



**Universidad  
Nacional  
Villa María**

**Biblioteca Central "Vicerrector Ricardo A. Podestá"**  
Repositorio Institucional

# **La construcción colectiva de acuerdos para la calidad del cuidado de la salud de las personas**

---

---

Año  
2021

Autora  
Chanquía, Stella Maris

Directora de tesis  
Aimar, Ángela

Este documento está disponible para su consulta y descarga en el portal on line de la Biblioteca Central "Vicerrector Ricardo Alberto Podestá", en el Repositorio Institucional de la **Universidad Nacional de Villa María**.

#### CITA SUGERIDA

Chanquía, S. M. (2021). *La construcción colectiva de acuerdos para la calidad del cuidado de la salud de las personas*. Villa María: Universidad Nacional Villa María



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional





LA CONSTRUCCIÓN COLECTIVA DE ACUERDOS  
PARA LA CALIDAD DEL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS PERSONAS

UNIVERSIDAD NACIONAL VILLA MARÍA  
INSTITUTO ACADÉMICO PEDAGÓGICO DE CIENCIAS HUMANAS  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA  
TRABAJO FINAL DE GRADO

LA CONSTRUCCIÓN COLECTIVA DE ACUERDOS  
PARA LA CALIDAD DEL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS PERSONAS

Autora:  
Chanquía, Stella Maris  
Directora:  
Aimar, Ángela

Villa María, Noviembre 2021





## Homenaje y Homenajeados

A Dios por permitirme la vida y la naturaleza como escenario principal cada día.

A mis padres que me dieron la oportunidad de ser la persona que soy.

Quiero tener un espacio de agradecimiento dentro de este homenaje a mi Directora de Tesis, la Dra. Ángela Aimar que me ha acompañado a la perfección desde nuestros primeros encuentros. He disfrutado de escucharla, de conversar y compartir las transformaciones que fuimos transitando en este recorrido, y en este cruce de lo académico y lo asistencial.

A la Lic. Claudia Green por su confianza, su ánimo, su estima y conocimiento, permitiendo que las construcciones generadas a partir de las reflexiones se concreten en herramientas para las prácticas del cuidado.

A todos/as los/as que me han ayudado con su saber y experiencia.

A todos/as los/as enfermeros/as que hacen posible que se visibilice el cuidado humano y profesional.

A mis colegas y compañeras/os que he tenido la suerte de compartir el aprendizaje en este tiempo de integración y desarrollo de un nuevo espacio de trabajo.

Por último y como gran valor de mi vida a mi familia. Gracias Familia. Gracias Paula, Ana y Lola, que con sus alegrías y espontaneidad son las maestras que me acompañan. Gracias Mariano, mi gran compañero de vida. Juntos construimos la idea de amor a la vida.

Gracias a todos los que me acompañaron y me gustaría poder decirles a cada uno lo importante que ha sido para mí que hayan estado en este proceso.



## Resumen

Los acuerdos colectivos construidos por los/as profesionales de enfermería para el desarrollo de las prácticas de calidad son primordiales, siendo éstos la garantía para satisfacer la demanda de las personas en las organizaciones de salud. El propósito del presente estudio fue generar un proceso de investigación con sujetos que forman parte del contexto de prácticas del cuidado, a partir del reconocimiento de lo que está sucediendo, la reflexión de las prácticas, la búsqueda de las mejores evidencias para la gestión y la creación de propuestas re-significadas. Esta investigación tuvo como objetivo la construcción de espacios de desarrollo de capacidades y habilidades para gestionar los cuidados de la salud de las personas, a partir de la reflexión de la práctica del/de la profesional enfermero/a.

El referencial teórico metodológico se basó en el análisis institucional y en los procesos generados en torno a la gestión del cuidado para las personas, mediante estrategias de investigación acción: preparación reflexiva y autoanálisis de las prácticas de gestión de cuidados de la salud, co-construcción y puesta en marcha de propuestas de acción, revisión de saberes y conocimientos implicados, sistematización y análisis de la información y reflexión sobre la reflexión en la acción, interpretación triangulada de los actores, modificación de la comprensión de las situaciones y re-significación de las prácticas.

Se llevó a cabo en una institución de salud privada de la ciudad de Córdoba Capital. Los escenarios fueron instancias de encuentros a partir de acuerdos entre el Departamento de Enfermería, la Jefatura de área y los/as enfermeros/as de los sectores de internación respectivos. Se realizaron registros de observaciones y entrevistas invitando a la reflexión de las prácticas de gestión que se iban desarrollando. Las técnicas se fueron definiendo a medida que se avanzaba en la acción (grupos focales, procesos de observación participante, recopilación de registros, lecturas de protocolos, análisis de procedimientos estandarizados, simulaciones, entre otros). Los instrumentos fueron guías de entrevista y observación, diarios reflexivos, entre otros. Se utilizaron dispositivos digitales para el registro audiovisual. El procesamiento se fue realizando, según se generaban los datos y los registros de los procesos. Para el análisis se fueron realizando descripciones densas. Los resultados se muestran en registros fotográficos, diálogos reflexivos, relatos de los procesos de cambio situacionales y aportes a los procesos de evaluación.

Emergen dos grandes temas: Los modelos de las organizaciones que sustentan las prácticas para la Calidad y Seguridad de las personas y la reflexión y co-construcción a partir de los acuerdos generados entre los sujetos en el desarrollo de las capacidades y habilidades para la gestión de los cuidados.

El desafío es encontrar en los escenarios organizacionales, los modos para que en cada estar haciendo haya un estar pensando/reflexionando en la acción. Así, el propósito será permitir que emerjan en cada encuentro de gestión de los cuidados, procesos para construir conocimientos en la propia práctica, no desde la racionalidad técnica sino desde la reflexión en la acción en que se conjuguen los saberes, capacidades y habilidades de quienes se disponen a comprometerse con la transformación hacia la calidad de los cuidados.

Palabras claves: Investigación Acción, Gestión del Cuidado, Práctica Reflexiva, Acuerdos.

## Índice

Resumen.....	VI
Reconociendo posibilidades y condicionamientos (Introducción).....	8
Abriendo el escenario (Objetivos) .....	12
Intersecciones en el camino (Metodología) .....	13
Observación, reflexión y co-construcción del estar siendo... (Resultados y discusión) .....	15
¿Cómo comencé este proceso? .....	15
Recuperando antecedentes para analizar el contexto.....	15
¿Qué estamos viendo en nuestra práctica?.....	16
¿Cómo la estamos viviendo?.....	16
¿Cómo se sustenta el sistema privado de salud en el que se inscribe la organización?.....	16
Antecedentes del proceso.....	17
¿Cómo me siento?.....	17
Disposición de los escenarios... ..	18
Primeras reflexiones... ..	20
Camino a la transformación de los espacios.....	21
¿Cómo creerían que puede ser un espacio físico adecuado a sus necesidades?.....	23
Considerando los procesos de cambio.....	30
Sustentando la creación de nuevos aprendizajes.....	32
Tensión ante lo establecido... ..	33
Recreando los acuerdos... reconociéndonos con otros.....	38
Y el proceso sigue... ..	46
¿Cómo generamos la invitación desde la calma, en este constante estar inquieto, en lo que nos hace ruido, cómo invitar al otro desde una invitación amorosa?.....	46
Ante estas situaciones ¿cómo poner en reflexión la práctica hacia el desarrollo de un cuidado personalizado?.....	49
Para no concluir... (Conclusiones y recomendaciones).....	51
Bibliografía.....	53
Anexo 1.....	57
Anexo 2.....	59

## Reconociendo posibilidades y condicionamientos

(Introducción)

La calidad de la atención... sanitaria... es la aplicación de la ciencia y la tecnología de manera que rinda al máximo de beneficios para la salud... de las personas... sin aumentar los riesgos. Según Avedis Donabedian la calidad de la atención de la salud es “el grado por el cual los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud” y es también su opinión que “la calidad es una propiedad que la atención... puede poseer en grado variable”<sup>1</sup>.

En la actualidad “... la calidad es un factor principal y condición de supervivencia... (de sistemas e instituciones sanitarias)... sobre todo en los mercados muy competitivos... donde el control de calidad total es la herramienta indispensable y preliminar para alcanzar patrones (normas) previamente establecidos...”<sup>2</sup> siendo esto la garantía para satisfacer la demanda.

Según Di Napoli y Mesa, la acreditación es uno de los métodos de evaluación realizada por entes externos disponibles, que mediante la aplicación de herramientas examinan a las organizaciones de salud. Un organismo acreditado es competente para llevar a cabo tareas específicas, ya que cuenta con los requisitos necesarios para realizar una prestación de servicios con la calidad adecuada, obteniendo un reconocimiento público<sup>3</sup>.

El desarrollo de programas de acreditación Hospitalaria en América Latina... (ha ido evolucionando de manera)... heterogénea... pese a que ha contado con un instrumento preliminar, impulsado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS); al igual que la corriente internacional de Calidad... este... proceso se configuró como un fenómeno multifocal antes que como un plan ordenado, que se fue extendiendo globalmente al amparo de la diseminación universal de la tecnología informática.<sup>4</sup>

Según lo publicado por la fundación Avedis Donabedian Argentina, “la tendencia al mejoramiento de la calidad en el campo de la salud, se expandió horizontalmente”<sup>5</sup>, lo que ocasionó que la región recibiera diversas influencias.

Por una parte... la OPS... (promueve) la elaboración de un instrumento de evaluación adecuado a la realidad latinoamericana... con el fin... de recomendar la iniciación del programa de Acreditación en todos los países. (Luego)... la segunda influencia provino de la... entidad creadora del método de Acreditación Hospitalaria: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) de EE.UU.<sup>6</sup>

Por otra parte, la industria brindó un modelo universal de estándares de calidad de procesos (Normas 9000) a través del sistema ISO (International Standardization Organization), orientado tanto a la producción como a los servicios. “Diversas consultorías en gestión gerencial, han tratado de aplicar ISO a las instituciones de Salud (Schyve, 1998)”<sup>7</sup>; otras gerencias optan por la modalidad de gestión

<sup>1</sup> Di Napoli S, Mesa S. La acreditación en la Argentina ¿Realidad, intención o utopía? [Monografía en Internet]. Buenos Aires: Auditoría Médica Hoy; 2018 [citado 18 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/Acreditacion%20en%20Argentina.%20Mesa%20Di%20Napoli.pdf> p. 14.

<sup>2</sup> Ibid. p. 14.

<sup>3</sup> Ibid. p. 13.

<sup>4</sup> Arce H. Acreditación hospitalaria. La experiencia argentina en el marco de la región Latinoamericana. En: Calidad en la Atención Médica [home page en internet]. Buenos Aires: Fundación Avedis Donabedian Argentina; c2018 [citado 18 de octubre 2021]. [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://fundaciondonabedian.org.ar/acreditacion.html>

<sup>5</sup> Ibid. p. 1.

<sup>6</sup> Ibid. p. 1.

<sup>7</sup> Ibid. p. 1.

según los criterios, métodos y estándares propuestos por el Instituto Técnico para la Acreditación de establecimientos de Salud<sup>8</sup> (en adelante ITAES). Tal es el caso de una Institución de Salud Privada de Córdoba Capital.

La oferta de profesionales para desempeñarse en instituciones de salud deriva de una trayectoria formativa que diversifica los conocimientos y habilidades que disponen en su actuar profesional.

“... las escuelas de Enfermería estructuran sus mallas curriculares basadas en fundamentos científicos... con el objetivo final de formar profesionales con una sólida preparación en las áreas biológicas...”<sup>9</sup> con un conocimiento práctico basado en la racionalidad técnica según proponen autores como Medina Moya.

Ya es un lugar común en el discurso educativo de la Enfermería el que la racionalidad técnica medios-fines ha limitado la visión de lo que se considera como calidad en la educación enfermera. Hoy día cualquier visión progresista de la formación de enfermeras sólo puede entenderse como una crítica a la racionalidad técnica que se ha legitimado como la única opción posible para fundamentar el desarrollo del currículum.<sup>10</sup>

Por lo que, reconocer las “características definitorias... (de la práctica de la enfermería supone dar cuenta de la incertidumbre esencial de las acciones a llevar a cabo y (la) construcción del significado (de las mismas) a través de la comprensión y el diálogo... mediante un análisis de la situación y su contexto.”<sup>11</sup>

Ese análisis se efectúa tanto sobre el contexto de la situación como sobre las expectativas, motivaciones e intereses de los participantes en la misma y resultando del mismo un “marco de referencia” que contextualiza y delimita las posibilidades de las acciones a realizar y facilita la comprensión de los problemas.<sup>12</sup>

Por lo tanto, “Ni el análisis original ni el marco resultante son productos del conocimiento teórico asimilado profesionalmente, ni de la derivación y aplicación de principios y reglas técnicas’ (Angulo, 1988, 771)”<sup>13</sup>; es mucho más. En él se conjugan conocimientos adquiridos en la misma experiencia práctica; es decir, se aprende haciendo.

“... a lo largo de los últimos años... (se ha manifestado un) creciente interés por explorar los modos en que las/os enfermeras/os profesionales desarrollan su trabajo y en particular examinar el potencial de la reflexión para el aprendizaje de la práctica del cuidado (Atkins y Murphy, 1993)”<sup>14</sup>.

La naturaleza del cuidado está ligada... a la propia naturaleza del ser humano. El acto de cuidar está impreso en la propia experiencia de vida, que ayuda a la supervivencia y hace posible la existencia... (Dominguez Alcón, 1989:25; Collière, 1996: 9-14).

<sup>8</sup> Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimiento de Salud. Manual para la acreditación de establecimientos de agudos [Libro digital]. 2da ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimiento de Salud-ITAES; 2018 [citado 18 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.itaes.org.ar/ManualesDeAcreditacion.aspx>

<sup>9</sup> Molina Chailán PM, Jara Concha PT. El saber práctico en enfermería. Revista Cubana de Enfermería [internet]. 2010 [citado 18 Oct 2021];26(2):37-43. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192010000200005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200005) p. 38.

<sup>10</sup> Medina Moya JL. La pedagogía del cuidado: Saberes y práctica en la formación universitaria en enfermería. 1ra ed. Barcelona: Laertes; 1999. p. 149.

<sup>11</sup> Ibid. p. 199.

<sup>12</sup> Ibid. p. 199.

<sup>13</sup> Ibid. p. 199.

<sup>14</sup> Ibid. p. 227.

Torralba (1998, 2002) por su parte, recoge el significado del cuidado a través de la expresión griega “Epimelea” que designa la actitud de cuidar como una actitud de consideración y acción, de conocimiento y amor.<sup>15</sup>

Según Bardallos Porras, la mirada enfermera está orientada sobre el cuidado, es específica y distintiva de la disciplina y la práctica profesional<sup>16</sup>.

Las dimensiones biológicas, psicológicas, cultural, social y espiritual (del ser humano) interaccionan de forma compleja y producen respuestas complejas e integradas ante los procesos de salud que experimentan las personas. Comprender estas respuestas holísticas y situadas en un determinado contexto de significados, aproxima al ejercicio profesional desde la comprensión amplia de la persona y de los procesos que experimenta.<sup>17</sup>

En la actualidad, el contexto tecnocrático de las organizaciones de salud ha profundizado el alejamiento de las consideraciones humanas y éticas en las prácticas. Por ello se requiere de profesionales que den cuenta de una disposición al cuidado de calidad, en sentido de respetar la dignidad y las autonomías de las personas.

A partir de lo expuesto se plantea la necesidad de generar un proceso de investigación con los sujetos que forman parte del contexto de prácticas del cuidado, con el propósito de co-construir modos de gestionar cuidados a partir del reconocimiento de lo que está sucediendo, la reflexión de las prácticas, la búsqueda de las mejores evidencias para la gestión y la creación de propuestas re-significadas.

Desde la perspectiva de Schön,

... la manera dominante de entender la relación entre conocimiento académico y práctica profesional se basa en la racionalidad técnica, la cual inspira el diseño y desarrollo curricular de los centros universitarios. La racionalidad técnica entiende que la práctica competente se convierte en profesional cuando la solución de problemas se basa en conocimiento de proposiciones generales. Se trata de solucionar problemas (instrumentales) mediante la aplicación de conocimiento científico procedente de la investigación empírica... (Los) problemas instrumentales... (son) aquéllos que implican la selección de los medios técnicos más adecuados para alcanzar un fin previa y claramente delimitado.<sup>18</sup>

Para superar la racionalidad técnica como única posibilidad de la práctica enfermera, teóricas como Patricia Benner han propuesto modelos integradores de “filosofía, práctica, investigación, teoría y formación”<sup>19</sup>; esta perspectiva invita a considerar el conocimiento práctico como el eje de la adquisición de competencias en enfermería, mediante un proceso de co-construcción a partir de las situaciones de gestión del cuidado.

