas –enfermeras asistenciales, enfermeras responsables de la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis (EPCT)- así como personas que padecen de TBC y se atienden en esta estrategia. Estos elementos se representan como los más importantes y relevantes para las entrevistadas por su alta frecuencia: simple y asociada.

Ambas frecuencias reflejan que los tres elementos: *actitud de la enfermera*, *cuidado a la persona* y *contexto del cuidado* tienen significación y sentidos semántico y sintáctico aproximados al objeto investigado. De este modo, la primera categoría empírica de investigación que presentamos ha sido construida de manera cuantitativa basándose en entrevistas cualitativas. Y de acuerdo a Setenta Porto y Col (2003) esta forma de tratamiento garantiza resultados de mayor credibilidad y confiabilidad en la investigación cualitativa, encaminándonos a un mayor reconocimiento de nuestros productos investigativos.

Para mayor comprensión en seguida presentamos el cuadro síntesis que dio origen a la composición de esta categoría, donde observamos en detalle los elementos significativos que han sido determinados basándose en los criterios de composición de categoría que exige el Método de Asociación de Contenidos. Se incluye el registro de sus respectivas frecuencias:

ELEMENTO SIGNIFICATIVOS	Frecuencia simple	Frecuencia Asociada
Actitud de la enfermera	76	103
Cuidado a la persona	60	79
Contexto del cuidado	51	45
TOTAL	187	227

Al iniciar este análisis es importante resaltar que la tuberculosis se desarrolla en un contexto de pobreza y desventaja social, por lo que requiere de una atención no solo clínica y farmacológica, con énfasis a una mirada biológica, sino se precisa, sobre todo, de una mirada cuyo enfoque sea integral, es decir, las dimensiones anteriores más las dimensiones psico – social, cultural y contextual.

Un punto importante de análisis son las inequidades sociales, sobre todo, en un país como el nuestro donde el 44.5% de la población vive en pobreza y el 16,1% en pobreza extrema; más aún, esta situación de pobreza y pobreza extrema no es homogénea en el territorio peruano, sino tiene predominio por alguna de las regiones. Estas grandes desigualdades entre las regiones del continente y dentro de cada país, así como patrones epidemiológicos distintos entre los diferentes estratos de las sociedades, exigen un estudio particular del escenario o el contexto que rodea a las personas que padecen de tuberculosis.³⁹

Siendo así, este capítulo pretende singularizar el estudio de las categorías en el contexto del escenario peruano/lambayecano y, sobre todo, en el establecimiento del C. S. de San Martín; e iniciamos este análisis con las propuestas de Kérouac (2002), quien hace una precisión importante respecto la gestión del cuidado enfermero, relacionándola con las conceptualizaciones propias a las bases teóricas filosóficas de la disciplina enfermería. Asimismo, se deja abierta la posibilidad de ejercer también la gestión del cuidado basada en las teorías administrativas o teorías prestadas de otras disciplinas.

Para esta investigación, el término acuñado de “gestión centrados en el cuidado” considera de manera transversal los presupuestos de la disciplina de enfermería, es decir, nos centramos particularmente en la persona (ser que cuida y ser cuidado) que interactúa con su entorno y vive

experiencias de salud. Esa función de gestionar el cuidado se enfoca particularmente a aquellas enfermeras que asumen un rol y función de gestión en las diferentes instituciones de salud, en tal contexto la práctica busca mantener y promover el cuidado no solo de la persona, sino también de su entorno.

En esa línea de pensamiento, y en el contexto de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis (ESPCT), pretendemos analizar la gestión del cuidado de las enfermeras coordinadoras de dicha estrategia, y para enriquecer y contrastar el análisis se entrevistaron también a las enfermeras asistenciales de dicha estrategia y algunas personas que padecen de tuberculosis y se atienden allí –sujetos del cuidado-.

Los resultados obtenidos quizá eran los esperados para quienes vivimos de cerca esa realidad, pues la observamos no solo en el establecimiento escenario de este estudio, sino de manera general en la mayoría de instituciones que cuidan a las personas afectada de tuberculosis. Estamos hablando de la forma cómo se ofrece el cuidado en la ESPCT, quizá se entiende mejor, si presentamos los siguientes testimonios:

Hay algunas enfermeras y algunas técnicas que no les gusta atendernos, porque piensan que los vamos a contagiar, casi no se acercan y pienso que deberían ser más amables. (Chabela- paciente)

La enfermera de la tarde es un poco mala, nos grita y nos dice que vayamos a esperar a la técnica para que nos dé las pastillas porque ella está ocupada y no puede darnos el tratamiento. (Rosa- paciente)

El trato es lo que más valoro de la enfermera, yo vengo en las mañanas porque en las tarde hay enfermeras que se molestan y gritan. (...) Estoy satisfecha con la enfermera de la mañana porque me trata bien, vengo a tomar mis pastillas, me explican para cuidarme y esté curada, también me da mis alimentos y me pregunta cómo voy de salud. Sí, estoy contenta porque se preocupan por mí. (Clavelina- paciente)

No me quejo, aquí me tratan bien, el enfermero y las enfermeras que atienden son muy buenos, me dan mi tratamiento, cuando yo tengo alguna duda sobre mi enfermedad ellos me explican, yo siempre vengo en la mañana. (Clavel-paciente)

Hago un rápido paréntesis en el último testimonio para especificar que la deficiencia en la atención específicamente el C.S. San Martín se puede atribuir que el turno tarde solo tiene una

enfermera que se encarga de ofrecer cuidado en tópicos, en vacunas, control CRED, emergencias y cuidado al adulto; en cambio en el turno de la mañana generalmente hay dos enfermeras y varios profesionales del nivel técnico que apoyan en el cuidado. Esta realidad responde a un complejo problema del contexto laboral – institucional en la que trabajan los profesionales de enfermería, y repercute en la calidad del cuidado que ofrece, el mismo será analizado más adelante.

Retomando los testimonios presentados líneas arriba, los dos primeros son solo a manera de ejemplo, en realidad fueron muchos más los que expresaron su inconformidad y malestar por sentirse “distantes” o relegados” en el cuidado que les ofrece la enfermera del ESPCT. Sin embargo, los últimos dos testimonios resaltan el valor del trato personal y la consideración de sentirse valorados.

Podría pensarse que los testimonios presentados no corresponden a un estudio de la gestión del cuidado, sino más bien a una investigación direccionada al “cuidado asistencial”. No es así, en la concepción de gestión del cuidado presentada por Kérouac (2002) hace notar que la enfermera gestora (llamada en nuestros establecimientos “enfermera jefe” o “enfermera coordinadora”) tiene que velar por una práctica de valores, actitudes y comportamientos que traduzcan una visión distinta y específica de la gestión centrada en el cuidado. Sostiene además que el rol de enfermera gestora debe ser apoyar al profesional cuidador (enfermera que ofrece el cuidado directo–asistencial) y comprometerlos en los procesos de cambio y de cuidado centrado en las experiencias de salud de las personas, a través de la movilización de sus potencialidades como cuidador y de potenciar también los recursos del entorno de cuidado.

Interesante este presupuesto de Kérouac, sin embargo parece lejano a nuestra realidad, pues en ella vivimos y evidenciamos con mucha frecuencia que la enfermera “jefe” responsable de un servicio o unidad, al contrario de buscar el crecimiento y potencialidad de su personal (enfermeras asistenciales), se muestran despreocupadas en ese tema, en otros casos, muestran una actitud neutral o indiferente al desarrollo y desempeño profesional.