Para esta construcción, resulta indispensable la participación de los sujetos involucrados en ellas mediante el desarrollo de un “pensamiento crítico,... (y) el empoderamiento”<sup>20</sup>.

<sup>15</sup> Bardallos Porras MD. Entre la enseñanza y el aprendizaje. Un espacio de saberes para compartir [tesis doctoral] [Internet]. Barcelona: Facultad de Pedagogía. Universidad de Barcelona; 2010 [citado 18 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.practicareflexiva.pro/wp-content/uploads/2013/07/Tesis-Sevilla-4-DEFINITIVA-.pdf> p. 34.

<sup>16</sup> Ibid. p. 35.

<sup>17</sup> Ibid. p. 36.

<sup>18</sup> Medina Moya JL. Op. Cit. p. 201.

<sup>19</sup> Alligood MR, editora. Modelos y teorías en enfermería. 8va ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 134.

<sup>20</sup> Soliz F, Maldonado A. Guías de metodologías comunitarias participativas [libro digital]. Clínica ambiental Universidad Andina Simón Bolívar. Ecuador [Internet]; 2012 [citado 18 Oct 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3997/1/Soliz,%20F-CON008-Guia5.pdf> p.4.

La generación de escenarios de oportunidades para participar,

Des-cubre potencialidades de todos y cada uno, que aunque no nos imaginábamos que algo fuera posible, ahora que lo estamos haciendo nos da orgullo.  
Revela el sentido de vivir intensamente lo que se quiere, de aprender juntos, que hablando nos entendemos, que somos libres porque somos diferentes y habitamos los espacios con nuestra singularidad y, desde esa diferencia, nos respetamos y con-vivimos.<sup>21</sup>

Los escenarios para la gestión de los cuidados de calidad implican el desarrollo de trabajo en equipo inter y transdisciplinario donde se ponen en juego construcciones en auto y heteronomías profesionales.

Todas as disciplinas da esfera da saúde estao íntimamente relacionadas entre si e dependem fundamentalmente umas das outras, mas isso nao significa que nao exista uma certa autonomia disciplinar entre elas.

Uma disciplina é autónoma quando tem sua propria metodologia, sua propria legalidades e nao depende de outra...é heterónoma ou dependente quando depende fundamentalmente de outra, seja quanto aos fins, seja quanto a metodologia...

A afirmacao da autonomía disciplinar, pois, nao deve ser compreendida de um modo absoluto, mas sim relativo e contextual... Essa correlacao e necessaria e nela se fundamenta o trabalho interdisciplinar...<sup>22</sup>

La importancia de esta investigación radica en que genera un proceso “sistemático de aprendizaje”<sup>23</sup> que “promueve la teorización sobre la práctica, indagando y comprendiendo las relaciones entre circunstancias, acciones y consecuencias... (en las vidas de quienes participan)<sup>24</sup>. En este sentido, llevar a cabo un proyecto de transformación de los contextos de práctica desafió a encontrar estrategias que convoquen al inicio de procesos reflexivos y constructivos con los sujetos implicados, en relación constante con el entorno. Esta investigación pretendió posibilitar encuentros para nuevas construcciones a partir del empoderamiento de los/as profesionales enfermeros/as en el trabajo en equipo para la gestión de calidad del cuidado de la salud de las personas.

<sup>21</sup> Aimar A, Ance A, Andrada C, Burin M, De Dominici C, González P et al. La cocina de la vida. Saboreando oportunidades [internet]. Villa María: Universidad Nacional de Villa María; Feb 2016 [citado 18 Oct 2021]. Disponible en: <http://practicadeservecino.blogspot.com.ar> p. 1.

<sup>22</sup> Torralba Roseló F. Antropología do Cuidar. 1ra ed. Waldow R, editora. Summa GL, traductor. Petrópolis RJ: Vozes; 2009. p. 34-5.

<sup>23</sup> Yuni J, Urbano C. Mapas y herramientas para conocer la escuela: Investigación Etnográfica e investigación acción. 3ra ed. Córdoba: Brujas; 2016. p. 143.

<sup>24</sup> Ibid. p. 143.

## **Abriendo el escenario**

(Objetivos)

Objetivo general:

Construir espacios para gestionar, de manera autónoma y heterónoma, los cuidados de la salud de las personas, a partir de la reflexión de la práctica del/de la profesional enfermero/a.

Objetivos específicos:

- Describir experiencias de trabajo en equipo con temáticas de interés y significado común en relación a procesos del cuidado de la persona.
- Reflexionar y de-construir los procesos generados en torno a la gestión del cuidado desde marcos teórico-conceptuales.
- Co-construir estrategias re-significadas.
- Potenciar prácticas para construir espacios de desarrollo de capacidades y habilidades de cada participante del proceso.

## Intersecciones en el camino

(Metodología)

La propuesta inicial consistía en llevar a cabo una Investigación – Acción, la cual supone los siguientes momentos:

- De preparación reflexiva y autoanálisis de las prácticas de gestión de cuidados de la salud, con aproximación a los escenarios y disposición participativa.
- De co-construcción de propuestas de acción.
- De puesta en práctica de las propuestas, reflexión en la acción, revisión de saberes y conocimientos implicados, sistematización y análisis de la información.
- De reflexión sobre la reflexión en la acción, interpretación e interpelación triangulada de los actores, modificación de la comprensión de las situaciones y re-significación de las prácticas.<sup>25</sup>

Los escenarios fueron cualquier instancia de encuentros para la gestión de los cuidados de salud de las personas en una Institución de Salud Privada de Córdoba Capital; el ingreso se realizó a partir de los acuerdos entre el Departamento de Enfermería, la Jefatura de área y los/as enfermeros/as de los sectores de internación respectivos, acerca de días y horarios de encuentros. Los/as porteros/as fueron los/as profesionales enfermeros/as referentes de las áreas de internación general que están desempeñando actividades en dicha institución. Las aproximaciones a los equipos se fueron generando a partir de la presentación de los objetivos del estudio a quienes expresaban su interés en participar. Comenzaron a realizarse los registros de observaciones y entrevistas con preguntas acerca de cómo se vivencian los procesos de cuidado invitando a la reflexión de las prácticas de gestión que se iban desarrollando.

Las técnicas se fueron definiendo a medida que se avanzaba en la acción. Las primeras instancias de participación real, con el propósito de construir confianza entre quienes compartimos los escenarios, se construyeron propiciando encuentros de saberes mediante reflexiones co-construidas en grupos focales, en procesos de observación participante, recopilación de registros, lecturas de protocolos, análisis de procedimientos estandarizados, entre otros. En algunas ocasiones se recurrió a simulaciones de situaciones a partir de las cuales se recuperaban experiencias y conocimientos previos que habilitaban a nuevos aprendizajes mediante procesos participativos de observación-reflexión-acción.

Los instrumentos que dispusimos fueron guías de entrevista y observación, diarios reflexivos, entre otros (Ver Anexo 1). Se utilizaron dispositivos digitales para el registro audiovisual.

El procesamiento se fue realizando, según se generaban los datos y los registros de los procesos. Para el análisis se fue realizando descripciones densas de las vivencias que iban sucediendo en los escenarios participantes. Los resultados se muestran en registros fotográficos que dan cuenta del antes y el después; en diálogos reflexivos que evidencian las re-significaciones; en relatos de los procesos

---

<sup>25</sup> Aymar ANM, Videla NE, Torre MI, De Dominici C, Ahumada D, Clemente C, et al. Diálogo/s de prácticas cotidianas de ciudadanía en la generación de oportunidades educativas y de cuidado. Villa María. Universidad Nacional Villa María; 2016.



de cambio situacionales que experimentaron los/as protagonistas. Además, en aportes a los procesos de evaluación con el rediseño de indicadores y en herramientas de registro con soporte digital y papel (libreta de enfermería).

Como consideraciones éticas se tuvo en cuenta la decisión de los/as interesados/as a participar de la investigación a partir de un consentimiento informado (Ver Anexo 2).

Los momentos del proceso que se fueron desandando, no presentaron límites definidos entre cada uno de ellos, permitiendo la fluidez del estar siendo en un constante proceso de reflexión, acción y transformación, como reconocimiento del trabajo colectivo. Se vivieron experiencias según las dinámicas relacionales atravesadas por las contingencias del entorno político, cultural y socioambiental. Las condiciones organizacionales se vieron sacudidas por recambios de profesionales, advenimiento de una situación de pandemia y diversas tensiones, conflictos e incertidumbre que pusieron en primer plano la necesidad de detenernos y reflexionar nuestro hacer.

La co-construcción de nuevos procesos de gestión de cuidados de las personas fue generando transformación de las prácticas cotidianas.

Esa realidad de la que partimos resultó re-significada desde las experiencias compartidas, permitiendo observarse el empoderamiento de las/os profesionales enfermeras/os en la armonía con que se conjugan los ritmos en que se construyen los acuerdos para la gestión de prácticas de calidad y en cómo se sostienen las conquistas de espacios y tiempos disponibles para la gestión de los cuidados.

## **Observación, reflexión y co-construcción del estar siendo...**

(Resultados y discusión)

### **¿Cómo comencé este proceso?**

Durante mi realización del trayecto de Trabajo Final de Grado en la carrera de Licenciatura de Enfermería en el año 2019, en la Universidad Nacional Villa María, me motivó la visibilidad de los Cuidados enfermeros que se aplican con Calidad como resultado de Procesos que se desarrollan en el ámbito de los servicios de una organización de salud privada de la ciudad de Córdoba y a partir de este reconocimiento me empecé a preguntar si estos procesos se concretaban a partir de acuerdos entre los/as participantes, los/as profesionales enfermeros/as.

El estudio fue aceptado para llevar a cabo presentando su aval la Jefatura del Departamento de Enfermería de dicha organización, como así también por el Comité de Investigación y Ética.

En un principio pensé en realizar un proyecto único que abarcara los/as participantes de los diferentes servicios en los que desarrollo mis funciones; luego, cuando fui observando diferentes modos de relacionarse en función de los espacios en los que desarrollan sus prácticas, decidí anclar el escenario en un solo grupo.

El reconocimiento del desarrollo de prácticas de gestión del cuidado enfermero basadas en la racionalidad técnica<sup>26</sup> que mostraban resultados no deseables en relación a estándares de calidad, según datos de medición en el año 2018 y primer semestre de 2019 a cargo del Comité de Calidad y Seguridad del paciente de la institución<sup>27</sup>, me desafió a proponer procesos reflexivos para una co-construcción de los procesos.

### **Recuperando antecedentes para analizar el contexto**

El recurso humano de enfermería ocupa un rol fundamental dentro de las organizaciones de salud, funciona como factor decisivo para la transformación de los servicios que responden a las necesidades de las personas.

Desde el Ministerio de Salud de la Nación se promueven políticas tendientes a mejorar la disponibilidad, la distribución, la calidad y los procesos de formación y educación continua de los equipos de salud en general y de enfermería en particular.<sup>28</sup>

---

<sup>26</sup> Medina Moya JL. Op. Cit. p. 201.

<sup>27</sup> El indicador para calidad de cuidados estudiado fue: identificación de pacientes.

<sup>28</sup> Argentina.gob.ar [página principal en internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio de Salud. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. [citado 18 Oct 2021]. [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/oferhus/enfermeria>

La OPS en diferentes análisis del recurso humano de enfermería advierte una serie de causas condicionantes que dan características de la atención de enfermería haciendo mención entre otros a la cultura de las organizaciones; los diferentes niveles de formación académica y la historia de la profesión.<sup>29</sup>

¿Qué estamos viendo en nuestra práctica?

Los/as enfermeros/as para dar respuesta a las personas y a la familia, nos desenvolvemos dentro de una realidad multidimensional, construida a partir de relaciones entre sujetos, prácticas y saberes, de formas dinámicas, abiertas, no lineales, dialécticas, complejas, aunque muchas veces no reconozcamos estas características.

¿Cómo la estamos viviendo?

Los/as profesionales nos encontramos en un continuo proceso de recepción de lineamientos y protocolos en búsqueda de adaptación a las nuevas tecnologías y los nuevos tratamientos, procedimientos y cuidados.

El equipo asistencial, a partir de la cultura organizacional, recibe la responsabilidad de aplicar el tratamiento específico, prevenir la aparición de problemas y proporcionar un cuidado integral y humano, así como también resolver prontamente las situaciones que ponen en riesgo a la persona; dar respuesta a las necesidades, no sólo físicas sino también a las emocionales, considerando creencias, valores y costumbres de cada persona.

¿Cómo se sustenta el sistema privado de salud en el que se inscribe la organización?

En los últimos tiempos, las organizaciones que ofrecen un servicio a la sociedad están exigidas a centrar sus procedimientos en obtener resultados de calidad bajo los criterios de eficiencia y eficacia.

La organización de salud en la que llevamos adelante este estudio es un centro acreditado por el organismo ITAES cumpliendo con estándares de Calidad y seguridad.

El método se basa en la evaluación por medio de Estándares, que son un conjunto de datos y atributos (Criterios) que permiten obtener una imagen accesible y totalizadora de las condiciones básicas de calidad y seguridad. Estos Estándares, que son conocidos y aceptados por el establecimiento previamente a la evaluación, configuran Criterios comprensivos y no descripciones minuciosas de servicios o sistemas de atención. Evalúan –siguiendo a Donabedian-, estructuras, procesos y resultados, además del impacto que los cuidados de salud producen sobre la población.<sup>30</sup>

Para ampliar la comprensión del enmarque en que se proponen estos estándares, se presenta a continuación las siguientes consideraciones:

Uno de los expertos más reconocidos, Avedis Donabedian, considera que la calidad es un atributo de la atención que ofrecen las instituciones de salud, la cual puede obtenerse en diversos grados y se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica. Acorde con este autor, la calidad en medicina promueve, facilita y garantiza los mayores niveles de salud y bienestar

<sup>29</sup> Ibid. [aprox. 4 pantallas].

<sup>30</sup> Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimiento de Salud. Op. Cit. p. 22.

a la población, además, incorpora y resuelve los aspectos, circunstancias concretas de cada demanda de atención, tomando en cuenta los aspectos psicológicos, sociales, biológicos, sexuales, ambientales y culturales. Para ello requiere de recursos humanos, económicos y de infraestructura, con una organización efectiva de los mismos y un sistema gerencial que incluye planificación de actividades, supervisión, evaluación de acciones, colaboración intersectorial, consulta y participación de la comunidad...

Donabedian plantea, además, que la calidad en la atención a la salud comprende dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de una manera que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar por ello sus riesgos; por lo tanto, el grado de calidad está dado por el equilibrio entre riesgo y beneficio. La dimensión interpersonal incluye valores y normas socialmente definidos en la interacción general entre individuos, y también en situaciones particulares, con base en los preceptos éticos que rigen las actividades de los profesionales que intervienen, así como en las expectativas y aspiraciones de los usuarios; esto implica que la calidad interpersonal se mide por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones. Hay también una tercera dimensión, la de infraestructura, la cual atañe a las características del entorno: condiciones físicas, limpieza, iluminación y ventilación del ambiente.

En lo que respecta al sistema para evaluar la calidad de atención, Donabedian adapta su teoría y utiliza los indicadores de estructura, proceso y resultado.<sup>31</sup>

Las/os enfermeras/os tenemos un papel crucial en los resultados de la calidad y seguridad asistencial. De ahí que resulte imprescindible seguir investigando sobre el valor de la práctica reflexiva.

La producción del conocimiento en y desde la práctica en el contexto individual se entrelaza en las relaciones con el contexto institucional donde la/el enfermera/o tiene el desafío de integrar un cuidado holístico y humano, científico y tecnológico mediante su identidad profesional dentro del equipo de salud. Estos desafíos invitan a la transformación de la cultura organizacional hacia un modo reflexivo para acompañar los procesos de cuidado de calidad.

... ¿Se requiere acaso saberlo todo desde el comienzo? No; no se requiere saberlo todo desde el comienzo, pero sí, se requiere señorío reflexivo en el mundo en el que uno vive; respeto y aceptación de sí y de los otros en la ausencia de urgencia competitiva. Si he aprendido a conocer y respetar mi mundo... no a negarlo o a destruirlo, y he aprendido a reflexionar en la aceptación y respeto por mí mismo, puedo aprender cualquier hacer.<sup>32</sup>

Todos/as somos capaces de llegar a la reflexión, sustentar las preguntas o proponer procesos reflexivos para mirar las prácticas, tensionando paradigmas instituidos y generando aportes significativos para la transformación en la gestión de los cuidados y los procesos de calidad.

## Antecedentes del proceso

¿Cómo me siento?...

<sup>31</sup> Ortega MC, Suárez MG, Jiménez MC, Añorve A, Cruz M, Cruz G, et al. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería. 2da ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2009 [citado 18 Oct 2021]. Disponible en: <https://books.google.com.ar/books?id=Xgh0A9bF6YMC&pg=PA7&dq=donabedian+calidad+en+salud&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjkuab4cnxAhW3qZUCHapkA5UQ6AEwBXoECAgQAQ#v=onepage&q=donabedian%20calidad%20en%20salud&f=false> p. 7.

<sup>32</sup> Maturana H. Emociones y lenguaje en educación y política. 10ma ed. Santiago de Chile: JC Saez Editor; 2018. p. 33-4.

Comencé un proceso personal de adaptación en un nuevo entorno, con la expectativa de que pudiera replantear el proyecto que me motivaba para la realización de este trabajo: “La construcción colectiva de acuerdos para la calidad del cuidado de la salud de las personas”.

En el momento del recorrido inicial a los diferentes sectores, se les hacía saber a los/as enfermeros/as que serían de mi equipo, que mi rol estaría reemplazando a la persona que ocupaba el puesto de jefatura recientemente retirada; mi percepción subjetiva al principio fue sentir una distancia de trato, en algunos; mirada temerosa, en otros; desafiante y ansiosa, también en quienes pedían soluciones de ciertas problemáticas ya planteadas. En cada caso se dejaba ver que estaban guiados por valores para el cuidado de las personas.

### **Disposición de los escenarios...**

En las primeras semanas de puesta en marcha del proyecto, estuve realizando observaciones, haciendo la identificación del significado del contexto. Me acercaba a cada uno de los/as enfermeros/as y les consultaba acerca de cómo llevarían adelante ciertas acciones que ellas/os consideraban que no estaban claras y generaban conflictos en los equipos.

Una de las inquietudes que ellas/os planteaban eran los espacios físicos (cabe destacar que no se ha tomado un registro sistemático de estos datos en los momentos iniciales del proceso).

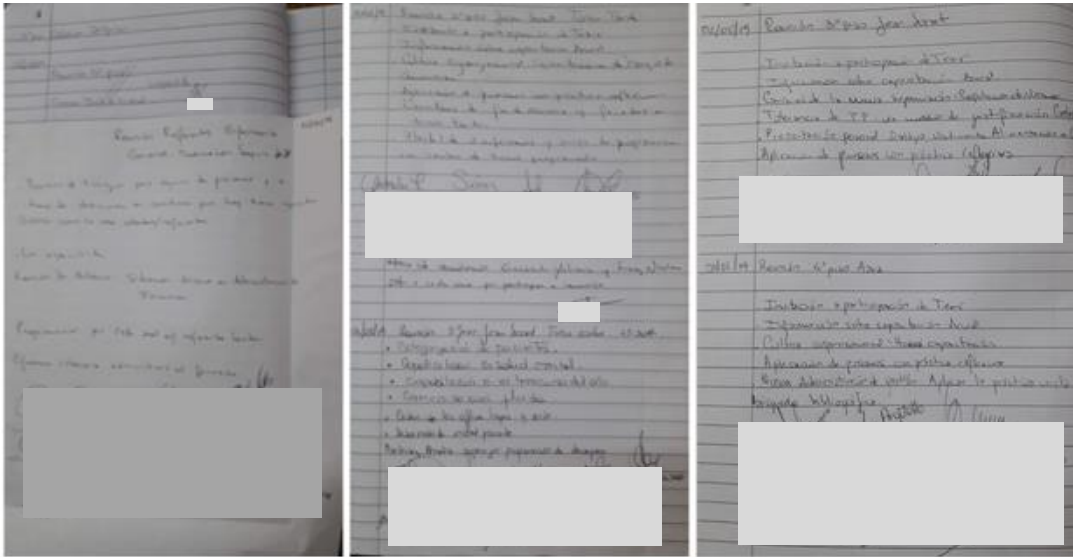
Desde mi percepción, los espacios físicos en los que se desarrollan los encuentros diarios fueron el principio de dar cuenta respecto a cómo se sentían los/as profesionales en ese entorno llamado Office de Enfermería, donde se decide la asignación de pacientes<sup>33</sup> a cada enfermero/a en cada turno de trabajo, y donde se encuentra el acopio de materiales e insumos para la realización de los diferentes procesos.

En las siguientes imágenes (ver imagen 1 y 2) aparecen los registros en el libro de actas donde se rubrican las preocupaciones que planteaban los/as enfermeros/as.

---

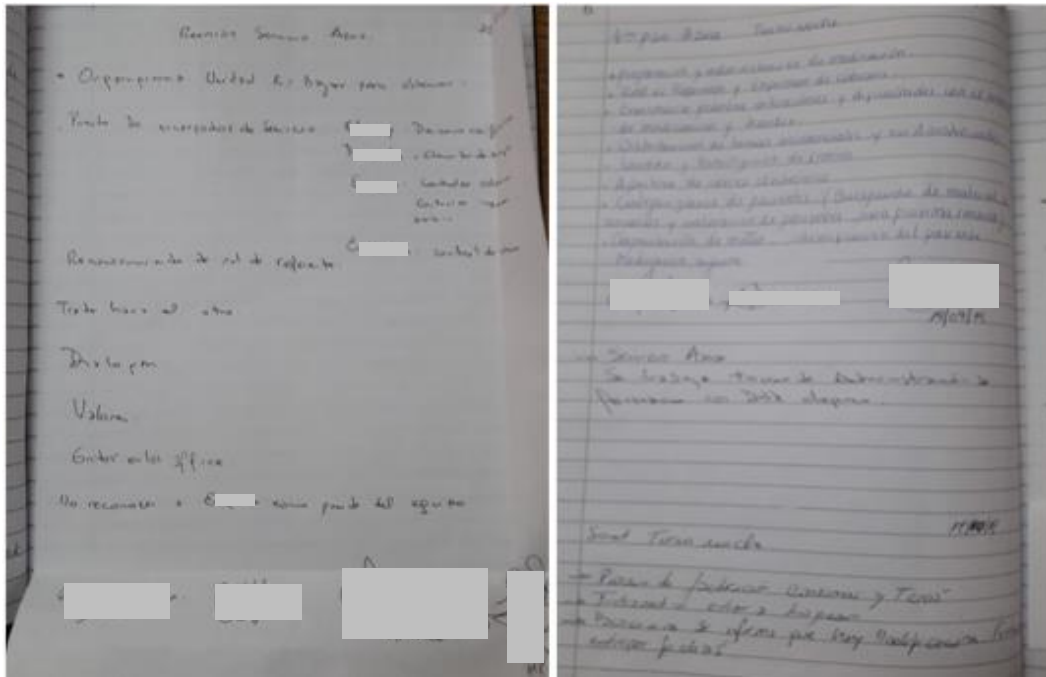
<sup>33</sup> Esta expresión aún persiste como parte del léxico instituido en la organización. Al momento de este informe, se está iniciando el proceso de reflexión y transformación de la denominada categorización de pacientes hacia la consideración de conceptos que reflejen la sintaxis y la semántica enfermera. En este sentido, el término persona aparece, en el marco epistemológico de la enfermería, como uno de “... los conceptos básicos y neutros del metaparadigma... de acuerdo con Fawcett...”. Tomado de: Durán de Villalobos MM. Marco epistemológico de la enfermería. Aquichan [Internet]. 2002 [citado 15 Nov 2021];2(2):7-18. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972002000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100003) p. 10.

Imagen 1  
 Registro en libro de actas de conversaciones del 03.05.2019.



Fuente propia (F<sup>34</sup>.022,007,943). Registradas el 12.12.2019.

Imagen 2  
 Registro en libro de actas de conversaciones del 25.10.2019.



Fuente propia (F.200,140). Registradas el 13.12.2019.

Fuimos generando un espacio donde nos permitimos hacer visible diferentes puntos de vista e ideas para empezar a realizar los primeros acuerdos. En ellos emerge la importancia de las interrelaciones entre los/as profesionales. Ponen en común la experiencia de cada uno/a, las diferentes formas de ver,

<sup>34</sup> Referencia: La letra F. corresponde a fotografía.

escuchar y reaccionar en el encuentro con sus colegas. Van mostrando sus singularidades en torno a los procesos de gestión de los cuidados.

### Primeras reflexiones...

Las primeras reflexiones giran en torno al espacio donde se realiza el procedimiento de Administración de Fármacos, el cual consta de una serie de **etapas** que requiere de concentración, según se detalla en el protocolo actualizado que se transcribe seguidamente:

Enfermera en función de medicación en office de enfermería.

Administración: Enfermera de cabecera.

A continuación, se describen los 10 momentos que deberá cumplir la enfermera en función de medicación para realizar correctamente el proceso de medicación segura en office de enfermería.

1. Transcribir indicaciones médicas, desde Historia clínica digital, solapa de Tratamiento a rótulos de enfermería.
2. Limpieza del área, mesada ubicada en office de enfermería la cual solo será utilizada para este fin. Se pulveriza con Covidex el lugar de preparación y se esperará 10 minutos antes de retirar con apósito no estéril.
3. Colocar elementos a utilizar, se refiere a frascos ampollas, ampollas, comprimidos, jarabes y descartables necesarios.
4. Aislar el área de preparación: cerrar puertas y colocar cartel de advertencia de NO MOLESTAR mientras la enfermera realiza la preparación de los medicamentos.
5. Correcto lavado de manos: respetando los pasos estipulados.
6. Vestimenta: la enfermera deberá vestirse con equipo de ropa estéril: bata, guantes y compresa estéril (para el área de preparación, la cual luego de terminar será descartada), gorro y barbijo no será necesario que estén estériles, esta indicación deberá cumplirse para la preparación de medicamentos que serán colocados por vía ev, estará permitido que aquella medicación que éste indicada para pasaje por vía oral, solamente requiera utilizar gorro, barbijo y guantes comunes (de examen). para aquellos pacientes que ingresen fuera de los horarios de rutina de preparación de medicación, estará permitido la utilización de guantes estériles, gorro y barbijo, recordar siempre que el área asignada para la preparación de medicamentos no debe utilizarse con otra finalidad.
7. Preparación de la medicación: dilución, carga de miligramos (EV) carga de mililitros (VO), identificación de cada jeringa con rótulo para ese fin.
8. Colocación de jeringas rotuladas en recipiente para ser trasladado y posteriormente administrado. entrega de medicación a cada enfermera de cabecera del paciente realizando doble chequeo: corroborar: nombre y apellido del paciente. Unidad y/o habitación, Cama 1 y 2 (en servicios que requieran esta aclaración) Nombre de medicamento, dosis, vía de administración. Horario de administración.<sup>35</sup>

Recordando los procedimientos estandarizados mediante la lectura crítica reflexiva de los mismos, buscamos realizar un análisis del propio proceso de aprendizaje para la comprensión e integración del procedimiento técnico en la práctica del cuidado con las personas.

Podemos describir que dicho procedimiento comienza con la lectura de Historia Clínica electrónica de los tratamientos indicados por el/la profesional médico/a. El/la profesional enfermero/a referente, con el conocimiento clínico del tipo y dosis de medicamento adecuado al diagnóstico médico de la persona, realiza la programación de los rangos horarios y, en relación a dicha programación, comienza con la preparación de los medicamentos y la distribución a cada profesional enfermero/a responsable de cada

---

<sup>35</sup> Tomado del Procedimiento de medicación segura de una Institución de Salud Privada de Córdoba Capital; 2020.

persona mediante un proceso de chequeo, lo que busca proporcionar un cuidado de Calidad y Seguridad en la Administración de fármacos.

*“En el video pueden observarse la disposición de las herramientas de trabajo, a lo largo de una mesada: teléfono interno y junto a éste, mouse, teclado y oxímetro de pulso separados a no más de 5 cm uno de otro; impresora y sobre ésta carpeta de historia clínica y bandeja de medicación, al lado izquierdo del monitor de la pc, a la altura de los ojos del observador, se encuentra el teléfono del portero colgado en la pared; pegada a éste, la pantalla de alarmas del sistema de heladeras de fármacos. Siguiendo hacia la izquierda, sobre la pared se observa un pinche de solicitudes de estudios de los pacientes, al lado de éste el buzón de reportes de incidentes y seguido de esto la central de timbres llamadores de habitaciones de pacientes.*

*Al momento de la observación, el enfermero con el rol de referente que tiene la tarea de administración de fármacos se encuentra en el desarrollo de dicha tarea, que se ve interrumpida por las alarmas de los timbres llamadores y del teléfono, éste último es atendido por dicho enfermero ya que al mirar a lo largo del pasillo a través del vidrio no se observaba que hubiera otro enfermero para dar respuesta al llamado. el enfermero busca con su mirada si había alguien. Ingresa al office los enfermeros/as para buscar los medicamentos que ya se encuentran preparados previo a esto estuvieron realizando el proceso de valoración de pacientes y control de signos vitales de manera que se los observa depositando sobre la mesada los materiales utilizados en estos procedimientos.*

*Una enfermera mientras guardaba acomodaba los elementos siente el llamado de una persona (familiar) que se acercó hasta la puerta de un office, ella la atiende saliendo al pasillo y cerrando la puerta para que los enfermeros/as puedan continuar con el proceso de recepción de medicamentos.”*  
(V1. 0:00-1:44)<sup>36</sup>

Al respecto, recuerdo haber escuchado expresar que el espacio es pequeño para el número de personas que deben realizar sus tareas en simultaneidad. Además, que las tareas se ven interrumpidas por factores humanos (circulación de personas) y ambientales (sonidos de alarmas). Por otro lado, las herramientas e insumos de trabajo que se encuentran dentro del office son diversos y de uso múltiple; hay 2 terminales telefónicas (una móvil y una fija); están disponibles llaves de accesos a espacios en común con otros profesionales (por ejemplo: llaves de baños); entre otras.

El análisis de estas observaciones nos lleva a reflexionar respecto a cómo la interrupción de las tareas impacta sobre los procesos que los /as enfermeros/as consideran claves para hacer efectiva una práctica de cuidados de calidad. El tiempo en la espera para tener disponible algunas herramientas de trabajo puede resultar en la ineficiencia para la realización de esas prácticas.

### **Camino a la transformación de los espacios**

Las resonancias de esos comentarios me llevaron a buscar evidencias. Pude observar que en efecto la distribución de acopio de los materiales, la superposición de diferentes elementos para distintos usos que no corresponden directamente a los procesos de cuidado (impresora, teléfono, llaves, computadora, acceso a interruptores de electricidad, pizarra, medicamentos, cintas adhesivas, cuadernos, soluciones antisépticas, controles remotos, balanzas, insumos descartables de reposición, entre otros) (Ver Imágenes 3, 4 y 5).

<sup>36</sup> Referencias: lo que aparece entre paréntesis es el código que representa a la fuente de los datos; en este caso la letra V corresponde a Video, seguido de un punto, seguido de los números que corresponden a la duración, en minutos y segundos del archivo, separados los iniciales y finales con un guion medio.

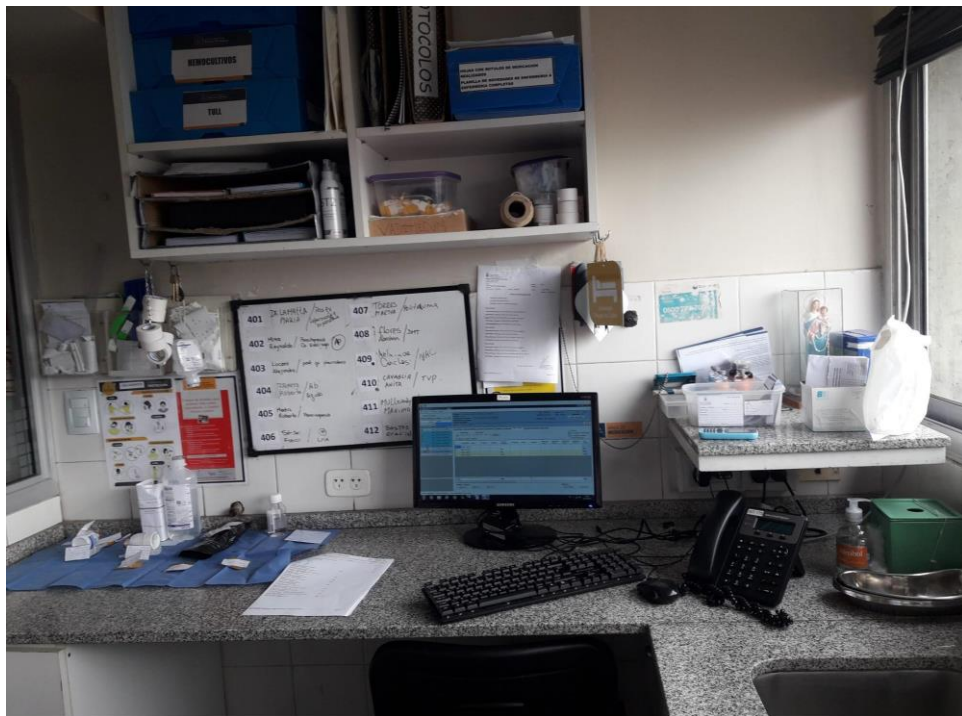


Imagen 3. Office de Enfermería 1.  
Sector de preparación de medicamentos- Momento inicial



Fuente propia (F.450 y 446). Registradas el 07.03.2019.