También menciona a Watson quien nos dice en su teoría del cuidado referente a la práctica enfermera y colaboración, que si bien es cierto la enfermera no puede ser reemplazada para brindar

el cuidado, puede apoyarse en el personal técnico de enfermería para brindar un cuidado óptimo, teniendo en cuenta sus conocimientos y habilidades. Y es lo que sucede muchas veces en los establecimientos de salud, pero esto no quiere decir que sea responsabilidad del personal técnico, lo que ocurre es que está colaborando por ser integrante del equipo de salud.

Como en toda profesión, en la enfermería se cuenta con trabajadores que asumen actuaciones profesionales diversas, algunos identificados con su profesión y poseen conocimientos de las bases teóricas, conceptuales del cuidado, así como de las ciencias básicas y aplicadas, lo cual les genera mayor seguridad y capacidad de argumentación al momento de ofrecer el cuidado o interactuar con otros profesionales de la salud. Otros enfermeros, se muestran menos interesados y básicamente cumplidores de una “tarea” que les permitirá un ingreso económico para su supervivencia.

En los testimonios siguientes se evidencian algunas diferencias en el cuidado que ofrecen diferentes enfermeras, incluso las diferencias son notorias cuando se trata de las declaraciones de la enfermera “jefe” o las enfermeras asistenciales, veamos:

Como coordinador me preocupo en primer lugar porque el paciente se sienta en confianza con mi persona, intento desde el primer contacto que no se sienta discriminado (...), sin embargo, algunas colegas de este establecimiento, tienen conductas negativas, rehúyen acercarse a estos pacientes, o todo lo que esté relacionado con ellos, cumplen a medias sus obligaciones, pese que les insistimos que su cuidado tiene que ser personalizado. (Telémaco- Enfermero coordinador)

El cuidado que brindamos, siento que no lo estamos dando como debería ser, que solo damos el tratamiento por cumplir con el trabajo, pero más no, porque nos preocupamos del estado de salud de los pacientes. (...) Yo me cubro la boca para dar tratamiento, le damos como si se tratara de un robot, pero falta ese cuidado, la preocupación por su estado, por saber cómo va evolucionando. Desde mi punto de vista, nos comportamos así porque son multidrogo resistentes y tenemos miedo que nos contagien. Lo que queremos es que tomen rápido el medicamento y salir cuanto antes del ambiente. (Nimia- enfermera asistencial)

Interesantes ambos testimonios, pero incoherentes entre sí. Mientras que el primero –declarado por el “jefe” coordinador de la estrategia- señala que hay una preocupación, tanto por su enfermera como por la persona que recibe el cuidado; la segunda entrevistada que corresponde a la enfermera asistencial, señala un claro distanciamiento del sujeto del cuidado. Es más, ofrece un cuidado marcado por la influencia estereotipada del contagio en el contacto directo.

En este momento cabe resaltar, que si bien el término “gestión del cuidado” está referido a la forma cómo la enfermera “jefe” gestiona su servicio (incluyendo cuidado a la enfermera y persona cuidada), también el término incluye a la forma cómo la enfermera asistencial gestiona su cuidado directo dirigido, en este caso; a la persona que acude a la estrategia de TBC. En esa consideración la gestión centrada en el cuidado enfoca prioritariamente en la persona y las dimensiones relacionadas a ella.

Esa dimensión individual que señala Kérouac es fundamental en la gesti3n, pero además Oliveira Cecilio⁴⁰ enfoca la dimensi3n profesional y organizacional como determinantes para medir la gesti3n del cuidado.

Como mencionamos al inicio de este capítulo, el estudio de la gesti3n del cuidado es complejo, y en nuestro marco te3rico–conceptual se consider3 el análisis desde un enfoque de la disciplina de enfermería, sin embargo, por los resultados obtenidos e intentando dar respuesta a los objetivos con mayor amplitud, se hace necesario introducir la propuesta conceptual de Oliveira Cecilio (2011) quien enfoca la gesti3n del cuidado desde una perspectiva de la salud en general. Este autor propone seis dimensiones para su evaluaci3n: la dimensi3n individual, familiar, profesional, organizacional, sistémica y societaria.

De Oliveira es referenciado en esta parte del análisis, porque además de considerar una gesti3n del cuidado enfocado a factores internos (individual y familiar), hace énfasis también a los factores externos, algunos de ellos serán profundizados en este análisis.

Se hace importante resaltar en este momento, la dimensi3n profesional del cuidado, concebida como aquella que se da en el encuentro entre profesionales y los pacientes, agrega que esta dimensi3n es regida por tres elementos principales que le confieren su mayor o menor capacidad de producir el buen cuidado: a) la competencia técnica del profesional referente a su núcleo profesional específico, es decir, la capacidad que posee por su experiencia y formaci3n para dar respuesta a los problemas vividos por el paciente; b) la postura  tica del profesional, en particular el modo que se dispone a movilizar todo lo que sabe y lo que puede hacer en sus condiciones reales

de trabajo para cuidar de la mejor forma posible tales necesidades y; c) capacidad de construir vínculos con quien precisa de sus cuidados.⁴⁰

Nos atreveríamos afirmar que el primer elemento de la competencia técnica se cumple de manera favorable en las profesionales de enfermería, la mayoría de las personas que están al frente de la ESPCT cuentan con experiencia y capacitación, toda vez, que esta estrategia está considerada como prioritaria en las políticas de salud, generando de manera continua capacitaciones que permitan un mejor cuidado, la siguiente entrevistada trata el tema:

Como profesionales estamos permanentemente actualizados en la enfermedad, porque cambian los medios diagnóstico, los estudios para ver el periodo de contagio, entonces sugiero que se continúe con esta capacitación para que el personal, se actualice en los cambios que existe en la estrategia, así vamos a mejorar nuestra calidad de atención. (Telémaco- coordinador)

Para la investigadora, el problema que manifiesta la persona cuidada en sentir “distancia” en el cuidado que ofrece la enfermera, no tiene origen en un desconocimiento del hacer profesional, sino en el tipo de persona a quien se cuida. Hablar de cuidado a la persona con tuberculosis genera una acción y reacción “natural” basada en los estereotipos y preconceptos hasta mitos que rodean esa enfermedad. Si no veamos los siguientes testimonios:

El problema del cuidado a la persona con tuberculosis es que viene con todo un paradigma, el personal de salud percibe que vamos a enfermarnos, enfermar a nuestra familia, (...), es un paradigma que todavía no podemos cambiar, y no solo el personal de enfermería, también los médicos, técnicos, todo el equipo de salud, a pesar que se toman las medidas de bioseguridad, hay distancia con el paciente, pero tenemos que trabajar más por las personas que tienen tuberculosis. (Margarita-enfermera asistencial)

En el cuidado usamos mandilón y mascarilla, el paciente se extraña y no siempre le explicamos por qué lo usamos, tampoco el coordinador le informa al paciente el motivo de esas máscaras. Cuando la visitamos sólo le damos el tratamiento. (Nimia- enfermera asistencial)

Somos tres colegas, pero con una de ellas tengo cierto inconveniente porque no le gusta dar el tratamiento al paciente refiere “me contagio”, tengo un niño pequeño, el bacilo está en mi ropa”. La concientización de un buen cuidado no es en todos los profesionales, generalmente le designan al técnico la administración del medicamento, es ella quien se acerca al paciente a darle el tratamiento o preguntarle cómo se siente. A veces los pacientes están ahí, pero la enfermera espera hasta que el técnico se desocupe y le pueda dar el tratamiento, y a veces el paciente espera mucho tiempo. Eso es discriminación, está bien que se preocupe

por su niño, pero como profesionales sabemos las medidas de bioseguridad y como evitar el contagio. (Orquídea-Coordinadora)

Hay algunas enfermeras que se mantienen lejos de nosotros, piensan que los vamos a contagiar, nos dejan las pastillas en la mesa y nos dicen tómalo y nos miran de lejos, casi no se acercan. (Chabela- paciente)

Estos testimonios nos hacen reflexionar sobre si cumplimos el segundo elemento de la dimensión profesional: la postura ética de los enfermeros. La respuesta es inmediata, o quizás no. Es marcadamente visible la discriminación en el cuidado a la persona con tuberculosis, el solo hecho de dejarlo premeditadamente en constante espera, en cubrirnos la boca para atenderlo o hablar con él a una distancia física vergonzosa, aún más, poner la pastilla en un lugar e indicarle que lo tome, mientras nosotras vigilamos a una distancia que no nos comprometa. Todas esas y muchas otras actitudes, sin duda nos evidencian el incumplimiento de una postura ética en muchas de las enfermeras responsables de esta ESPCT, demás está explicar que también se incumple el tercer elemento de crear vínculos entre las personas responsables del cuidado: enfermera/persona con tuberculosis y familia.

Insistimos en aseverar que la postura ética y la falta de vinculación en este caso del cuidado, están fuertemente influenciado al tipo de enfermedad.

Frente a esta realidad, la enfermera gestora se enfrenta con un gran desafío, el de ejercer su actividad de cuidado en un entorno marcado por numerosas contrariedades y que presenta diversos obstáculos para un enfoque de gestión dirigido a mantener el cuidado de la persona que vive experiencias de salud. Esta importante función es concientizada por una de las enfermeras coordinadoras entrevistadas, enfatizando que a ella le corresponde dar el ejemplo de un buen cuidado y exigir lo mismo a los demás profesionales.

Mi preocupación es que todos los enfermeros asistenciales tengan una buena relación con los pacientes, le brinden confianza, apoyo, atención médica, consejería sobre el tratamiento. Es una tarea ardua y difícil, pero considero que es la más importante y nosotros tenemos que ser los primeros. (Orquídea-enfermera coordinadora)

De acuerdo a Waldow (2006), hablar de la gestión del cuidado exige pensar en la persona como centro de ese cuidado, entendiéndose a la persona como: el ser que cuida y el ser que es cuidado, ambos con derechos y deberes que se ponen en evidencia en el acto de cuidar. Volvemos a pensar, si esta importante afirmación solo cabe en la teoría o en los documentos muy bien escritos, porque en la práctica la distancia para conseguir ese ideal es amplia. La actual estructura y la realidad de los establecimientos de salud contrastan visiblemente con una gestión de cuidado orientada hacia la persona y su transformación.

No podemos hablar de una gestión centrada en el cuidado y menos pensar en una transformación de la persona, cuando la realidad del entorno y el escenario del cuidado son totalmente deficitarios. En los últimos años el Estado no ha cesado de inaugurar múltiples puestos y centros de salud, sin embargo contrasta con la racionalidad de los recursos humanos y financieros, caracterizados por un tipo de políticas de contrato que está a espaldas de los derechos de todo trabajador, es pues evidente en muchos establecimientos las condiciones laborales con largas jornadas de trabajo y poca remuneración, o quizá cabe enfocar las políticas de productividad que se exige en todo establecimiento de salud, centrado en estándares cuantitativos de dominio y eficiencia de técnicas, pero alejada del cuidado y la evaluación cualitativa del mismo, todo esto constituye un gran desafío para quien gestiona una unidad de enfermería.

De todo ello, resaltamos como elemento de análisis importante en nuestra investigación el recurso humano. Oliveira Cecilio (2011) acrecienta en su conceptualización de la gestión del cuidado en salud, una dimensión más la dimensión organizacional del cuidado, como aquella que se realiza en los servicios de salud marcada por la división social del trabajo y evidencia de nuevos elementos como: trabajo de equipo, actividades de coordinación y comunicación, además de la función gerencial propiamente dicha. En ella asume centralidad la organización la organización del proceso de trabajo, en particular la definición de flujos y reglas de atención y la adopción de dispositivos compartidos por todos los profesionales. Considerándose que esta dimensión del cuidado depende de la acción cooperativa de varios actores profesionales, frecuentemente se ponen en evidencia diferencias, disputas y peleas por el poder.

Quizá los testimonios a seguir no evidencian una lucha y disputa de poder evidente, pero en el entendimiento de la investigadora se presenta una lucha subjetiva; oculta, sobre todo. en el equipo de enfermería: enfermera coordinadora/asistencial, interna de enfermería, y técnico de enfermería, veamos:

Hasta donde he visto el coordinador no realiza el cuidado directo a la persona, en cambio nosotros sí cumplimos, pero a veces nos vemos limitadas por los prejuicios frente a la tuberculosis. Bueno con todas las medidas que tomamos sí cumplimos con el tratamiento, pero es difícil. (Margarita- enfermera asistencial)

Como coordinador considero que es muy importante mantener todos los estándares y las metas que nos piden: captación de sintomáticos respiratorios, de acuerdo a la población que tenemos, mantener el “stock” adecuado de medicamentos, mantener coordinación con el laboratorio referencial al cual mandamos las baciloscopía. Son muchas las responsabilidades, y falta tiempo para ir a sus casas para enseñarles cómo debe hacerlo, ver el cuarto donde están, o en qué ambiente se encuentran. (Orquídea- coordinadora)

Además de la parte asistencial, tengo obligaciones administrativas y delego a otro personal cuidar al paciente, porque tengo otras responsabilidades durante el turno. A diferencia de otros profesionales, los enfermeros asumimos diferentes responsabilidades y además de estar en la estrategia, que nos pone en riesgo personal. (Telémaco- coordinador).

Tal como señala Kérouac (2002), la gestión de los cuidados se inscribe en una constelación de fenómenos y acontecimientos. La característica de la mayoría de establecimientos de salud, las actuales estructuras de organización, las diferentes fuentes de poder, igual que los valores cuantitativos centrados en la producción parecen, hoy en día, inadaptados al crecimiento y desarrollo de la organización de los cuidados enfermeros.

El equipo de enfermería generalmente está integrado por las enfermeras profesionales, estudiantes, técnicos y, en algunos casos, auxiliares de enfermería, el rol que desempeñan cada uno de ellos pareciese estar definido y conocido por todos, pero en la práctica –que es lo que cuenta- con frecuencia observamos que el técnico asume funciones que son de responsabilidad de la enfermera, al igual que los internos de enfermería quienes generalmente asumen la gestión de un servicio, bajo la mirada esporádica de la enfermera, quien no necesariamente ocupa su tiempo en otras actividades del cuidado.

Estos hechos que se suscitan en los establecimiento de salud, son conocidos por todos y no solo en los profesionales de enfermería, sino en otros grupos profesionales; los más jóvenes o de menor nivel jerárquico siempre trabajan “cubriendo” la labor que le corresponde al profesional gestor.

Esa situación no es diferente en las ESPCT, al contrario la situación se agudiza porque sumado al “hábito de trabajo”, tiene una gran influencia los marcados estereotipos del cuidado a la persona con tuberculosis, generando un rechazo, distanciamiento y aversión a la persona por miedo al contagio. Siendo así, es frecuente que las enfermeras deleguen su responsabilidad de cuidado a estudiantes o técnicos. Sin darse cuenta que ese acto genera de una manera simbólica delegación de poder, que en el tiempo puede revertirse confiriendo a otros profesionales autoría de actividades profesionales que por ahora corresponden a la enfermera.