Imagen 4: Office de Enfermería 2.  
Sector de preparación de medicamentos-Momento inicial



Fuente propia (F.622). Registrada el 08.03.2019.

Imagen 5: Office de Enfermería 3.  
Sector de preparación de medicamentos-Momento inicial



Fuente propia (F.228). Registrada el 11.03.2019.

A partir de los aspectos expresados anteriormente comencé a plantear las siguientes preguntas:

¿Cómo creerían que puede ser un espacio físico adecuado a sus necesidades?

Se fueron generando diferentes propuestas, orientando la perspectiva del cambio hacia una visión de la gestión de los cuidados centrada en las prácticas de enfermería en escenarios complejos, para lo cual resultaba necesario disponer de espacios ordenados para la realización de procesos estandarizados (admisión de la persona a la unidad de cuidado, valoración inicial, administración de medicamentos, higiene y confort, entre otros) y otros contingenciales, según las situaciones singulares atravesadas por las personas.

Como se aprecia en las siguientes imágenes (Ver Imágenes 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12), se fueron despejando espacios, en los amoblamientos disponibles, para sectorizar cada proceso necesario para los diferentes cuidados. Se fue avanzando paulatinamente durante aproximadamente 30 días.

Imagen 6. Office de Enfermería 1.  
Sector de preparación de medicamentos-Momento intermedio



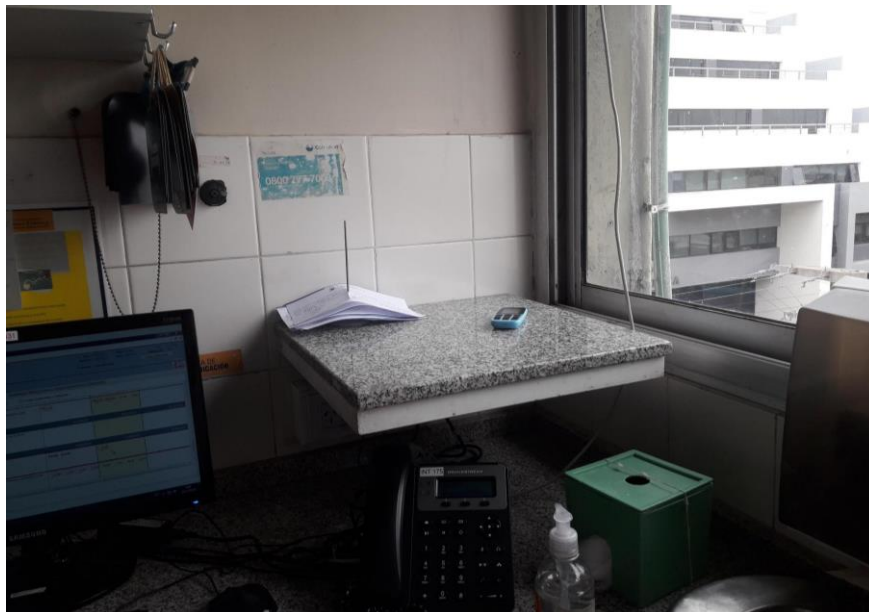
Fuente propia (F.655). Registrada el 26.03.2019.

Imagen 7. Office de Enfermería 1.  
Momento de realización de diversas actividades en el mismo espacio-Momento intermedio



Fuente propia (Captura de pantalla V1. 0:15-0:58). Registrado el 13.06.2019.

Imagen 8. Office de Enfermería 2.  
Sector administrativo con elementos de preparación de medicamentos-Momento intermedio



Fuente propia (F.925). Registrada 15.03.2019.



Imagen 9. Office de Enfermería 2.  
Sector de preparación de medicamentos-Momento intermedio



Fuente propia (F.608). Registrada el 08.03.2019.

Imagen 10. Office de Enfermería 2.  
Sector administrativo con elementos de preparación de medicamentos-Momento Intermedio



Fuente propia (F.119). Registrada el 03.02.2020.

Imagen 11. Office de Enfermería 1.  
Sector de preparación de medicamentos-Momento Intermedio



Fuente propia (F.657). Registrada el 01.10.2019.

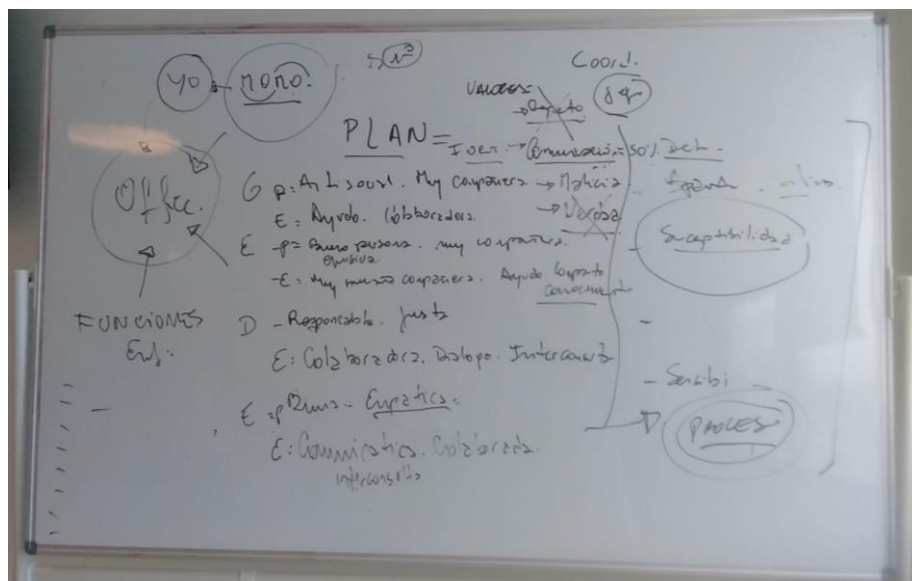
Imagen 12. Office de Enfermería 3.  
Sector de preparación de medicamentos-Momento Intermedio



Fuente propia (F.541). Registrada el 11.12.2019.

Como momento intermedio del proceso de transformación, la imagen 7 da cuenta de instantes en que la interacción de los profesionales resulta compleja en un espacio de múltiple circulación y estímulos diversos. En dicho espacio se realizan los acuerdos para el cuidado, se responde a las demandas de las personas, ya sea telefónica como personalmente; además se ponen en evidencia, la socialización en la práctica, el despliegue de los conocimientos y competencias técnicas, los valores y compromisos de su profesión mediante el respeto, la confianza mutua, la autonomía y la responsabilidad, junto a las exigencias del contexto organizacional. Lo que los/as enfermeros/as mostraban era preocupación por estar atentos/as ante esas distintas exigencias (Ver Imagen 13).

Imagen 13.  
Elementos reconocidos para el trabajo en equipo



Fuente propia (F.404). Registrada el 25.10.2019.

Nos reuníamos periódicamente una vez al mes con los/as participantes en los diferentes turnos de la jornada laboral; a partir de estos encuentros surgían diferentes propuestas que dieron el puntapié inicial para el cambio.

Los equipos de trabajo en los diferentes sectores observados tienen en común a profesionales que vienen desarrollando sus actividades individuales y en equipo en un tiempo promedio de 1 a 3 años en su gran mayoría.

Fuimos implementando nuevas tecnologías de registro. Comenzamos la digitalización de los mismos y se renovó la aparatología; se sustituyeron las bandejas abiertas por contenedores lavables con tapa. Además, se fueron revisando los protocolos de los procedimientos técnicos, actualizando las guías que orientaron la utilización de nuevos insumos y tecnología, lo que llevó a retirar elementos obsoletos.

La puesta en marcha de las propuestas generadas por cada uno/a de los/as enfermeros/as, permitió reconocer que algunas se acordaron en la totalidad del equipo; otras, se reconocieron con las observaciones y sugerencias de una parcialidad de los/as integrantes.

Al cabo de 270 días aproximadamente, se concretó la delimitación de las mesadas de trabajo de los diferentes sectores mediante la colocación de vidrios separadores y el etiquetado de los espacios de acopio de manera clara y en relación a la sectorización respectiva (Ver Imágenes 14, 15, 16 y 17).

Imagen 14. Office de Enfermería 3.  
Sector de preparación de medicamentos-Momento Final



Fuente propia (F.202). Registrada el 03.02.2020.

Imagen 15. Office de Enfermería 1.  
Sector de preparación de medicamentos-Momento Final



Fuente propia (F.004). Registrada el 11.09.2021.

Imagen 16. Office de Enfermería 2.  
Sector de administrativos-Momento Final



Fuente propia (F.010). Registrada el 11.09.2021.

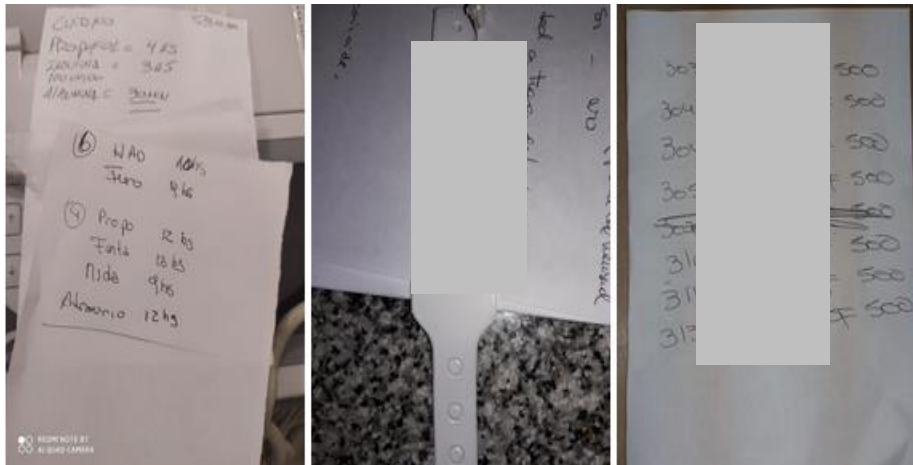
Imagen 17. Office de Enfermería 2.  
Sector de preparación de medicamentos-Momento Final



Fuente propia (F.011). Registrada el 11.09.2021.

Para el registro de las observaciones y valoraciones de la persona, se utilizaban recortes de papel en el que se volcaban anotaciones sueltas en las que aparecían siglas y abreviaturas no estandarizadas que luego eran transcritas a la historia clínica (Ver imagen 18).

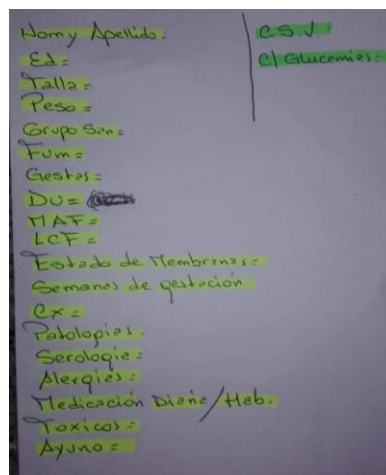
Imagen 18.  
Registros informales de observaciones y valoraciones



Fuente propia (F.813). Registradas desde febrero de 2019 a febrero de 2020.

A partir de allí, con el equipo de enfermeras/os fuimos construyendo con el aporte del material teórico de la herramienta SBAR<sup>37</sup> una libreta de enfermería.

Imagen 19.  
Aportes trabajando en el proceso de confección de la herramienta de registro



Fuente propia (F208). Registrada el 08.02.2020.

<sup>37</sup> La técnica SBAR es una conocida herramienta que estandariza la comunicación. SBAR es el acrónimo de Situación, antecedentes (*Background*), valoración (*Assessment*) Recomendación. Tomado de: Potter PA, Griffin Perry A, Stockert PA, editoras. Fundamentos de Enfermería [Internet]. 9na ed. Barcelona: Elsevier; 2019. Disponible en: <https://books.google.com.ar/books?id=ILWXDwAAQBAJ&pg=PA307&dq=SBAR+herramienta+de&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwj8IMjHgtZAhXVq5UCHaFdDIIQ6AF6BAgKEAI#v=onepage&q=SBAR%20herramienta%20de&f=false> p. 307.



Imagen 20.  
Libreta de enfermería.

N y A: \_\_\_\_\_  
 DNI: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Firma y sello  
 Hab: \_\_\_\_\_ Alergias: SI  NO  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

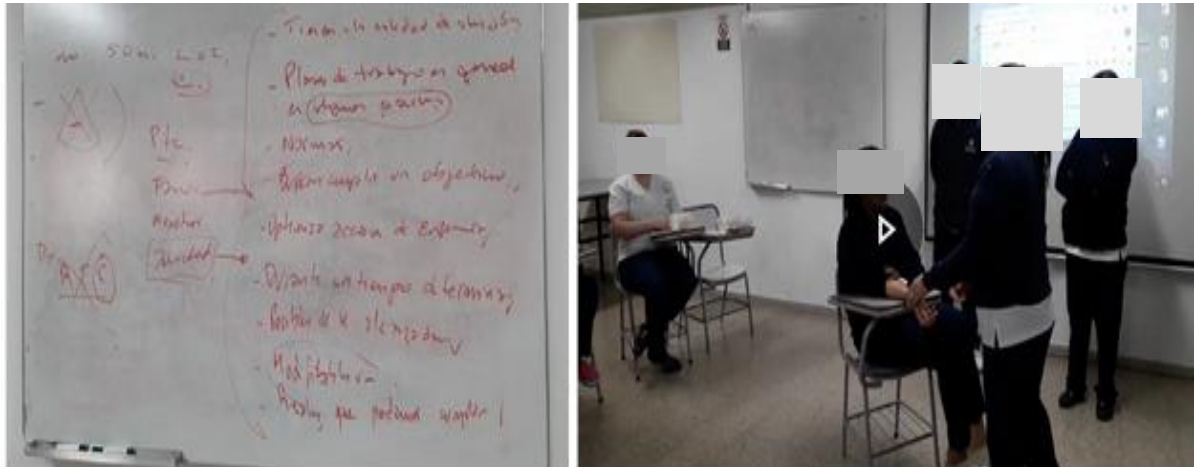
Segu- ridad	Identificación		Caídas		Check list		Aislamientos							
	Pulsera <input type="checkbox"/>	Información <input type="checkbox"/>	Morse <input type="checkbox"/>	Cartel <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	Resp <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>						
Neuro- logías	Glasgow		Comunicación		Familia		Sueño							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>						
Piel	Braden		Hig. y Confort		Movilización		Deambula							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Respi- ratorio	Oxígeno		Traqueo		Aspiración		ARM							
	M <input type="checkbox"/>	CN <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	FR <input type="checkbox"/>	PEEP <input type="checkbox"/> I:E <input type="checkbox"/>						
Dolor	Escala		Ramsay		Bromage		Catéter Epidural							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>						
Alimen- tación	Glucemia		Oral		SNG		Ostomia							
	H <input type="checkbox"/>	ml <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Hidrata- ción	Periférica		AVC		AAC		Percutánea							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Elimina- ción	Diuresis		Deposición		Enema		Sonda vesical							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Signos vitales						Soluciones / Medicación								
HS	FC	FR	SO2	TA	T°	1	HS	ML	HS	ML	HS	ML	HS	ML
						2								
						3								
						4								
						5								
						6								
						7								
						8								
Medicación						Diuresis								
						Hs ml <input type="checkbox"/>								
						Drenajes								
						Hs ml <input type="checkbox"/>								
Observaciones:						Observaciones:								

Fuente propia (Captura de pantalla 1). Registrada 05.05.2020.

### Considerando los procesos de cambio

En este proceso de observación de los modos en que se llevan adelante las prácticas para el cuidado de la persona, emerge de cada enfermero/a un modelo que enmarca la toma las decisiones frente a la acción en la práctica, que necesita ser mirado en clave de trabajo en equipo, reflexionando lo que cada quien trae desde sus diversas experiencias culturales, disciplinares y organizacionales previas, reconociendo el potencial de los aportes de las/os profesionales enfermeras/os. Como puede apreciarse en la siguiente imagen (Imagen 21), se trabajaban con lluvias de ideas a partir de una propuesta de análisis reflexivo compartido.

Imagen 21.  
Registro de encuentros de reflexión mediante lluvia de ideas



Fuente propia: (F.607 y Captura de pantalla V2.0:06). Registradas el 09.08.2019.

Así, durante los procesos de ordenamiento de los espacios físicos, surgieron conflictos en la identificación y la categorización de acciones a llevar adelante para la transformación. Se los invitaba, entonces, a pensar a partir de preguntas y re-preguntas sobre qué les provocaba incomodidad ante una nueva propuesta de un/a colega, de un aporte para refuncionalizar un espacio, una sugerencia de reubicación de elementos, entre otros. La subvaloración de las actividades de organización también se fue tensionando, hasta reconocer la boniteza<sup>38</sup> de lo nuevo generado con esa diversidad de aportes que permitió la sostenibilidad de un entorno que permite un espacio de despliegue de actitudes respetuosas y de compromiso en prácticas de calidad, demostrando el interés por el crecimiento y la mejora permanentes como equipo.