No somos ajenos al problema de sobrecarga laboral que tiene la enfermera, más aun, es triste ser testigos que frente a una ineficiente gestión de cuidado, las coordinadoras y/o jefes de enfermeras, no proporcionan el número suficiente de recursos humanos que permita ofrecer un buen cuidado de forma particularizada. Lo general es que una sola enfermera esté al frente de un servicio hospitalario con 30 o más personas; en los establecimientos de salud hay una semejanza de sobrecarga laboral, por ende, esta profesional se hace responsable de varios consultorios o emergencias al mismo tiempo. Claro está, en ese contexto se ve “obligada” a delegar. Pero el hecho es que en los casos que la situación institucional es favorable y se cuenta con el personal suficiente la enfermera sigue asumiendo una actitud de delegación, ejerciendo su poder de autoridad con quienes estás jerárquicamente inferior.

Cabe aquí reiterar que la responsabilidad de la enfermera que gestiona una unidad centrada en el cuidado, debe centrarse en el crecimiento de la persona y la mejora de los ámbitos de cuidado, promoviendo contextos favorables que permitan a la persona influir sobre la transformación del entorno y la movilización del potencial y de los recursos de la persona.

Si no actúa en esa alineación, estaremos frente una enfermera administradora preocupada por parámetros cuantitativos enfocado en ratios de costo-eficiencia, pero no en promover las concepciones de la gestión orientados a la disciplina enfermería.

Finalmente, se hace importante mencionar que otro aspecto influyente en la gestión del cuidado, son los aspectos de infraestructura que poseen los diversos establecimientos de salud que ofrecen la ESPCT, antes de seguir creemos conveniente registrar algunos de los testimonios que hablan al respecto:

El personal tiene temor muchas veces dan el tratamiento fuera del ambiente, quizás por temor que como el ambiente de la estrategia es reducido, tienen miedo de contagiarse, a veces le dicen al paciente pase pero le dejan el tratamiento para que lo tome y ellas lo vigilan de la puerta. (Lirio – enfermera asistencial)

La coordinadora debe preocuparse que los ambientes para tratamiento sean adecuados. Así como se preocupa por el paciente también lo debe hacer por su personal. (Azucena- enfermera asistencial)

Las normas para el cuidado en la ESPCT son claras en el documento normativo, sin embargo la realidad es muy diferente. Los ambientes generalmente son pequeños y carecen de adecuada iluminación y ventilación.

Estos aspectos estructurales corresponden a lo que se denomina el contexto de cuidado, definido por diversos teóricos como un modo de relación entre el ser humano y el mundo físico, social y cultural determinado por la historia. Es así como el conocimiento y la comprensión de las dinámicas del contexto local, nacional y global que determinan los modos de vida y de salud de los individuos y colectivos son imprescindibles para la gestión de políticas públicas y para una práctica de enfermería pertinente y solidaria.

Meleis (1988), sostiene que la dirección de los cuidados de enfermería debe tener una visión clara y explícita de la disciplina de enfermería con el fin de contribuir de manera distinta a la solución de los problemas relativos a los cuidados, a los pacientes, su familia y al personal. La dirección de los cuidados tiene la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, la selección de prioridades, la elaboración de políticas, la

selección del personal con excelente formación en cuidados enfermeros, y el desarrollo de capacitación e implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería.

SEGUNDA CATEGORÍA: LA ENFERMERA COMO LÍDER EN LA GESTIÓN DEL CUIDADO A LA PERSONA CON TUBERCULOSIS

La lucha por el control de la tuberculosis se sustenta en el reconocimiento de la dignidad de las personas y en sus derechos universales, buscando la realización plena de sus capacidades, por ello se basa en principios de derechos humanos, de equidad, solidaridad y autonomía; en el marco de la salud pública ese objetivo se logra por un trabajo transdisciplinario e interactivo entre el campo de la salud, el campo educativo y la esfera social.⁴²

Por la naturaleza compleja del problema de la tuberculosis, el denominado Programa de Control de la Tuberculosis pasó a ser fortalecido y convertido en una Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, con esta nueva tendencia se exige que los gerentes responsables, además del conocimiento técnico operativo, posean pleno conocimiento del pensamiento estratégico empresarial, comunicación, investigación y mercadeo social en un contexto ético y de derechos humanos²⁶. Teóricamente, se convierte en un poderoso instrumento de gestión, que busca unificar los criterios de manejo clínico en la lucha contra la tuberculosis y contribuir que esta enfermedad deje de ser un problema de salud pública en nuestro país. Sin embargo, pese al énfasis que desde las políticas públicas se instituye para reducir las altas tasas de mortalidad y morbilidad, los resultados aún no son los esperados. Las razones son múltiples y corresponden a diversos niveles de responsabilidad, que abarcan desde el sistémico, organizacional hasta el profesional-individual, pero en esta segunda categoría nos centraremos de manera prioritaria en la figura de la enfermera y su equipo de enfermería que gestionan la estrategia en el marco de los lineamientos técnicos para la prevención/promoción y el control de la tuberculosis.

La enfermera juega un rol protagónico en la gestión de esta estrategia, y ese hecho se ha ratificado en esta segunda categoría que emerge como resultado de tres elementos relacionados entre sí de una manera semántica y sintáctica. El cuadro línea abajo especifica dichos elementos:

ELEMENTO SIGNIFICATIVOS	Frecuencia simple	Frecuencia asociada
Lineamientos administrativos en el cuidado	45	74
Gestión del cuidado del personal	41	47
Trabajo en equipo	38	51
TOTAL	124	172

Entre los lineamientos de la ESPCT, está la prevención de la tuberculosis cuya finalidad es evitar la infección por tuberculosis y en caso que se produzca tomar precaución de las medidas adecuadas para evitar la instalación de la enfermedad. En tal sentido, las acciones de gestión del cuidado enfermero están dirigidas hacia la prevención más eficaz -evitar el contagio-, eliminando las fuentes de infección presentes en la comunidad; sin embargo los testimonios obtenidos no enfocan el logro de ese objetivo, veamos:

Gestión del cuidado de la estrategia no solo se refiere a documentación sino también a la misma persona que vamos a atender; que no necesariamente son los pacientes sino toda la comunidad en general, porque como la estrategia dice que hay que prevenir la tuberculosis a través de actividades conjuntas con la comunidad. Prevenir haciendo captación de sintomáticos, pero la enfermera sola no puede, sus múltiples ocupaciones lo impiden. (...). Se ha hecho una difusión hacia la comunidad sobre la enfermedad, pero no es una difusión masiva; por decir en el mes de marzo, el mes de la tuberculosis, se intentó hacer diariamente, pero después no hay mucha difusión de las medidas de prevención”. (Telémaco-coordinador)

Retomamos en este momento un párrafo también referenciado en la primera categoría, para realizar una gestión centrada en el cuidado se exige centrarnos en la persona, en su singularidad, individualidad, en el respeto de su dignidad como ser humano. Cabe entonces preguntarnos, ¿las políticas de salud actual, las condiciones de infraestructura y logística, que se trabaja en los hospitales y establecimientos de salud, ofrecen circunstancias adecuadas para una gestión centrada en el cuidado? o tal como lo señala la enfermera “jefe” (coordinadora de la estrategia), “debería” haberse realizado una prevención personalizada, pero por falta de personal se hace una difusión masiva de la enfermedad.

El separar el cuidado de la curación, le da a la enfermera la posibilidad de ayudar al paciente a través de una educación que lo informe y lo responsabilice sobre su autocuidado. Que sea el mismo paciente el que determine sus necesidades personales y adquiera la capacidad de desarrollarse y crecer como persona. La enfermera tiene como una de sus principales funciones la de educar al paciente en el cuidado de su salud. La enfermedad separa al ser humano de su estilo de vida, su rutina y costumbres, lo cual le genera estrés, al que debe adaptarse. El estar informado le permite al paciente percibir los eventos en forma objetiva. Los psicólogos sociales establecen que los profesionales de la salud deben prepararse para educar y entregar información al paciente, de este modo, los van a ayudar a adaptarse y a disminuir el estrés.

Como pretendemos superar este inconveniente en nuestro país; si por un lado, hay escasez de profesionales que se dediquen íntegramente a esta estrategia; por otro, los pocos que están asignados muestran inercia o desinterés para gestionar el cuidado. Veamos los siguientes testimonios:

Conozco que lo más importante es la prevención de la TBC, y si detectamos cualquier caso, debemos hacerle su baciloscopía, y tratar a la familia para evitar el contagio masivo del bacilo a la comunidad en general. (...) pero no todos hacemos prevención, hay personas que llegan atenderse, los vemos toser pero no les preguntamos cuánto tiempo lleva así. Nos hacemos las disimuladas, porque tenemos mucho trabajo y la captación del sintomático respiratorio te toma tiempo. Pues, solo la enfermera responsable de la estrategia tiene esa tarea, otros profesionales no se interesan en captarlo, no les gusta y le deja la responsabilidad de todo a la enfermera o técnica responsable, los otros trabajadores no se interesan en captar. (...) Cuando se celebra la Semana por el Día Mundial de Lucha contra la Tuberculosis, ahí sí se hacen más actividades de prevención y promoción, todos participan porque como hay que presentar un informe, se hacen sesiones educativas, captación de sintomático respiratorio, y solo por el día, pero pasa la semana, y todo queda olvidado. (Orquídea-coordinadora)

Tanto Kérouac (2002) como Waldow (2004) coinciden en afirmar que el rol de la enfermera gestora debe gravitar alrededor del liderazgo y de la motivación, como dos procesos esenciales para la gestión del entorno social. Este entorno social es gravitante pues la tuberculosis es una enfermedad relacionada a diferentes dimensiones: sociales, culturales, demográficos, familiares, económicos etc. que dificultan una adecuada y homogénea respuesta para contrarrestarla.

Justamente por tener esa particularidad, la enfermera como responsable de la promoción y prevención de la salud tiene que cultivar la capacidad para liderar su equipo en el cumplimiento de la realización de actividades operativas derivadas de las acciones de sospecha, diagnóstico, tratamiento y manejo de contactos como son el registro, la notificación, niveles de atención, indicaciones de referencia, manejo de medicamentos y, especialmente la asignación de las responsabilidades de cada integrante del equipo de salud.

Es un compromiso que tiene implicancias más allá del área profesional, sobre todo, y exige que la institución otorgue las condiciones para cumplir con esta meta nacional. Siendo la tuberculosis la responsable de un importante número de muertes en la historia de la humanidad, precisamos enfocar políticas sociales que ayuden a superar la pobreza, el hacinamiento, la exclusión social, la inequidad como condicionante que facilita el desarrollo de la enfermedad. A pesar que en los últimos años, se ha tenido una política más agresiva, en la actualidad nuestro país presenta una de las tasas de morbilidad más alta en América Latina.⁴¹

Ese contexto exige un enfoque socio político innovador, integral basado en los determinantes sociales de la salud, pero también basado en un enfoque humano que respete a los sujetos involucrados: tanto la persona que padece de la enfermedad, como la persona que centra el cuidado para recuperar la salud. Por ello afirmamos, que la lucha contra la tuberculosis requiere que ambos actores sociales deben ser considerados en las políticas de cuidado.

Waldow (2006) refiere que en primer lugar “la enfermera gestora precisa concientizar sobre el problema y; segundo, es necesario que se organice colectivamente y establezca estrategias para una política de acción”. Agrega, que tanto la gestora como demás miembros del equipo tienen responsabilidad de favorecer un ambiente de cuidado, y debe ser en conjunto, mas no bajo la perspectiva de co-dependencia.

Interesante esta perspectiva de Waldow, porque lleva a delinear el carácter no solo sensible, sino también creativo de la enfermera. Que al margen de observar que un grupo profesional de enfermeras se alejan de su obligación profesional, otro grupo importante, pese las circunstancias laborales – estructurales que tiene que gestionar el cuidado-, se las “ingenia” para ofrecer un

cuidado en la perspectiva de Waldow de respeto al ser humano. Y pese a sus múltiples tareas que le exige la institución, enfoca un cuidado preventivo y recuperativo a la enfermedad.

Retomamos, entonces, que siendo la Tuberculosis (TB) una enfermedad prevenible y curable, corresponde a los profesionales de salud dar mayor enfoque a esta actividad, de lo contrario continuará siendo una de las infecciones de mayor transmisión en el mundo. Pues, los reportes señalan que por cada año de enfermedad activa se infectan en promedio de 10 a 15 personas²⁶, contactos del caso índice (familiares, amigos, vecinos). De los infectados, a su vez, un 10% enfermará de TB.

Son alarmantes estos índices, pero, entonces, ¿cómo superar el problema de la gestión de su cuidado? La respuesta no es fácil ni sencilla, sobre todo, cuando el Estado tampoco brinda protección a los mismos cuidadores. Su ingenio y creatividad saca adelante muchas situaciones de cuidado, pero en otros casos, ya extremos, ellos mismos asumen actitud de rechazo para trabajar en esta estrategia, por los riesgos inherentes a los que se enfrenta. Así, lo señala la siguiente entrevistada:

Todo trabajador debe conocer cómo funciona esta estrategia e involucrarse, ser más partícipe desde la captación de los sintomáticos respiratorios, hasta el orden en los registros. Pero no lo quieren hacer porque tienen familia, niños pequeños. En otros casos, hay colegas que tienen alguna patología que los hacen más susceptibles al contagio con esta enfermedad, y por eso no tienen voluntad de acercarse a estos pacientes con tuberculosis. El personal de enfermería y tampoco el personal técnico de enfermería no están involucrados al 100% en ese cuidado. (Orquídea-coordinadora)

Existen evidencias suficientes para declarar que la tuberculosis ha sido considerada como enfermedad ocupacional por diversos profesionales especialmente en los trabajadores de la salud. En el Perú están normados y reglamentados los derechos laborales inherentes a la tuberculosis como enfermedad ocupacional, como la cobertura por discapacidad temporal o permanente. Sin embargo, estos derechos aún no han sido suficientemente socializados y menos se han dado las condiciones para superar el problema en los diferentes establecimientos de salud.⁴²

En palabras de Oliveira la gestión del cuidado se da en múltiples dimensiones: profesional, organizacional y agrega una más la dimensión sistémica. Todas ellas apuntan a la imanencia y

complementariedad que guardan entre sí al momento de ofrecer el cuidado. El autor resalta que no existe una jerarquía entre las dimensiones, cada una de ellas tiene una relevancia que finalmente determina una calidad de la gestión. Pero sí, enfoca con mayor destaque que la dimensión profesional –donde se da el encuentro persona cuidada y persona cuidadora- es el territorio preferencial para que se ofrezcan las estrategias de gerenciamiento en busca de un mayor control de nuestra práctica. Apunta; además, que en esta dimensión se definen la cualificación y humanización de encuentros verdaderos entre los actores del cuidado.

Pero además, agrega Oliveira que la gestión del cuidado en salud asume múltiples dimensiones, todas ellas representadas en círculos concéntricos, que dan la idea de inmanencia en diferentes niveles de responsabilidad. La más amplia, la dimensión sistémica del cuidado considera el conjunto de servicios de salud, con sus diferentes grados de avance tecnológico y flujogramas que se establecen entre ellas, determinándose protocolos pensados en la perspectiva de garantizar el cuidado al usuario. Estas redes complejas operan en procesos de referencia y contrarreferencia, propiciando círculos concéntricos dentro de un articulado sistema de salud, bajo el enfoque de las políticas que lideran el cuidado.