Para Paulo Freire, esta dimensión, boniteza, hace parte de la concepción de la vida, así como amorosidad, aprecio, solidaridad, utopía, alegría, esperanza, estética y gentileza. La vida debe ser bonita, no sólo la vida de un individuo, sino la realización de un pueblo.<sup>39</sup>

Todos estábamos frente a un cambio de organización de los servicios que reflejaba, cómo define Kurt Lewin, "... la transición de una situación a otra diferente..."<sup>40</sup>. Un cambio que implica ruptura, transformación, perturbación. Para integrar el nuevo modelo de gestión, fue necesario iniciar la incorporación de tácticas que permitieran alcanzar y mantener el equilibrio, como parte del modelo de Kurt Lewin, que consiste de tres fases o etapas distintas: descongelamiento, cambio y recongelamiento<sup>41</sup>.

<sup>38</sup> Streck DR, Redin E, Zitkoski JJ, organizadores. Diccionario Paulo Freire [Internet]. 2da ed, rev amp. Lima: CEAAL, Consejo de Educación Popular de América Latina y el Caribe; 2015 [citado 18 Oct 2021]. Disponible en: [https://ceaal.org/v3/libceaal\\_diccionariopaulofreire/](https://ceaal.org/v3/libceaal_diccionariopaulofreire/) p. 76.

<sup>39</sup> Ibid. p. 76.

<sup>40</sup> Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración. 7ma ed. Cuajimalpa: McGraw-Hill Editores; 2006. p. 322.

<sup>41</sup> Ibid. p. 322.

El descongelamiento, observado en un grupo de enfermeros/as que rápidamente entendieron el cambio para aceptar desaprender viejas prácticas, sustituyéndolas por nuevas ideas. Durante el proceso se observó también que un gran número de los/as participantes continuaban con sus actitudes y comportamientos habituales, estaban en una postura de defender sus prácticas vigentes, ya sea por razones personales o grupales o manifestaban desconocer cómo hacerlo. Llevamos adelante la lectura de protocolos ya instaurados, utilizándolos en las prácticas para generar una nueva producción y a partir de ello reconstruir un nuevo nivel dentro de la organización con respecto a patrones de comportamiento, hábitos, conductas y actitudes.

El cambio, observado en las actitudes para adoptar y llevar adelante los nuevos conocimientos, comenzaba a percibirse en un espacio para pensar y ejecutar nuevas formas.

El re-congelamiento, etapa en la cual se vive inmediatamente posterior a cada cambio, se adoptan las nuevas prácticas, se incorporan y se fijan a la nueva cultura<sup>42</sup>, aún no se ha concretado en las dimensiones que propone el modelo de Lewin.

### **Sustentando la creación de nuevos aprendizajes**

En mi observación, el cambio resultaba permanente, aunque no siempre fuera reconocido como tal por los/as enfermeros/as. Si se pensara en una gestión compartida, facilitando la participación del equipo a través del diálogo, la discusión y la práctica reflexionada, se estaría propiciando una disposición al encuentro. Para esta disposición al encuentro, el marco organizacional vigente habilita la generación de nuevos aprendizajes.

En ese sentido, mis tareas de gestión dentro del grupo de enfermeros/as, se disponen a buscar en todo momento la integración cotidiana de la reflexividad compartida y la autorreflexión. Así, en el acompañamiento de los procesos en la gestión de las prácticas, ante la naturalización de los procedimientos, voy proponiendo, mediante preguntas, llevar las situaciones de cuidado planteadas a una reflexión sustentada en perspectivas teóricas y evidencias. Este proceso lo realizo conjuntamente con las/os enfermeras/os participantes de la situación en busca de la transformación de las prácticas, a partir de un aprendizaje reflexivo.

En relación a la integración, propongo acentuar el desarrollo de herramientas y recursos de gestión que resulten también coherentes con la Misión y Visión institucional, las que se centran en la profesionalización, la capacitación permanente y la búsqueda de la excelencia académica, mediante las dimensiones de la formación y la investigación, para el aporte a la calidad de las prácticas profesionales del cuidado de la salud de las personas, procurando hacer consciente lo que está siendo en el hacer situado.

Se hace cada vez más urgente el desarrollo de una conciencia crítica que permita al hombre transformar la realidad. En la medida en que los hombres dentro de su sociedad van contestando a

---

<sup>42</sup> Ibid. p. 322.

los desafíos del mundo, van temporalizando los espacios geográficos y se van haciendo historia a partir de la propia actividad creadora del hombre<sup>43</sup>.

“Los sistemas de aprendizaje engloban aquellos sistemas formales y prácticas informales de la organización que permite la integración entre el aprendizaje individual y organizativo contribuyendo a lo aprendido.”<sup>44</sup>

En este sentido de la disposición al aprendizaje, cuando surgía una problemática, los/as enfermeros/as llevaban la discusión en equipo, luego de poner en manifiesto los diferentes puntos de vista y, en oportunidades que no acordaban entre ellos/as, se me consultaba buscando una respuesta, aduciendo que sólo podían hacer un cambio o poner en acción una práctica, si eran autorizados u ordenados por la jefatura; esta instancia me daba la oportunidad para generar esa misma pregunta a ellas/os: “... Y usted/es ¿cómo lo resolvería/n?... seguido de... ¿y por qué?” en busca de una reflexión que lleve a una resignificación de la situación de interés en ese momento.

Al defender el esfuerzo permanente de reflexión de los oprimidos sobre sus condiciones concretas, no estamos pretendiendo llevar a cabo un juego a nivel meramente intelectual. Por el contrario, estamos convencidos de que la reflexión, si es verdadera reflexión, conduce a la práctica.

Por otro lado, si el momento es ya de la acción, ésta se hará praxis auténtica si el saber que de ella resulte se hace objeto de reflexión crítica. Es en este sentido que la praxis constituye la *razón* nueva de la conciencia oprimida y la revolución, que instaura el momento histórico de esta razón, no puede hacerse viable al margen de los niveles de la conciencia oprimida.

De no ser así, la acción se vuelve mero activismo.

De este modo, ni es un juego diletante de palabras huecas, un “rompecabezas” intelectual que por no ser reflexión verdadera no conduce a la acción, ni es tampoco acción por la acción, sino ambas. Acción y reflexión entendidas como una unidad que no debe ser dicotomizada.

Sin embargo, para esto es preciso que creamos en los hombres oprimidos. Que los veamos como hombres de pensar correctamente.

Si esta creencia nos falla, es porque abandonamos o no tenemos la idea del diálogo, de la reflexión, de la comunicación y porque caemos en los marbetes, en los comunicados, en los depósitos, en el dirigismo. Ésta es una de las amenazas contenidas en las adhesiones inauténticas a la causa de la liberación de los hombres.<sup>45</sup>

### **Tensión ante lo establecido...**

Cuando un modelo organizacional se basa en una estructura vertical, propicia una cultura en que las prácticas se centran en cumplir tareas en torno a horarios rígidos, sin la disposición a realizar acuerdos según lo que se vaya presentando.

**P-a<sup>46</sup>:** - *“Apenas entramos, recibimos la guardia, se hace la distribución de pacientes por enfermeros, rotándolos tratando de que nunca tomen los mismos pacientes los mismos enfermeros y hacemos*

<sup>43</sup> Freire P. Educación y cambio. 4ta ed. Buenos Aires: Ediciones Búsqueda; 1987. p 27.

<sup>44</sup> Delgado Abella LE, Vanegas García M, compiladoras. Psicología organizacional: Perspectivas y avances. 1ra ed. Bogotá: ECOE Ediciones; 2013. p. 112.

<sup>45</sup> Freire P. Pedagogía del Oprimido. 4ta ed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2015. p 67-8.

<sup>46</sup> En la transcripción de las voces, la primera letra mayúscula que aparece para identificar la fuente (P), corresponde a Participante seguida de una letra minúscula según orden alfabético asignado a los audios de las entrevistas.

*la distribución de tareas del piso y se empieza a hacer la planificación de la medicación... con el objetivo de que a las 8 de la mañana cada enfermero esté administrando la medicación preparada. A veces se atrasa, a veces no, depende la dinámica del piso y la cantidad de pacientes que tengamos y de enfermeros.”*

**I-P<sup>47</sup>:** - “... ¿un ejemplo... de qué es la dinámica (del piso)?”

**P-a:** - “Y a veces cuando está lleno, están los 27 pacientes... todo... no quedó la guardia, viene media descolocada de la noche, se atienden muchos timbres, se tienen que hacer cambios, apenas entramos y la programación no se cumple como la hicimos, tenemos que atender las necesidades del paciente a medida que van surgiendo ahí a primera hora, eso nos atrasa con la programación que teníamos hecha.” (E1.1.7;2.1-2)<sup>48</sup>

Estas dificultades para los acuerdos desafían a disponerse a reflexionar buscando las concepciones que sostienen las instituciones con modelos burocráticos de organización. En estos modelos,

La autoridad representa el poder institucionalizado y oficializado. Poder implica potencial para ejercer influencia sobre las otras personas. Poder significa, para Weber, la probabilidad de imponer la propia voluntad dentro de una relación social, incluso contra cualquier forma de resistencia y cualquiera que sea el fundamento de esa probabilidad. El poder, por lo tanto, es la posibilidad de imposición de arbitrio por parte de una persona sobre la conducta de las otras.<sup>49</sup>

A partir de lo que propone Weber se puede distinguir que en las organizaciones en las que predomina la autoridad llamada tradicional “... los subordinados aceptan las órdenes de los superiores como justificadas porque esa siempre fue la forma en que se hicieron las cosas...”<sup>50</sup>

No obstante, los modos de relaciones de autoridad en las organizaciones no son puros, sino que en una organización burocrática, el modelo tradicional convive con el legal y racional. Este último se define:

Cuando los subordinados aceptan las órdenes de los superiores como justificadas, porque están de acuerdo con ciertos preceptos o normas que consideran legítimos y de los cuales se deriva el comando. Es el tipo de autoridad técnica, meritocrática y administrada. Se basa en la promulgación. La idea básica se fundamenta en el hecho de que las leyes pueden promulgarse y reglamentarse a través de procedimientos formales y correctos.<sup>51</sup>

En este doble sentido, cuando el modelo de gestión se expresa como tradicional, pero se justifica en las normas y reglamentaciones, se contrapone a lo que se espera en la estructura organizacional.

La autoridad se manifiesta en “bajadas de línea”<sup>52</sup> que no cuestionan, ni reflexionan y se interpretan como el respeto de la realización de tareas, estrictamente pautadas en horarios y secuencias que no acompañan el ritmo del resto de la programación en relación a las actividades que refieren a procedimientos de su quehacer profesional diario.

En las entrevistas con las/os enfermeras/os, se evidencia la constante ambivalencia de seguir los requerimientos que el sistema les impone para evaluar la llamada calidad de atención, mediante

<sup>47</sup> La voz de la investigadora participante se distingue con I-P.

<sup>48</sup> Este sistema de codificación corresponde, de izquierda a derecha: “E” seguida de un número, a la entrevista según orden de realización; luego, el/los número/s de página de la transcripción y finalmente, el/los números de párrafos en dicha página.

<sup>49</sup> Chiavenato I. Op. Cit. p. 223.

<sup>50</sup> Ibid. p. 224.

<sup>51</sup> Ibid. p. 224.

<sup>52</sup> En relación a esta expresión, se puede decir que hace referencia a la acción nombrada como “... ‘bajar línea’... ‘Dar una instrucción u orden a otra persona...’ de arriba hacia abajo, es decir, del dirigente al subordinado...”. Tomado de: Gregorich L. Bajando línea. La Nación [Internet]. 4 Mar 2009 [citado 25 Oct 2021]; Secc. Opinión.

indicadores que no registran ni valoran las actuaciones derivadas de las competencias profesionales, que son las que dan evidencia del cuidado humanizado, el cual es parte de la misión y visión organizacional.

Como ejemplo de esta situación se analizan los ítems relacionados a enfermería en la “Encuesta de satisfacción del cliente” de 2019 y la modificada de octubre de 2020, que tienen el propósito de registrar dicha satisfacción respecto a lo que desde el programa de calidad de la institución se relaciona con la actuación del/de la profesional enfermero/a.

En el Manual de ITAES, en el capítulo IX referido a infraestructura y servicios de apoyo, se considera el siguiente ítem:

9.3. La satisfacción del usuario (interno y externo) es evaluada periódicamente...

9.3j. Se desarrollan encuestas periódicas de satisfacción que abarcan tanto al cliente externo (pacientes, familiares), como al interno...

El resultado de las encuestas es utilizado como insumo para la toma de decisiones de mejora de la calidad del servicio.<sup>53</sup>

En la primera encuesta se medía la satisfacción del cliente con los siguientes indicadores (lo que sigue no es copia textual, sino que recupera los ítems del informe mensual):

- identificación con brazalete (¿Fue identificado con brazalete? se observa que este indicador no registra datos si durante el tiempo de internación los profesionales corroboran la identidad de cada persona ante cada atención que realizan);
- lavado de manos (en seco con alcohol) antes de la atención (¿Observó si quienes lo trataron se lavaron las manos? se pregunta explícitamente en relación a médicos, residentes y enfermeros y queda una opción abierta para marcar “otros”);
- asistencia de enfermería (¿Cómo fue la atención recibida en cada turno, si fue correcta o incorrecta?, se observa que se distingue en turnos la asistencia de enfermería):
  - suministro de medicamentos (dentro del ítem asistencia de enfermería, si fue correcto o incorrecto);
  - higiene personal (dentro del ítem asistencia de enfermería, si la recibió o no, si no la necesitaba o si fue realizada a veces);
  - cambio de ropa de cama (en la encuesta, dentro del ítem hotelería; en el informe, el dato se adjudica a los profesionales enfermeros).<sup>54</sup>

En la segunda, se tomaron aportes desde antecedentes<sup>55</sup> de otros modelos de encuestas de satisfacción que el equipo de enfermería llevó al comité de calidad de la organización, y desde allí se construyeron preguntas que consideran los siguientes indicadores como parte del ítem asistencia de enfermería:

- ¿Lo trataban con cortesía y respeto? (distinguiendo la frecuencia del trato en cada turno: siempre, a veces, nunca).
- ¿Atendieron su higiene personal? (se observa la frecuencia a través de los siguientes ítems: siempre, a veces, nunca, no lo necesitaba).
- Después de pulsar el llamador, ¿se sintió satisfecho con la respuesta a su demanda? (se observa la frecuencia a través de los siguientes ítems: siempre, a veces, no lo utilicé).

<sup>53</sup> Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimiento de Salud. Op. Cit. p. 195.

<sup>54</sup> Tomado de los ítems de la encuesta de satisfacción del cliente 2019 de una Institución de Salud Privada de Córdoba Capital.

<sup>55</sup> Encuesta CAHPS® sobre Atención Hospitalaria. Mar 2018 [citado 18 Oct 2021]. Disponible en: [https://hcahponline.org/globalassets/hcahps/survey-instruments/mail/july-1-2018-and-forward-discharges/2018\\_survey-instruments\\_spanish\\_mail.pdf](https://hcahponline.org/globalassets/hcahps/survey-instruments/mail/july-1-2018-and-forward-discharges/2018_survey-instruments_spanish_mail.pdf)

- ¿Con qué frecuencia le explicaban los procedimientos a realizar de manera que usted pudiera entender? (se observa la frecuencia a través de los siguientes ítems: siempre, a veces, nunca)<sup>56</sup>

También, mide los siguientes indicadores agrupados entre los aspectos a evaluar durante la internación y sobre los aspectos generales de la asistencia del equipo:

- ¿Cómo considera la frecuencia del cambio de ropa de cama? (se observa a través de los siguientes ítems: mala, regular, buena; no se especifica la frecuencia de referencia).
- Aquellos que lo trataron, ¿se higienizaron las manos? (se pregunta explícitamente en relación a médicos, residentes y enfermeros y queda una opción abierta para marcar "otros", con ítems de frecuencia: siempre, a veces, nunca)
- Quisiera hacer alguna sugerencia o dejarnos algún comentario (se plantea como pregunta abierta)

En estas encuestas se evidencia que sólo se mide la calidad de atención de enfermería mediante la satisfacción de las personas, valorada a través de aspectos que no reflejan sus necesidades eventuales y contingenciales. A esta situación se suma que los criterios mínimos de dotación de profesionales están sostenidos en tiempos estándares, que no distinguen la diversidad de situaciones que atraviesan las personas. "La conformación de planteles es estática y no lleva correlación con el grado de complejidad de los enfermos en relación a los cuidados necesarios."<sup>57</sup>

Desde ITAES se considera cómo estándar de calidad la cobertura de la atención:

... durante las 24 horas los 365 días del año. (Con una) Dotación mínima por turno:

- Terapia Intensiva: 1 enfermero cada 2 camas.
- Cuidados Intermedios: 1 enfermero cada 4 camas.
- Cuidados Mínimos: 1 enfermero cada 6 camas.<sup>58</sup>

El objetivo primordial de la Acreditación es evaluar calidad de atención médica teniendo en cuenta los atributos básicos definidos por Avedis Donabedian: eficiencia, eficacia, efectividad, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad. Por consiguiente, la aplicación complementaria de estas tres modalidades, permitirá alcanzar la mayor claridad en la evaluación de los establecimientos de salud, así como los resultados que razonablemente pueden esperarse.<sup>59</sup>

Cuando se pone en primer lugar los criterios de eficiencia, cualquier actividad, tarea o proyecto que considere disponibilidad de tiempo por fuera del estándar reconocido, no es valorada como esperable y por ende busca ser evitada en los procesos de la organización.