Queda corto este trabajo para enfocar de manera amplia el análisis del cuidado en la persona afectada de tuberculosis; sin embargo, es un compromiso de la investigadora seguir profundizando en esta línea, no solo por una exigencia académica, sino también por el trabajo asistencial que desarrolla en esta estrategia.

CONSIDERACIONES FINALES

La gestión del cuidado enfermero en la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis del CLAS San Pedro de Lambayeque, al igual que otros establecimientos de salud en el Perú, está fuertemente influenciado por las políticas de salud actual, que se sitúan en el polo opuesto a lo que plantea los aspectos teóricos de la gestión centrada en el cuidado. La búsqueda incansable de la eficiencia, la racionalización de personal, el control y la visibilidad del cuidado basada en resultados objetivos bloquean la consecución exitosa del planteamiento de la gestión orientada a la persona y su transformación.

La gestión del cuidado enfermero propuesto por Kérouac y Waldow se basa en las concepciones teóricas de la disciplina enfermera, abriendo la vía a una filosofía de gestión orientada hacia la persona y hacia la transformación del entorno de trabajo.

En consideración que la gestión del cuidado tiene una repercusión en el entorno en la salud, asumimos que la propuesta de Oliveira Cecilio permite responder a la complejidad y heterogeneidad del cuidado, a través de sus dimensiones de evaluación de la gestión del cuidado: dimensión individual, familiar, profesional, organizacional, sistémica y societaria.

Las dimensiones individual, profesional y organizacional han respaldado el análisis de las categorías que han emergido en el presente trabajo. La enfermera gestora es la llamada a utilizar un enfoque heurístico orientado hacia la movilización del potencial y de los recursos de la persona, así como del entorno.

La estrategia no cuenta con la debida atención e implementación que se exige, pese a ser una prioridad en las políticas de salud que aún no se evidencia en los ambientes de trabajo.

La Gestión del Cuidado Enfermero en la ESNPCT implica una serie de conocimientos que debe tener el profesional de enfermería, empezando por su entorno, de las personas cuidadoras; de los

recursos humanos - financieros, así como también de las normas, directivas, políticas de salud y las exigencias de las personas afectadas.

RECOMENDACIONES

La gestión debe dar cuenta del impacto y resultados del cuidado en las personas afectadas con tuberculosis, por lo que se debe monitorear permanentemente la percepción de estos como elementos fundamentales para garantizar la calidad humana, científica y técnica en la ESNPCT.

Constituir el proceso de enfermería como método para la gestión que permite el seguimiento y monitoreo de los cuidados a las personas afectadas con tuberculosis. El desarrollo de sistemas de información en enfermería, permiten y facilitan la evaluación de los procesos de cuidado a través del análisis de los indicadores de gestión de calidad.

Generar evidencia a partir de la introducción de cambios sustanciales en la formación profesional de enfermería, en el desarrollo de competencias para desempeñar actividades asistenciales, docentes, investigativas y de gestión, de manera ética, científica, reflexiva, propositiva mediante la implementación de las metodologías propias y con alto sentido humanístico en la ESNPCT.

Desarrollar programas de educación continua de la ESNPCT, que permitan la integración de la gestión de los servicios y del cuidado enfermero. Así mismo es necesario el diseño de indicadores de gestión y calidad que evidencien el valor agregado de los cuidados de enfermería.

Las instituciones formadoras de enfermeros deben liderar proyectos de práctica académica que permitan una experiencia coherente y vinculante con la realidad del sector salud. Es necesario promover la documentación e investigación de la gestión del cuidado enfermero y de los servicios para retroalimentar la práctica y la formación del estudiante de enfermería en todas las etapas de vida y estrategias sanitarias.

Fortalecer las relaciones de trabajo, realizar capacitaciones permanentes para enriquecer de manera constante nuestros conocimientos y habilidades, para favorecer la continuidad y la calidad de los cuidados que brindamos a las personas con tuberculosis, respetando sus derechos y, sobre todo, brindarles un trato adecuado y no se sientan discriminados.

Socializar con todo el equipo de enfermería los documentos de gestión, los planes de trabajo, monitoreo de las actividades, control y seguimiento a las personas con tuberculosis.

Siendo la tuberculosis una de las causas de morbi-mortalidad en la población es preciso establecer políticas que ayuden a superar la pobreza, el hacinamiento, la exclusión social, la inequidad como condicionante que facilita el desarrollo de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zárate R. La gestión de cuidado en Enfermería”. Index. Enferm. España 2004.
2. Huber D. Liderazgo y administración en enfermería. McGraw Hill Interamericana. México. 1996. Pág.3
3. Colegio de Enfermeros del Perú. Normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero. Lima. Perú. 2008. Pág. 5
4. Leddy S, Pepper M. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Organización Panamericana de la Salud. New York. U.S.A. 1989.
5. Waldow R. Cuidar: Expresión humanizadora de Enfermería. Editora Vozes Ltda. Brasil. 2006
6. Kérouac S. y colab. El pensamiento enfermero. Masson. Barcelona. 2002.
7. OPS/OMS. Tuberculosis en Las Américas. Reporte Regional 2012. Washington, D.C. 2012
8. Del Castillo H, Mendoza A, Saravia J, et al. Epidemia de tuberculosis multidrogo resistente y extensivamente resistente a drogas en el Perú: Situación y Propuestas para su control. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2009; 26(3): 380-386.
9. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico. Volumen. 6 N° 03. SE N°13 – 2013. DISA V Lima Ciudad. Perú. 2013.
10. Accinelli R, Noda J, Bravo E, et al. Enfermedad tuberculosa entre trabajadores de salud. Acta Med. Perú. 2009; 26 (1):35-47.
11. Agramonte del Sol A, Farres Vázquez R. Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de Salud. Rev Cubana Enfermer 2010 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-
12. Cavanagh, S. Modelo de Orem. Aplicación práctica. Ediciones Masson-Salvat Barcelona. 1993.
13. Montenegro H; et al. . A enfermeira diplomada e a luta contra tuberculose no Brasil: 1961-1966. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2009, vol.43, n.4, pp. 945-952.
14. Cardozo I, et al.. Indicadores de desempenho do DOT no domicílio para o controle da tuberculose em município de grande porte, SP, Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2008 Fev [citado 2012 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000100015&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104->

15. Espinoza, T. “Estudio de los indicadores operacionales - epidemiológicos y características personales y laborales del responsable de enfermería de la estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis DISA III Lima – Norte. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1997
16. Rodríguez, C. “Cotidianidad de vida de las enfermeras que trabajan en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. Chiclayo – 2007.
17. Ortiz Zapata, Ana Cecilia. Estrategias para el desarrollo estructural y operativo de la gestión del cuidado en enfermería en las instituciones hospitalarias de III nivel de atención. [Citado el 5 de octubre de 2010] Disponible en Internet: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&sr=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=396732&indexSearch=ID>
18. Waldow, Regina “Cuidado Humano-Rescate Necesario”. Edit. Novak. Brazil.2006.
19. Colliere, M. “Encontrar el sentido, original de los cuidados enfermeros” tomado de: Revista Rol de Enfermería Vol. 2 n 22. 1999. Pág. 27 – 31
20. Watson, J. Nursing: The philosophy and science of caring. Colorado Associated University Press; 1985. Citado por: Poblete, M y Valenzuela, S. Cuidado humanizado: Un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. En: Acta Paul Enferm. 2007.
21. Phaneuf M. “Cuidados de Enfermería del Proceso de Atención de Enfermería”. Interamericana. Madrid. España. 1999.
22. Dossier B, Erb G. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. Mcgraw-Hill Interamericana. Madrid. España; 1998.
23. Morfi Samper, R. (2010) Gestión del cuidado en Enfermería. Rev Cubana Enfermer v.26 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2010. Revisado el 05 de mayo de 2010 en:<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864>
24. Waldow R. El Cuidado en la Salud. Editora Vozes Ltda. Brasil. 2004
25. Oliveira C. Gestión del cuidado en salud. Interface. Brasil. 2011
26. MINSA. Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis -- Lima: 2006.