Además, las organizaciones demandan, para medir la calidad de atención, que el/la enfermero/a registre la realización de tareas técnicas, siguiendo una racionalidad que tensiona los principios de la profesión enfermera, que desde la formación orientan a un cuidado personalizado y considerando las necesidades de las personas. En ese sentido, se evidencia:

La gran paradoja o incoherencia existente entre la cultura tecnocrática, dominante en el sistema de salud y lo que éste exige de la enfermera (obediencia y sumisión) y los objetivos de los programas (autonomía e independencia). Ciertamente, se forman a enfermeras para una función que el sistema no solicita.<sup>60</sup>

<sup>56</sup> Tomado de los ítems de la encuesta de satisfacción del cliente 2019 de una Institución de Salud Privada de Córdoba Capital.

<sup>57</sup> Rodríguez MS. Cálculo de planteles de enfermería considerando el modelo de cuidados progresivos de la población en el Hospital Provincial de Rosario. Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud Centro de Estudios Interdisciplinarios. Universidad Nacional de Rosario; 2017. p. 36.

<sup>58</sup> Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimiento de Salud. Op. Cit. p. 99.

<sup>59</sup> Ibid. p.19.

<sup>60</sup> Medina Moya JL. Op. Cit. p. 266.

Los currículum de Enfermería que han asumido una orientación reflexiva han intentado que las futuras enfermeras sean más conscientes de la naturaleza epistémica social y política de las instituciones en las que deben realizar su ejercicio profesional con el objeto de que sean capaces de asumir un mayor protagonismo en el diseño de las políticas sanitarias (James y Clarke, 1994). Sin embargo, se ha podido constatar que en esos programas existe una gran distancia entre las finalidades recogidas en sus objetivos y las experiencias reales de las enfermeras en formación (James y Clarke, 1994) o también las paradojas de la enseñanza clínica, donde al mismo tiempo que se defiende la necesidad del aprendizaje experiencial del conocimiento práctico, se utilizan enfoques de resolución de problemas fundados en la racionalidad técnica (Lindeman, 1989).<sup>61</sup>

**P-i:** - *“... la ropa de la cama, le veo si está limpia... si no está limpia, si veo que es un paciente muy inquieto, desprolijo, trato de cambiarla siempre casi al final del turno, como después del mediodía comen, como para que quede limpio para el otro turno, también porque por ahí se las cambia a la mañana temprano y al mediodía están todos “insalubres” y muchas veces no hay sábanas, además, para cambiarlos también; entonces me organizo esa forma...”* (E9.1.2)

Como puede observarse en la voz anterior, la organización de las tareas de la/el enfermera/o se centra en la eficiencia, entendiendo las debilidades de la institución, sin cuestionarlas y asumiendo la administración de los recursos contra poniéndose a la atención de las necesidades cambiantes de la persona en la dinámica compleja del cuidado holístico.

Continuando con el análisis de las encuestas ya citadas, las preguntas que refieren a enfermería buscan medir la satisfacción de la persona si ante su llamada mediante el pulsador se dio una respuesta satisfactoria a su demanda entendiéndose a partir de la definición en el diccionario de la Lengua Española, como demanda a una exigencia<sup>62</sup> que lleva a ser considerado como un derecho de la persona que el profesional tiene obligación de atender. En la voz de la enfermera se expresa:

**P-e:** - *“... en enfermería el cuidado se considera como la esencia de la disciplina... El cuidado se refiere a la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los pacientes.”* - (E5.1.1)

Desde Kérouac y colaboradoras con el fin de aclarar las características de la disciplina enfermera desde las primeras concepciones de Nightingale, se fueron agrupando en escuelas en donde:

Los modelos de la escuela de las necesidades han intentado responder a la pregunta «¿Qué hacen las enfermeras?» (Meleis, 1991)... el cuidado está centrado en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales (Henderson, 1964) o en su capacidad de llevar a cabo sus autocuidados (self-care) (Orem, 1991). La enfermera reemplaza a la persona que durante un tiempo no puede realizar por sí sola ciertas actividades relacionadas con su salud y ayuda a la persona a recuperar lo antes posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades o en la realización de su autocuidado.<sup>63</sup>

Otro de los puntos a medir como satisfacción es si se atendió su higiene y obtuvo explicación entendible de los procedimientos realizados.

Respecto a este último aspecto, en las publicaciones que la organización brinda a la persona, se explicita el derecho de los/as pacientes que expresa lo siguiente: “Tomar decisiones sobre sus cuidados y... prestar su consentimiento informado. Negarse a recibir esa información...”<sup>64</sup> Como puede

<sup>61</sup> Ibid. p. 265.

<sup>62</sup> Diccionario de la Lengua Española. 2a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: De Los Cuatro Vientos; 2012. p. 220.

<sup>63</sup> Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Major F, Duquette A. El pensamiento enfermero. 1ra ed. 3ra reimp. Blanco MA, traductora. Barcelona: Masson; 2005. p. 26.

<sup>64</sup> Fuente: Centro de Salud Privado de la ciudad de Córdoba.



reconocerse en la encuesta, el indicador apunta a alcanzar la eficacia en relación a si el paciente ha recibido información en todas las situaciones en contacto con el/la enfermero/a.

Si se toma en cuenta los derechos de los/as pacientes, según ley nacional, uno de ellos expresa: "f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información."<sup>65</sup>

Por otro lado, cuando se pregunta sobre la frecuencia de alguna actividad, se omite la referencia desde la que se valora cada opción de respuesta, lo que impide analizar lo que se considera como estándar de calidad.

A partir de lo analizado se puede concluir que la estrategia de registro aún no permite evaluar un cuidado humanizado desde la perspectiva de la disciplina enfermera. Además, cierra la posibilidad de que la persona aporte lo que para ella sería importante tener en cuenta para su bienestar, recuperando su vivencia durante la internación, indagando los aspectos que ha identificado que no se aportaron a su satisfacción y no cumplieron sus expectativas, invitándole a expresar cómo considera que podría mejorarse la propuesta de cuidados.

El/la enfermero/a, por su parte, está *obligado/a* a priorizar en los registros informáticos las actividades y procedimientos que se valoran como necesarios para garantizar la calidad de los cuidados:

- registro de admisión del usuario a la cama asignada desde el área administrativa y alta física en el sistema;
- valoración inicial en la plantilla predeterminada (estado de conciencia, necesidades y características del entorno en relación a acompañamiento, aislamiento, entre otras);
- valoración mediante escalas del riesgo caída y valoración del riesgo de lesiones de piel (cada 8 horas y ante el cambio de condición clínica del paciente) y registro de signos vitales (cada 4 horas y ante un cambio de condición clínica del paciente);
- evolución general al final de cada turno; en caso de alta médica, la descripción del proceso de alta del paciente, considerando lo que se fue desarrollando hasta que se retira de la institución;
- registro de ejecución de tratamientos medicamentosos y facturación de los fármacos e insumos descartables utilizados;
- registro del ingreso de los productos para stock de medicamentos y de insumos descartables biomédicos de los servicios;
- registro de check list pre quirúrgico (en casos de eventos quirúrgicos).<sup>66</sup>

### **Recreando los acuerdos... reconociéndonos con otros**

Lo que comparten algunas/os enfermeras/os evidencia que reconocen cambios en los procesos de gestión. A partir del trabajo del equipo acerca de la categoría paciente, se comenzó a reflexionar y definir los requerimientos de las necesidades de cuidado de las personas tensionando los estándares de calidad. Desde esta reflexión, se comenzaron a priorizar las necesidades de las personas.

<sup>65</sup> Poder Legislativo Nacional. Ley 26529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Boletín Oficial 20/11/2009 [citado 18 Oct 2021]. Disponible en: <https://e-legis-lar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/14366.html>

<sup>66</sup> Fuente: Centro de Salud privado de la ciudad de Córdoba.

**P-a:** - *“Con el turno, mi turno, si están de acuerdo y quizás los otros turnos como les implica a ellos hacer quizás una tarea más, algunos aceptan y otros no, pero por eso siempre dependiendo de qué paciente sea, qué tipo de paciente, qué tipo de familia.”*

**I-P:** - *“Y ¿qué crees vos que sucede? díganos que ¿lo toman como una carga?”*

**P-a:** - *“Sí, en realidad, los tres turnos nadie y ninguno de los tres turnos quiere hacer ningún proceso ya sea administrativo o en atención que está fuera de su cronograma por decirlo así.”*

**I-P:** - *“¿Y no lo realizan? Vos decís que directamente eso ¿no sé ve o si se ve?”*

**P-a:** - *“Ahora si se está realizando porque por la circunstancia del todo que esto va cambiando día a día, pero antes no, o se realiza, pero con sus quejas.”*

**I-P:** - *“¿Esto vos lo ves como una mejora?, ¿si tuvieras que decir cómo sería?”*

**P-a:** - *“Como una mejora.”*

**I-P:** - *“¿Cómo una mejora? ¿Por qué?”*

**P-a:** - *“Y porque yo pienso que personalmente el turno mañana como que es el que más cargado está el que más tarea tiene, si bien somos... el turno que más personal tiene, pero se cambian mucho las indicaciones, muchos médicos, vienen todos los servicios, se hacen todas las tareas y si alguna no sé llegó a hacer se puede hacer en otro turno mejor porque se llega a realizar en vez de quedar incompleto algo.”*

**I-P:** - *“¿Y cómo logran ustedes en el turno mañana, en el equipo, llevar adelante eso?”*

**P-a:** - *“Tratamos de hacer que se cumplan todas las tareas sin dejar ninguna pendiente...”*

**I-P:** - *“¿Por ejemplo en el caso de hoy, que hicieron hoy? ¿Qué pasó?”*

**Florencia:** - *“Hicimos el pedido a central.”*

**I-P:** - *“Previo a eso... ¿qué pasó?”*

**P-a:** - *“Ah ¿cuándo entramos?, bueno, entramos, teníamos una paciente hipoglucémica que le teníamos que controlar la glucemia cada 15 minutos hacerle bolo de dextrosa y glucosados al 50 y estábamos ahí y estaba asintomática la paciente, pero nos demandó mucho tiempo, pacientes que se iban a una cirugía que había que entregarlo, check list que no estaban listos que tuvimos que hacer ahí, controlarles los signos y ¡timbres!”*

**I-P:** - *“Y ¿cómo surgió eso? Que eran las 8 y ya estaba todo.”*

**P-a:** - *“Y bueno, nos dividimos los pacientes para saber quién iba a tomar la paciente ésta de la habitación que teníamos que hacer el control de glucemia, entonces distribuimos los pacientes, para que el enfermero a cargo de ella ya se fuera y se hiciera... por qué estábamos controlando la glucemia un rato cada uno.”*

**I-P:** - *“Dicen que llegaron, ¿se organizaron?”*

**P-a:** - *“Claro, llegamos nos organizamos distribuimos las tareas para tener los carros y carro de paros, el oxígeno, todo a tiempo y ahí yo empecé a planificar la medicación que había bastantes cambios, un compañero me ayudó con el pedido de la central.”*

**I-P:** - *“¿Y qué valores se ponen ahí?”*

**P-a:** - *“Todos, creo que es un buen equipo, ahora salimos y colaboramos todos, cada uno toma una tarea, un rol, la cumplió y a las 8 y media llegamos con todo listo, siendo que a las 8 no teníamos nada.”*

**I-P:** - *“Por eso... ¿qué crees que surgió en el equipo?”*

**P-a:** - *“Y es el compañerismo, depende con quien estés, el grupo que esté.”*

**I-P:** - *“Surge una variante de cosas ¿no? Esto, así como vos lo contas, que surge díganos”*

**P-a:** - *“No... no sé”*

**I-P:** - “¿Qué te parece a vos?, vos como valores, ¿qué sentiste vos?”

**P-a:** - “Que nos apoyamos entre todos y sacamos el piso adelante en 20 minutos, cuando estaba hecho todo un lío.”

Dentro de los servicios se establecen relaciones que facilitan la interacción del quehacer diario de los/as participantes. Es importante reconocer que estas relaciones se dan en un espacio de libertad haciendo posible la construcción colectiva del conocimiento, permitiendo promover la creatividad, autonomía y la iniciativa profesional.

Reflexionando acerca del análisis de los indicadores de calidad de la institución, surge la interrogación acerca de dónde y cómo se valora, registra, evalúa y analiza lo que realiza el/la profesional enfermero/a en torno a lo que se define como “no planificado” que refiere a los cuidados que las personas necesitan de manera contingente y singular.

**P-d:** - “Para mi cuidar es darle atención a un ser vivo, satisfaciendo sus necesidades. Un montón de cosas, hoy en día de que estoy acá aislada y desempeñando este rol, desde los insumos, el entorno en el que estoy, al estar aislada no puedo ir a otro servicio para evaluarme yo, de manera personal, de esas cosas que yo necesito para llegar o satisfacer ciertas necesidades del paciente desde los tiempos, por ejemplo no sé, el tener que apresurarme para el momento del desayuno, entrar, hacer la medicación, hacer los controles, acondicionar al paciente, acondicionar la unidad y tener que retirarme de manera segura los elementos, darle contención adicional al paciente también porque lo necesitan, porque están solos, porque no es lo mismo comunicarse con el familiar a través de una pantalla, porque más que hace cuatro meses que estamos todos aislados, que esta pandemia es nueva y este virus es nuevo, toda la incertidumbre que genera y especulaciones por parte del paciente, de lo que puede llegar a pasar con su salud con su entorno, con él, darle esa contención emocional que él necesita y a su vez apresurarme para poder llegar al siguiente paciente y que llegue su alimento en condiciones, caliente, para su ingesta, porque también necesitan, necesitan de tener eso de que no te llegue la comida fría, de que se sientan por ejemplo, no sé, ayer un paciente me dijo los primeros días me sentí como bicho raro, bueno lo que sí sintieron eso en algún momento de que al día siguiente o al turno siguiente no lo sientan, de que cambien su postura, de poder explicar de manera sencilla y ser sincera en el momento de hablar con ellos de qué es lo que está pasando, de que porque se realizan las cosas así, de que porque a lo mejor deben ser más pacientes que nunca y nosotros también tener esa solidaridad o amabilidad y poder comprender al otro de que tampoco él puede valer por sí mismo con lo que influye de que si también está aislado seguramente la familia también y no pueden salir de su casa y tienen que depender de otra persona u otro tipo de forma de que le pueden llegar sus pertenencias, no sé... un montón... y así puedo seguir, seguir, seguir.” - (E4.1.1)

En un estudio realizado en Barcelona en 2017, los resultados permitieron reconocer que:

La carga de trabajo con la que se enfrentan las enfermeras, en su contexto laboral, condiciona en gran medida la puesta en escena de la práctica del cuidado. Entre las consecuencias de la elevada carga laboral que enfermeras y pacientes han puesto de manifiesto, se encuentran:

- Sensación de desorganización...
- Sensación de prisa, tanto en lo presencial del paciente como por el pasillo...
- Percepción de falta de acompañamiento por parte de los pacientes...
- Disminución en la calidad de atención...

Se podría concluir, por tanto, afirmando que los profesionales son conscientes de la repercusión que tiene el valor de la estética del cuidado en el bienestar y los sentimientos del paciente...<sup>67</sup>

<sup>67</sup> Ferreres ML. La presencia de los valores en la práctica enfermera [Tesis doctoral]. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Programa de Doctorado: Investigación en Salud. Departamento de Enfermería. Universitat Internacional de Catalunya [Internet]. Jul 2017 [citado 05 Jun 2021]. Disponible en:

En el contexto que se está analizando la entrevista realizada en 2020, en circunstancias en que las recomendaciones de aislamiento estricto por la declaración de pandemia, se reconoce que se han sumado actividades y requisitos que, aunque buscan la protección personal del/de la profesional y de las personas, aumentan la carga laboral. Los diferentes protocolos de uso de elementos y equipo de protección personal, protocolos de circulación por áreas que delimitan espacios, buscan limitar también el tiempo de exposición en el entorno directo de las personas, lo que se traduce en la prisa por realizar procedimientos que no consideran otras prioridades de cuidado, según las necesidades de éstas.

La/el enfermera/o reconoce lo que está necesitando la persona, pero las circunstancias le llevan a apelar a la solidaridad, comprensión, amabilidad como equipo de enfermería para no dejar suspendidas las actividades de comunicación y contención que, aunque las considera “extras”, las ve prioritarias de realizar por la soledad que están transitando esas personas que no tienen el acompañamiento de la familia. Está considerando necesario que constantemente se cuiden los detalles respecto a cada necesidad de las personas, pero a la vez dar explicación de qué es lo que está pudiendo hacer como enfermera/o según las condiciones de trabajo que están atravesando sus prácticas y su disposición en el cuidado. Intenta priorizar, a través del diálogo con la persona, mostrando su vulnerabilidad, aportando contención y calidad en su cuidado.

En este sentido, retomando los principios que expresan Kérouac y colaboradoras,

... La enfermera reconoce la importancia de la persona en el acto del cuidado y sus interacciones están marcadas por el respeto mutuo. Su compromiso terapéutico es sensible y profundo en función de la necesidad de ayuda expresada por la persona...

El acto de cuidar, la autenticidad de la presencia al lado del otro es lo que caracteriza los intercambios significativos con la persona, la familia o el grupo.

La enfermera se preocupa de la persona no solamente como ser único, sino también como ser global en interacción mutua con su familia...

Durante los intercambios que vive la persona, la familia o el grupo con el entorno, se producen las experiencias de salud...

<<Acompañar>> significa respetar el ritmo propio de cada persona, familia o grupo, sin imponer sus propios valores. Ante situaciones en que la enfermera debe distinguir sus valores, los de la institución en que trabaja y los de la persona, pueden surgir varios dilemas éticos.<sup>68</sup>

La organización, con los protocolos generados en esta situación de restricciones, limita el desarrollo de estos principios del cuidado: “... estar presente es tomarse el tiempo necesario para acompañar a la persona; tomarse tiempo para escuchar, observar, apoyar o simplemente estar con la persona.”<sup>69</sup>

No obstante, las y enfermeras y los enfermeros seguían estando presentes; ante esta persistencia de la centralidad de las prácticas en las necesidades de las personas y las evidencias de satisfacción mostradas en sus voces, en sus interacciones, en sus gestos, la organización dejó lugar a que estas prácticas empezaran a ser vistas y consideradas en los protocolos que se revisaron y reconstruyeron.

**P-f:** - “... también permite que el paciente exprese su forma emocional con palabras o gestos, también en la intención de mejorar la calidad de vida del paciente y de la familia ante nuevas

<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/456048/Tesis%20M%C2%AA%20Luisa%20Mart%C3%ADn%20Ferreres.pdf?sequence=1&isAllowed=y> p. 228.

<sup>68</sup> Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. Op. Cit. p. 64-5.

<sup>69</sup> Ibid. p. 67.

*experiencias, fomentando la independencia y la autonomía del mismo. Esto significa utilizar técnicas y habilidades y destrezas para el cuidado de todo ser humano, el conocimiento y el dominio de los mismos son de suma importancia para enfermería porque esto integra toda una dimensión humana y técnica; hoy en día la importancia de cuidar en épocas de pandemia ha sido muy difícil, es muy difícil actualmente porque enfermería ha tenido que adaptarse a nuevos cambios y a nuevos cuidados ha tenido que incorporar nuevas habilidades y destrezas, ha tenido que enfrentar y conocer a este nuevo virus y todos juegan un papel importante para cuidar al paciente a la familia y a la sociedad. Cuidar en épocas de pandemia ha sido un compromiso y un destacado profesionalismo y valentía por parte de enfermería porque ayuda a proteger la salud, a mejorar la vida de las personas, a pesar de los evidentes riesgos que corre...”- (E6.1.1)*

A partir de la propuesta inicial del protocolo de cuidados humanizados, desde las recomendaciones del Ministerio de Salud de Nación<sup>70</sup>, se observó la omisión de la implicancia interdisciplinaria en la configuración y aportes a las prestaciones en las situaciones que atraviesan las personas con Covid-19 que se sistematizaron para guiar la toma de decisiones.

Las representaciones a partir de las cuales se fueron organizando las diferentes prestaciones, se basan en considerar que cada persona es un potencial portador de Covid-19. Por lo tanto, se fue reestructurando la atención integral interdisciplinaria, buscando la protección de los/as profesionales, disminuyendo las ocasiones de contacto directo con las personas internadas y reemplazándolo con la modalidad de teletrabajo.

Las/os enfermeras/os aparecen como un nexo con el resto de los miembros de la organización; acompañan a las personas en distintos momentos del día, realizando tareas que llevaban adelante otras disciplinas u otros auxiliares del servicio y hasta las mismas familias de las personas.

Desde el Departamento de Enfermería, se están llevando a cabo cuidados a partir de su autonomía como disciplina, centrados en las necesidades de las personas. No obstante, la ausencia de este reconocimiento en los protocolos invita a la reflexión de cuáles son los supuestos que subyacen a la representación de la profesión.

*... Esta actuación se vería favorecida por la necesidad de incrementar la eficiencia a través del empleo de la tecnología, así como de la priorización de su utilización en detrimento de la dimensión interrelacional que debería establecerse durante la práctica del cuidado... De este modo, las ciencias también pueden deshumanizarse, concretamente mediante un trato que se encuentre por debajo del respeto y la atención inherentes a la dignidad humana, como consecuencia de la finalidad o el uso que se les otorgue a estas disciplinas.<sup>71</sup>*

No sólo la tecnocratización organizacional deshumaniza las prácticas, sino que aunque se consideren respetuosas, muchas veces se fundan en los valores y experiencias previas de los/as profesionales, sin considerar las necesidades de las personas.

**P-i:** *-"Bueno, a mí me parece o sea lo que yo siento por cuidar, con lo que respecta a mi profesión, es una responsabilidad y ver que mi paciente... (que) tenga a cargo en ese momento... tenga satisfactoriamente sus necesidades básicas, por ejemplo: no puede ir al baño, darle la chata; no se puede bañar, lo baño; ese tipo de cuidado... también nosotros... como profesional de salud,*

<sup>70</sup> Ministerio de Salud. Recomendaciones para el acompañamiento de pacientes en situaciones de últimos días/horas de vida y para casos excepcionales con COVID-19. Ministerio de Salud [Internet]. Ago 2020 [citado 18 Oct 2021]. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/recomendaciones\\_situacion\\_ultimos\\_dias\\_horas\\_de\\_vida\\_pacient\\_es\\_covid.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/recomendaciones_situacion_ultimos_dias_horas_de_vida_pacient_es_covid.pdf)

<sup>71</sup> Ferreres ML. Op. Cit. p. 51.

*hacemos mucho hincapié lo que es cuidado a nivel psicológico o personal del paciente, que muchas veces se encuentran solos y bueno les hablo, o sea, estoy más pendientes, digamos, no es que los dejo solo, me voy a hacer otras cosas, trato de estar lo que más puedo, porque que a veces no se puede tanto. En ese aspecto el cuidado para mí es estar atenta a las necesidades de mi paciente... ... y con respecto al cuidado de que uno trae, de que uno nace, creo que se inculcan desde chiquito, de cuidar nuestro aspecto en cuestión de la limpieza, de bañarnos, qué sé yo, por decir le cortan las uñas, no sé, mi mamá nos tenía zumbando con eso y bueno y cuidar nuestras cosas que tenemos, nuestra pertenencia, ya sea a dónde dormimos, nuestra ropa, nuestros útiles, en ese momento con éramos chicos, mi mamá nos hacía cuidar mucho los útiles y bueno, eso creo que eso ya se nace y bueno después cuando uno es madre, cuida a su hijo, creo que los cuida como las gallina cuidan a sus pollitos, siempre cuidando de que nada malo les pase... estar ahí presente ante cualquier tropiezo de ellos uno les trata de hablarle y cuidarlos y bueno creo que eso ya se nace, creo que es un instinto que uno tiene de cuidado, bueno y a nivel personal uno se cuida, yo por lo menos me cuido la salud, me cuido al cruzar la calle, que se yo, me cuido de tratar de no lesionarme, ni nada de esas cosas...” (E9.1.1)*

*“Bueno, nosotros como profesionales... yo, por lo menos en mi trabajo, a medida que voy conociendo el paciente... voy viendo sus necesidades, si veo que no se levanta, que necesita que yo lo higienice... empiezo a preguntarle de cómo él se higieniza, le pregunto primero y bueno él me dice: bueno me pasa un pañito.*

*... Le ofrezco el baño en cama, sino se levanta, para que entre en confianza porque por ahí muy chocante decir lo voy a bañar en la cama y a lo mejor el paciente es pudoroso, siente vergüenza, o cómo me contestó una señora que me dijo que ella se siente limpia, como que yo la traté de que está sucia y no es así, entonces le empecé a hablar, le empecé a decir que es por una conformidad de ella, se va a sentir mejor, que le lavaba el pelito, así más o menos le fui diciendo, porque por ahí si sonó feo, porque le digo: ¿quiere que le ayude a higienizarse?... la idea es que ella se sintiera mejor con el baño... también observo la mesita de luz, la mesa de comer, si están en condiciones, sino le preguntó puedo tirarle esto, ordenarle acá, puedo desechar tal cosa para que le quede más ordenadito y de paso se siente mejor, veo las pielcitas cuando están muy seca le pregunto si tienen crema, yo le ayudo aplicar, no tengo problema, ese tipo de cuidado, ¿me entiende? y con respecto cuando me empiezan a contar si están solos, están preocupado porque su hijo quedó sólo en su casa, o porque tiene una madre a cargo, entonces bueno, empezamos a hablar y bueno siempre hay solución para eso, entonces empezamos a hablar, hablamos, yo creo que el cuidado con respecto a enfermería, en qué se basa mucho en saber las necesidades del otro, para poder aplicar bien el cuidado en las pacientes; uno lo hace veces sin darse cuenta que lo está haciendo, esta es una rutina todo el tiempo lo mismo, pero siempre hay algo diferente en cada paciente, siempre hay una necesidad diferente, bueno y creo ahí, uno aplica el cuidado que ese paciente necesita...” (E9.1.2)*

*“Bueno, los cuidados creo que a nivel mundial, debería ser holístico ¿no?, del cuerpo, mente, todo del paciente, a veces cuando uno anda, siempre cuando uno anda siempre apurado por ahí ver la parte más, sería más física digamos, pero no tanta la psicológica, pero uno lo detecta, a veces en el paciente uno lo detecta ahí nomás, si tiene otro tipo de necesidad, que nosotros, necesita que nosotros lo cuidemos digamos, hablarle suave, que se yo, o ser cariñoso, nada nos cuesta, ser un poco amable, cariñosos con los pacientes que están solos, a mí no me cuesta dárselo al cariño...” (E9.1.3)*

Esta concepción de los cuidados sigue invitándonos a revisar la representación de las/os enfermeras/os respecto a su práctica orientada a la satisfacción de las necesidades de la persona. Aunque en el discurso expresan que buscan identificar dichas necesidades de cuidados, lo que se evidencia refiere a la sumisión de las necesidades de la persona a una oferta de cuidados para mantener el orden, la limpieza y la prolijidad aparente.

Además, en la voz anterior, aparece tensionada la autonomía de la persona. Generalmente sobre lo que se trabaja es respecto a la autonomía profesional en relación a la heteronomía (es decir, la interdependencia con otras profesiones, según Torralba Roseló<sup>72</sup>), pero sería fundamental ampliarla a

<sup>72</sup> Torralba Roseló F. Op. Cit. p. 33-5.

la transdisciplina<sup>73</sup> para que sean consideradas las decisiones y elecciones de las personas en las propuestas de cuidados. En la organización, estas cuestiones están guiadas por la misión que orienta el respeto de los derechos de los/as pacientes.

**I-p:** - “¿Qué es cuidar?”

**P-b:** - “Cuidar para mí como profesional de enfermería, considero que es un proceso dinámico, a través del cual podemos dar respuesta a las distintas necesidades de las personas y de las comunidades, independientemente de su condición para garantizar el bienestar y la seguridad de los mismos; como enfermeros además debemos actuar con conocimiento de la disciplina y también apoyarnos en otras, que nos permitan brindar, digamos, un abordaje integral y de calidad.

...pienso que es fundamental la comunicación, el trabajo en equipo, en la calidez, ya que a partir de allí va a surgir la efectividad de este cuidado y en estos tiempos que transitamos es importante recuperar la empatía, el tiempo para atender al paciente que hoy llamamos el cuidado amoroso, humanizado y también digamos el quehacer de enfermería está centrado en cuidar de manera integral, teniendo en cuenta la capacidad del profesional de poder realizar nuestras tareas de manera autónoma.” (A8.1.1-2)<sup>74</sup>

Nadie es autónomo primero para después decidir. La autonomía se va constituyendo en la experiencia de varias, innumerables decisiones, que van siendo tomadas... la autonomía tiene que estar centrada en experiencias estimuladoras de la decisión y de la responsabilidad, valga decir, en experiencias respetuosas de la libertad.<sup>75</sup>

Serviços de saúde seguros e com o mais elevado nível de qualidade prestam assistência efetiva para aqueles que necessitam, com desperdício mínimo de recursos, e por meio da aplicação do conhecimento científico e da tecnologia, de tal modo que maximizam seus benefícios, e não expõem as pessoas a riscos desnecessários. Logo, a qualidade está relacionada com a obtenção dos maiores benefícios por meio de menores riscos. Também promove os direitos humanos e favorece o mais elevado nível de saúde possível. (Cometto et al., 2011; Donabedian, 1978; Donabedian, 1980; World Health Organization; Leape, 2008)<sup>76 77</sup>

Frente a la propuesta organizacional, las/os enfermeras/os recuperan lo que es su esencia como profesionales: el trato humanizado, el “*cuidar de manera integral*”, lo que les permite ir construyendo su autonomía para desarrollar prácticas seguras apoyándose en el trabajo en equipo. En este aspecto, centran las prácticas para la efectividad en la búsqueda de la satisfacción de las necesidades de las personas, la comunicación empática para un cuidado amoroso, humanizado e integral, según los

<sup>73</sup> “La *transdisciplinariedad* comprende, como el prefijo “trans” lo indica, lo que está, a la vez, *entre* las disciplinas, *a través* de las diferentes disciplinas y *más allá* de toda disciplina. Su finalidad es la *comprensión del mundo presente*,” Tomado de: Nicolescu B. La Transdisciplinariedad. Manifiesto. 1ra ed. Vallejo Gómez M, traductora. México: Multiversidad Mundo Real Edgar Morin; 1996.

<sup>74</sup> Este sistema de codificación, corresponde, de izquierda a derecha: “A” seguida de un número, al audio de registro de descripciones de la práctica, según orden de realización; luego, el/los número/s de página de la transcripción y finalmente, el/los números de párrafos en dicha página.

<sup>75</sup> Freire P. Pedagogía de la autonomía: Saberes necesarios para la práctica educativa. 2da ed. 7ma reimp. Palacios G, traductor. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2015. p. 101-2.

<sup>76</sup> Traducción sugerida por la autora: Los servicios de salud seguros y con el más alto nivel de calidad proporcionan asistencia efectiva para aquellos que necesitan, con mínimas pérdidas de recursos, y a través de la aplicación del conocimiento, la ciencia y la tecnología, maximizar sus beneficios, y no exponer a riesgos innecesarios a las personas. Entonces la calidad está relacionada con la obtención de los mayores beneficios por medio de los menores riesgos. También promueve el derecho humano y favorece el más alto nivel de salud posible (Cometto et al, 2011; Donabedian, 1978; Donabedian, 1980; Mundial de la Salud Organización; Leape, 2008).

<sup>77</sup> Martin JCA, Mazzo A, Costa Mendes IA, Alves Rodrigues M, organizadores. A simulação no ensino de enfermagem. Braga: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2014. p. 42.

aportes de cada profesional, reconociendo que todas y todos son parte importante del logro de la calidad de los servicios.

Además, sumar la búsqueda del reconocimiento del significado que la persona otorga respecto al bienestar y la seguridad para sí, integrando lo que para ella es importante en la propuesta de la gestión del cuidado humanista.

Debido a que somos seres de cultura, nosotros, hombres y mujeres, somos seres dependientes. Así, ser autónomo es tener la capacidad de asumir esa dependencia radical derivada de nuestra finitud, de tal forma que estemos libres para dejar caer las barreras que no permiten que los otros sean otros y no un espejo de nosotros mismos. “Es la autoridad del no yo, o del tú, que me hace asumir la radicalidad de mi yo” (FREIRE, 1996, p.46)...