27. Durán M. Dimensiones sociales, políticas y económicas del cuidado de enfermería. Bogotá. Colombia. 1998.
28. Tello C. La Investigación Cualitativa: Aportes para su Operacionalización. SMAS Asesores. Perú. 2004.
29. Martínez Miguel. Ciencia y arte en la metodología cualitativa. 1º edición. Editorial Trillas: México. 2004.
30. Polit H. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6º edición. Mc Graw- Hill Interamericana. México. 2000.
31. Ludke, M e Andre, M. E.D.A Pesquisa em educacao: Abordagem cualitativas .Reimp. Sao Paulo. Brasil. 1988.
32. Canales F. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. 2º Edición. España. 1994.
33. Hernández R. “Metodología de la investigación”. 4º edición. Ed Mc Graw Hill. Interamericana. México. 2006.
34. Martínez M. La investigación cualitativa. Universidad Simón Bolívar. Caracas. Venezuela. 2006.
35. Sentena I. Lavado S. Pinto A. y cols. Método de asociación de contenidos. Una alternativa para analizar datos textuales en las investigaciones de enfermería. Perú: Revista Peruana de Enfermería. 2005; 1 – 15.
36. Sgreccia E. Bioética Personalista. Modelo personalista ontológico. Vita e Pensiero. Milano. 2003.
37. Strauss A. Bases de la investigación cualitativa. Universidad de Antioquía. 2002
38. Guba, E y Lincoln, Y. Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. Jossey-Bass, San Francisco. 1981.
39. Ministerio de Salud de Perú. Control de infecciones de tuberculosis en establecimientos de salud. Módulo de capacitación. Primera edición.
40. Oliveira C, Kowal I. Perfil y competencias de gerentes de enfermería de hospitales acreditados. Revista Latinoamericana de Enfermería. 2011
41. Dye C, et al. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence, and mortality by country. Journal of the American Medical Association, 1999.

42. Chalco K, Guerra D, Llaro Karim y colaboradores. Guía de enfermería SES en TB MDR y DOTS – Plus, Edición 2006, Lima, Perú reimpresión Julio de 2009.

ANEXOS

**GESTIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS**

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, _____

identificado con N° DNI _____ consiento participar en la investigación titulada “GESTIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS - CLAS SAN PEDRO DE LAMBAYEQUE, 2011”, admito haber sido informada del objetivo de la presente investigación por lo cual accedo a que la presente entrevista sea grabada y que el investigador utilice la información de acuerdo con los fines que crea conveniente.

Firmo la presente para dar fe de mi testimonio.

Chiclayo, Enero 2012

Nombre y Apellidos:

DNI:

ANEXO N° 2

CUESTIONARIO SOCIO DEMOGRÁFICO – PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Introducción.

El presente cuestionario busca identificar la gestión del cuidado enfermero, por tal motivo se solicita su participación en este estudio, respetándose la confidencialidad de cada uno de los datos obtenidos.

Nombre y apellidos.....

Procedencia.....

a) Sexo: M () F ()

b) Edad: 23 – 30 años () 41 – 50 años ()
 31 – 40 años () 51 a más años ()

c) Estado Civil:

Soltera () Casada () Separada ()

Soltera c/hijos () Conviviente () Viuda ()

d) Tiempo de Experiencia Laboral:

< 5 años () 5 – 10 años () 11 – 15 años () 16-20 años ()

21 – 25 años () > 25 años ()

e) Capacitación: Especialidad () Maestría () Doctorado ()

f) Condición Laboral: Nombrado () Contratado ()

g) Establecimiento donde labora: _____

h) Tiempo de trabajo en la estrategia _____

i) Religión: _____

j) Universidad donde se formó: _____

Gracias por su colaboración!!

ANEXO N° 3

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA AL RESPONSABLE DE LA ESTRATEGIA

La presente entrevista tiene como objetivo recolectar información acerca de la gestión del cuidado enfermero que realiza el profesional de enfermería del primer nivel de atención en la Estrategia de Prevención y Control de la tuberculosis. Los resultados serán estrictamente para fines de investigación por lo que se pide seriedad y total confianza.

Seudónimo: Fecha:.....

GUÍA DE PREGUNTAS:

1. ¿Qué es lo más importante para Ud. en la administración o coordinación de la Estrategia de Prevención y Control de la tuberculosis?
2. ¿Qué calificación se colocaría respecto a su gestión frente a la estrategia ¿Por qué?
3. Encuentra alguna diferencia entre los términos Administrar la Estrategia y Gestionar el cuidado de la Estrategia ¿Cuál o cuáles?
4. En calidad de administradora (or) ¿Cuál es su relación con las instancias superiores de la estrategia?
5. ¿Cómo calificaría su gestión referente al componente:
 - a. Asistencial: ¿Por qué?
 - b. Administrativo: ¿Por qué?
 - c. Social: ¿Por qué?
 - d. Tecnológico: ¿Por qué?
6. Considera Ud. que se preocupa por el desarrollo profesional/técnico de su personal de Enfermería de la estrategia ¿De qué forma?
7. Considera Ud. que se preocupa por su “paciente y familia” que padece TBC ¿de qué forma?

ANEXO N° 4

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

La presente entrevista tiene como objetivo recolectar información acerca de la gestión del cuidado enfermero que realiza el profesional de enfermería del primer nivel de atención en la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT). Los resultados serán estrictamente para fines de investigación por lo que se pide seriedad y total confianza, respetando todos los principios éticos.

Seudónimo: Fecha:.....

GUÍA DE PREGUNTAS

1. ¿Qué calificación le colocaría a la “administradora (or) o coordinadora (or)” de la ESN-PCT: ¿Por qué?
2. Laboralmente cómo se relaciona con la enfermera (o) responsable de la administración o coordinación de la ESN-PCT?
3. Considera Ud. que el profesional de enfermería responsable de la administración o coordinación de la ESN-PCT favorece su desarrollo personal y profesional? ¿Por qué?
4. Considera Ud. que el profesional de enfermería responsable de la administración o coordinación de la ESN-PCT ejerce bien su cuidado con la persona que tiene TBC. ¿Por qué?
5. Considera Ud. que el ambiente donde se trabaja la ESN-PCT es el adecuado ¿Por qué?

ANEXO N° 5

CUESTIONARIO PERSONA

El presente cuestionario busca identificar la gestión del cuidado enfermero, por tal motivo se solicita su participación en este estudio, respetándose la confidencialidad de cada uno de los datos obtenidos.

Nombre y apellidos.....

Edad:

Sexo:

Grado de Instrucción:

Procedencia:

Estado Civil:

Tiempo de recibir tratamiento:

Religión:

ANEXO N° 6

ENTREVISTA PERSONA

La presente entrevista tiene como objetivo recolectar información acerca de la gestión del cuidado enfermero que realiza el profesional de enfermería del primer nivel de atención en la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT). Los resultados serán estrictamente para fines de investigación por lo que se pide seriedad y total confianza, respetando todos los principios éticos.

Seudónimo: Fecha:.....

PREGUNTAS

1. ¿Está satisfecha (o) con el cuidado que la enfermera (o) le brinda ¿Por qué?
2. ¿Qué es lo que más valora del cuidado que le brinda la enfermera (o)?
3. ¿Qué aspectos considera que debería mejorar?
4. ¿Desea agregar algo más?

ANEXO N° 7

Telémaco (COORDINADOR)

FRAGMENTO	UNIDAD DE SIGNIFICADO	ELEMENTOS SIGNIFICATIVOS
I	Lo más importante para mí de esta estrategia es el cortar la transmisión de la bacteria y evitar que más personas, se sigan contagiando, pero también identificando a estas personas enfermas y a los sintomáticos respiratorios, haciéndoles su diagnóstico y qué tipo de tuberculosis tienen.	1,2,3
II	Es muy importante trabajar con los pacientes y con la familia.	1,4
III	Como coordinador intento trabajar primero la uniformización de los criterios de atención de todos los colegas: tratar de concientizarlos en la importancia que necesitan estos pacientes para lograr que la atención de salud sea integral.	1,5,6,7
IV	El cuidado integral, quiere decir que tengan evaluación integral, nutricional, médica, que tengan todos sus análisis necesarios para poder diagnosticar algunas patologías que coexistan.	1,2,7
V	Tener un orden y datos importantes permiten una adecuada y oportuna comunicación, lo contrario va en desmedro de la salud de estas personas afectadas con tuberculosis.	5,7,8
VI	Todos los colegas deben involucrarse en el trabajo con esta estrategia.	6,9,10
VII	Algunas colegas de este establecimiento, no sé si no les gusta pero tienen conductas negativas, rehúyen acercarse a estos pacientes, o a todo lo que vean o a todo lo que esté relacionado con ellos, entonces es importante lograr una atención continua y oportuna con estos pacientes con tuberculosis.	1,8,9,10

ANEXO N° 8
ELEMENTOS SIGNIFICATIVOS

1. Cuidado a la persona
2. Cadena epidemiológica
3. Acciones de la Estrategia de Prevención y control de la TBC
4. Cuidado a la familia
5. Lineamientos administrativos en el cuidado
6. Concientización en el cuidado enfermero
7. Cuidado pandimensional
8. Comunicación
9. Trabajo en equipo
10. Actitud de la enfermera positiva/negativa
11. Capacitación en servicio.
12. Estereotipos, tabúes
13. Tuberculosis vs discriminación
14. Gestión del cuidado del personal.
15. Gestión del cuidado del ambiente.
16. Preventivo promocional
17. Contexto del cuidado
18. Organización de la estrategia de Prevención y control de la TBC
19. Relaciones interpersonales.

ANEXO N° 9
ESQUEMAS

ENTREVISTA N° 1:

ELEMENTOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
FRAGMENTOS																				
I	X	X	X																	
II	X			X																
III	X				X	X	X													
IV	X	X					X													
V					X		X	X												
VI						X			X	X										
VII	X							X	X	X										
VIII	X				X			X	X	X	X									
IX	X					X		X		X										
X								X	X	X	X									
XI	X				X	X			X											
XII					X	X	X		X	X			X	X						
XIII	X	X			X	X				X										
XIV	X	X													X					
XV							X				X					X	X		X	
XVI	X						X												X	
XVII	X						X		X		X							X	X	
XVIII					X														X	X
XIX					X			X	X	X									X	X
XX					X										X	X	X	X		
XXI		X			X					X					X		X			
XXII							X	X		X								X	X	X
XXIII					X					X					X		X	X		
XXIV					X									X	X		X	X		
XXV					X			X		X						X	X	X		
XXVI		X			X				X						X		X	X		
XXVII					X				X	X				X				X		
XXVIII					X			X	X		X			X			X			
XXIX	X					X	X	X		X										

XXX	X					X	X			X			X	X	X	X			
XXXI	X		X		X									X	X	X	X	X	
XXXII	X				X					X	X			X	X			X	
TOTAL	1	6	2	1	18	8	10	10	11	16	6	1	2	7	9	5	10	14	3
	6																		

ASOCIACIONES

1. Cuidado a la persona (1) + cadena epidemiológica (2): 3 asociaciones
2. Cuidado a la persona (1) + Acciones de la Estrategia de Prevención y control de la TBC (3): 1 asociación
3. Cuidado a la persona (1) + lineamientos administrativos en el cuidado (5) + concientización en el cuidado enfermero (6): 2 asociaciones
4. Cuidado a la persona (1) + cuidado pandimensional (7): 5 asociaciones
5. lineamientos administrativos en el cuidado (5) + cuidado pandimensional (7): 1 asociación
6. lineamientos administrativos en el cuidado (5) + comunicación (8): 4 asociaciones
7. concientización en el cuidado enfermero (6) + trabajo en equipo (9): 2 asociaciones
8. concientización en el cuidado enfermero (6) + actitud de la enfermera positiva/negativa (10): 5 asociaciones
9. cuidado a la persona (1) + comunicación (8): 3 asociaciones
10. cuidado a la persona (1) + trabajo en equipo (9): 3 asociaciones
11. cuidado a la persona (1) + comunicación (8) + trabajo en equipo (9) + actitud de la enfermera positiva/negativa (10): 1 asociación
12. cuidado a la persona (1) + capacitación en servicio (11): 2 asociaciones
13. comunicación (8) + trabajo en equipo (9) + actitud de la enfermera positiva/negativa (10) + capacitación en servicio (11): 1 asociación
14. concientización en el cuidado enfermero (6) + Tuberculosis vs discriminación (13): 1 asociación
15. cuidado a la persona (1) + Gestión del cuidado del personal (14): 3 asociaciones
16. cuidado pandimensional (7) + capacitación en servicio (11): 1 asociación
17. cuidado pandimensional (7) + Gestión del cuidado del ambiente (15): 1 asociación
18. cuidado pandimensional (7) + Preventivo promocional (16): 1 asociación

19. cuidado pandimensional (7) + organización de la estrategia de Prevención y control de la TBC (18): 2 asociaciones
20. cuidado a la persona (1) + contexto del cuidado (17): 1 asociación
21. cuidado a la persona (1) + organización de la estrategia de Prevención y control de la TBC (18): 3 asociaciones
22. cadena epidemiológica (2) + lineamientos administrativos en el cuidado (5): 1 asociación
23. lineamientos administrativos en el cuidado (5) + organización de la estrategia de Prevención y control de la TBC (18): 9 asociaciones
24. lineamientos administrativos en el cuidado (5) + relaciones interpersonales(19): 1 asociación
25. lineamientos administrativos en el cuidado (5) + trabajo en equipo (9) + actitud de la enfermera positiva/negativa (10): 1 asociación
26. lineamientos administrativos en el cuidado (5) + Gestión del cuidado del ambiente (15): 6 asociaciones
27. lineamientos administrativos en el cuidado (5) + Preventivo promocional (16): 2 asociaciones
28. lineamientos administrativos en el cuidado (5) + contexto del cuidado (17): 6 asociaciones
29. lineamientos administrativos en el cuidado (5) + actitud de la enfermera positiva/negativa (10): 4 asociaciones
30. comunicación (8) + actitud de la enfermera positiva/negativa (10): 7 asociaciones
31. comunicación (8) + actitud de la enfermera positiva/negativa (10) + contexto del cuidado (17): 1 asociación
32. comunicación (8) + relaciones interpersonales(19): 1 asociación
33. lineamientos administrativos en el cuidado (5) + Gestión del cuidado del personal (14): 4 asociaciones
34. lineamientos administrativos en el cuidado (5) + trabajo en equipo (9): 1 asociación
35. lineamientos administrativos en el cuidado (5) + capacitación en servicio (11): 1 asociación.