Para Paulo Freire, autonomía significa liberar al ser humano de las cadenas del determinismo neoliberal, reconociendo que la historia es un tiempo de posibilidades... Es un “acto comunicante, coparticipado”. Todo proceso de autonomía y de construcción de conciencia en los sujetos exige una reflexión crítica y práctica, de forma que el propio discurso teórico tendrá que ser alineado a su aplicación.<sup>78</sup>

Como ya expresé anteriormente, los procesos de aprendizaje en la propia práctica permiten incorporar una mirada integradora hacia la comprensión de los desafíos éticos disciplinares e interdisciplinares. Procuraba, en este sentido, acompañar la acción reflexiva ya que sigo observando la necesidad de hacer visible que, para la toma de decisiones, las/os enfermeras/os requieren herramientas que permitan mostrar las singularidades de sus fortalezas y debilidades, encontrándose en relación con otros, evidenciando que hay una práctica de reconocimiento compartida.

Este desafío acerca de cómo llevamos a la reflexión en su práctica diaria, ante los cambios en la dinámica de ingresos y egresos permanentes de profesionales en la organización, permite socializar, compartir e indagar sobre los posicionamientos, recorridos formativos y experienciales de quienes van conformando el equipo.

Como parte del proceso de la organización, ante nuevos ingresos se reconocen interactuando en el rol enfermero de manera dinámica, permitiendo construir nuevas experiencias grupales. En ocasión de un encuentro informal que surgió ante una situación en que intentaba llevar a pensar sobre lo que había ocurrido, para propiciar la reflexión, tomamos la teoría de Patricia Benner. A partir de esa lectura, con los/as protagonistas de la situación, comenzamos a reconocer las dimensiones en la práctica enfermera.

**P-j:** - “... voy a comentar un poco como ha sido toda mi experiencia en el ingreso de... la clínica... hasta hoy en día en el puesto del cual estoy encargado en estos momentos yo ingrese en el año 2019 en octubre el 2019 a realizar una cobertura vacacional ...en el área de servicio general de la clínica, desde el primer momento ... Obviamente fue inducción en los servicios. Como desarrollar las tareas de Cuidado enfermero, las normas y protocolos que se llevaban a cabo en la institución. Comencé como enfermero de cabecera del servicio relacionándome netamente con la atención clínica los pacientes... y que tenía conocimientos fue más que todo a abocarme a lo que es la clínica en sí y poder llevar a cabo los procesos cómo se realizan en la institución.

*Eso fue la parte asistencial, después... pasé a ser referente del servicio general del turno mañana... ahí realizaba una tarea... en lo que sería... gestión del servicio... realizaba tareas de planificación y preparación de medicación según los protocolos establecidos por la institución y jerarquizar... los cuidados, también realizaba... lo que... sería la asignación de pacientes para determinar la relación*

<sup>78</sup> Streck D, coordinador, Redin E, Zitkoski J. organizadores. Op. Cit. p. 68.



enfermera-paciente de la cual se iban a distribuir los pacientes, también se realizaban la distribución de las tareas de cada enfermera/o...” (E10a.1.1-2)

**P-j:** “... En abril del 2021 si se me propone realizar una suplencia en el cargo de supervisión general de enfermería... la cual accedo y obviamente fue un gran cambio en el proceso personal... de pasar de la atención directa del paciente a la de una mirada más general, más holística de toda la institución... Si bien hacer una supervisión general también está dentro del departamento de enfermería... es un gran cambio, uno tiene otra mirada, otra perspectiva; venía de un servicio en el cual estaba completamente inserto... sabía las actividades que llevaba a cabo, como realizar procedimientos, cómo manejarme en mi rutina diaria y ya venir a este nuevo proceso, en este nuevo cargo profesional, el cual no tenía experiencia previa, así que también necesitaba una inducción en el mismo para poder desempeñarlo.

*Sí te puedo decir... lo que veo a diario en la institución de lo que yo venía de un servicio general... no lo he vivido en otros servicios de la institución, por ejemplo... los servicios materno infantil, tienen otra dinámica, otros procesos, otra manera de desarrollar los procedimientos... y en la cual ahí se ve un poco la disparidad con los demás servicios y uno piensa... de que es como que si fueran servicios que están ajenos a la clínica, es como una constante diversidad lo que hay con ellos, bueno estos servicios particularmente venían de otra institución... acoplarse a la clínica, me parece que hasta el día de hoy,... hay ciertas cosas que las siguen sosteniendo, lo cual habría que seguir trabajando para unificar criterios, modalidades, en que se inserte completamente a nuestra metodología de trabajo... con respecto a los demás servicios... como las unidades críticas, también hay ciertas aristas que se ven diferentes, hay ciertos procedimientos que uno por ahí los nota como que pertenecen a otro rango...” (E10b.1.1-2)*

Cuando se mira la práctica partiendo de la objetividad del observador sin ponerla entre paréntesis, como invita Maturana, hay una barrera en la escucha del otro y en la consideración de la importancia de lo que el otro trae. Se trabaja desde la ilusión y no desde la aceptación.

Noten ustedes que en el camino explicativo de la *objetividad sin paréntesis*, cuando digo: “esto es así”, lo que estoy haciendo es decir al otro que si no está de acuerdo conmigo, está mal y que debe hacer lo que yo digo para estar bien y que si no lo hace, no me queda otro recurso que exigirle obediencia o negarlo tarde o temprano de una manera definitiva.<sup>79</sup>

## Y el proceso sigue...

¿Cómo generamos la invitación desde la calma, en este constante estar inquieto, en lo que nos hace ruido, cómo invitar al otro desde una invitación amorosa?

**P-j:** “... Continuando con todo este lineamiento en general te puedo decir que también en cuanto a lo que sería la organización de los servicios de enfermería todavía vemos un poco esto de que cada servicio es como un particular, cada ...”gestor de área”... se encarga de realizar las coberturas de sus propios servicios y no se ve como una unidad completa... como un departamento completo en el cual las necesidades serían de todo y habría que poder solucionar cada inconveniente... en bien de todo el Departamento de Enfermería y no en individualizando servicios.” (E10c.1.1)

**P-j:** “... Hoy específicamente me encuentro desarrollando tareas de inducción y capacitación en los servicios de enfermería; recientemente tenemos 16 ingresos de nuevos enfermeros para coberturas de contingencia y también nuevos puestos, así que introducirlos a nuestra institución, a nuestra metodología de trabajo... nuestros procesos, nuestros protocolos y normas vigentes.

*... Lo que se está observando... que la mayoría de los enfermeros tienen experiencias previas ya en campo clínico, básicamente es orientarlos en nuestra institución para el desempeño... estos enfermeros al ingresar a los servicios... son acompañados... por los enfermeros de cabeceras de los servicios quienes los reciben con una dinámica muy pro-activa, positiva... estos enfermeros que ya están en los servicios, están dispuestos a enseñar, a guiar, a poder desarrollar la actividad conjuntamente con el personal de nuevo ingreso; se comentan experiencias, vivencias, ya tiene*

<sup>79</sup> Maturana H. Op. Cit. p. 63-4.

*estos enfermeros ciertas aptitudes con respecto al Cuidado Enfermero entonces les es muy favorable a los ... nuevos ingresos para poder desarrollar sus actividades.” (E10d.1.1-2)*

**P-j:** *“... Personalmente en cuanto lo que es la inducción y capacitación en enfermería también es un nuevo desafío profesional para mí se ven muchas dificultades hoy en día el personal de enfermería no está acostumbrado a no está buscado de la capacitación constante a las nuevas patologías nuevos cuidados las nuevas estrategias de enfermería que deberían abordarse. Así que es constantemente hay que llevar a cabo procesos, procedimientos de la información realizando nuevas actividades utilizando nuevas plataformas hoy en día las plataformas virtuales son de mucha utilidad Así que creo que estamos en pro de esta nueva formación enfermera general.” (E10e.1.1)*

En el vínculo diario, la comunicación entre pares posibilita generar el nexo para el cuidado integral, lo que permite el desarrollo de la autonomía. Pero cuando en la institución, cuando los modelos de inducción propician la adhesión a la norma, el ejercicio de la toma de decisiones en equipo va permitiendo la autonomía.

A partir de la reflexión de estos modos de gestión, se reconoce la necesidad de apertura para la resignificación de la gestión del cuidado considerando las singularidades de los aportes de cada profesional.

Siguiendo el texto de Maturana antes citado,

... Toda interacción implica un encuentro estructural entre los que interactúan, y todo encuentro estructural resulta en el gatillado o desencadenamiento de un cambio estructural entre participantes del encuentro. El resultado de esto es que, cada vez que hay encuentros recurrentes, hay cambios estructurales que siguen un curso contingente al curso de éstos. Esto nos pasa en el vivir cotidiano, de tal modo que, aunque como seres vivos, estamos en continuo cambio estructural espontáneo y reactivo, el curso que sigue nuestro camino estructural espontáneo y reactivo se hace contingente a la historia de nuestras interacciones...

Es decir, sólo si yo cambio cambia mi circunstancia, y mi circunstancia cambia sólo si yo cambio.<sup>80</sup>

Pensar la gestión del cuidado de calidad implica una reflexión de la práctica individual y colectiva ya que cada participante de la organización interactúa con otro y provoca cambios. La organización que propicia encuentros que favorecen el cambio, acompaña la gestión procesos para un cuidado de calidad, ya que la implicación de los participantes registra evidencia de disminución de eventos adversos que se relacionan al cuidado de las experiencias de salud de las personas.

Há de se considerar, igualmente, que quando há uma cultura organizacional favorável, os profissionais de saúde sentem-se mais empenhados em aderir às normas, às rotinas, as políticas institucionais, e em colaborar com a notificação dos eventos adversos, Também se sentem mais empenhados em identificar as fragilidades existentes nos processos, e em contribuir com as estratégias de mudança (Luther et al., 2002)<sup>81 82</sup>

É preciso ter em mente, no entanto, que o sucesso dos programas de prevenção de eventos adversos e de promoção a segurança do paciente requer a participação de todos os profissionais envolvidos nos processos e na assistência direta ou indireta ao paciente. Não basta conhecer o fenômeno em profundidade e as estratégias voltadas para a prevenção dos riscos, se os

<sup>80</sup> Maturana H. Op. Cit. p. 65-6, 68.

<sup>81</sup> Traducción sugerida por la autora: Hay que considerar, también, que cuando existe una cultura organizacional favorable, los profesionales de la salud se sienten más comprometidos en adherir a las normas, las rutinas, políticas institucionales, y en la colaboración con la notificación de los eventos adversos. También, a sentirse más comprometidos en la identificación de las debilidades existentes en los procesos y en contribuir a las estrategias de cambio (Luther et al., 2002).

<sup>82</sup> Martin JCA, Mazzo A, Costa Mendes IA, Alves Rodrigues M, organizadores. Op. Cit. p. 45.

profissionais não adotarem as estratégias de prevenção em seu dia a dia, e se não houver uma mudança na cultura de segurança presente nas instituições.<sup>83 84</sup>

**I-p:** - “¿Y si tuvieras que nombrar algún procedimiento personalizado?”

**P-a:** - “¿Cómo personalizado?”

**I-p:** - “Algún cuidado, un procedimiento que sabemos que es estructuralmente así, pero pensamos en la personalización, en el trato humanizado, dijimos bueno el paciente lo solicita, sabemos que es una necesidad y lo vamos a hacer ahora.”

**P-a:** - “Y bueno, por ejemplo, tenemos un paciente, ...ahora no está internado, él suele estar transpirando todo el día, sudoroso todas las 24 horas y el baño a la mañana no es suficiente, o sea sí, lo hacemos todas las mañanas, pero quizá media tarde o a la noche el requiere otro baño, no tan solo cambio de sábanas, porque moja todo y a veces no, el baño es a la mañana y a él sí se lo podría hacer personalizado porque él lo necesita dos o tres veces quizás por turno.”

**I-p:** - “Pero ¿se ha pensado en hacerlo? Y ¿Se hace?”

**P-a:** - “Y algunas veces se hace porque al igual la familia está muy pendiente y como que exige que lo hagas tres veces en el turno; de todas formas, él, más de cuatro horas seco no, no, no pasa.” (E1. 3.4-9)

En el relato se muestra que se organizaron los procedimientos a partir de la solicitud de la persona o por la exigencia de la familia, lo que lleva a reflexionar sobre una práctica pensada desde los paradigmas de la categorización y la integración, según proponen Kérouac y colaboradoras en los que se tensionan los principios 1 y 2. Desde dichos principios,

... La enfermera demuestra su compromiso personal y profesional en el acto del cuidado... La enfermera acompaña a la persona, la familia... en sus experiencias de salud, manteniendo la dignidad de ellos y respetando sus diferencias... La enfermera se preocupa de la persona no solo como un ser único, sino también como un ser global en interacción mutua con su familia... “acompañar” significa respetar el ritmo propio de cada persona, familia...<sup>85</sup>

En el contexto real, la organización exige procedimientos estandarizados que no contemplan las prioridades según lo que va viviendo la persona. El registro en las historias clínicas pone la carga de datos como el indicador de calidad que se valora y se prioriza ya que visibilizar dicha carga es lo que impacta en la evaluación, no teniéndose en cuenta si el contenido del dato es el adecuado a la personalización del cuidado.

Este tipo de evidencia es difícil de obtener en un rol de investigadora participante en puesto de jefatura porque se genera un espacio de tensión emocional en que el/la enfermero/a, ante la necesidad de optimizar el tiempo de que dispone en relación a las cargas laborales instituidas, sólo busca cumplir la exigencia, sin tomar conciencia de la importancia de lo que supone el cuidado, contradiciendo su hacer con la explicación o descripción de su accionar.

<sup>83</sup> Traducción sugerida por la autora: Debemos tener en cuenta, sin embargo, que el éxito de los programas de prevención de eventos adversos y promoción de la seguridad del paciente requiere la participación de todos los profesionales involucrados en el proceso y en la asistencia directa o indirecta al paciente. No basta con conocer en profundidad el fenómeno y las estrategias encaminadas a la prevención del riesgo si los profesionales no adoptan las estrategias de prevención en su día a día, y si no hay un cambio en la cultura de seguridad presente en las instituciones.

<sup>84</sup> Martín JCA, Mazzo A, Costa Mendes IA, Alves Rodrigues M, organizadores. Op. Cit. p. 42.

<sup>85</sup> Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. Op. Cit. p. 64-5.

Para propiciar la recuperación de la experiencia para la reflexión y la transformación, propongo generar un espacio de apertura al conocimiento. Invitar al/a la profesional al reconocimiento de la importancia de lo que supone su práctica para el cuidado.

Aunque la organización adhiera a un modelo burocrático centrado en la autoridad competente, dentro de la visión institucional el cuidado personalizado es parte de sus principios.

**D-a<sup>86</sup>:** *“Crecer a través de la excelencia académica y la calidad de los procesos, siendo reconocidos como líderes en la personalización de nuestros servicios.”*

En ese sentido, hay un acompañamiento a la jefatura de enfermería en la búsqueda de un cuidado personalizado, en que la relación enfermera/o-paciente garantice que se cuente con tiempo de disponibilidad para llevar adelante los procesos de cuidado.

En la institución se toma como modelo de referencia lo que propone el Manual de ITAES ya citado; dicho modelo no discrimina entre la diversidad de condiciones que admite una internación general.

Si se sostiene la relación propuesta, cabe preguntarse sobre si la estructura actual garantiza la “presencia permanente del personal de enfermería, y la relación paciente-enfermero/a asegura la asistencia en tiempo y forma.”<sup>87</sup>

La enfermería es un cuidado holístico, relacional, espiritual y ético que busca el bien propio y ajeno en comunidades complejas, organizaciones y culturas burocráticas. Un conocimiento de la naturaleza del cuidado refleja que el fundamento del cuidado espiritual es el amor. Mediante el conocimiento del misterio interno de la vida inspiradora, el amor busca una vida ética y responsable que permita la expresión de las acciones concretas del cuidado en la vida de las enfermeras, Por su naturaleza el cuidado es cultural y social. El cuidado transcultural incluye creencias y valores de compasión o amor y de justicia o equidad, que tiene significado en el ámbito social en el que se forman y se transforman las relaciones. El cuidado transcultural funciona como lente única a través de la cual se ven las elecciones humanas y surge el conocimiento sobre la salud y la curación. Por tanto, mediante la compasión y la justicia, la enfermería lucha por conseguir la excelencia en las actividades del cuidado mediante la dinámica de contextos culturales complejos de relaciones, organizaciones y comunidades<sup>88</sup>

### **Ante estas situaciones ¿cómo poner en reflexión la práctica hacia el desarrollo de un cuidado personalizado?**

Invito a las/os enfermeros/as a pensarse en los conocimientos de su disciplina profesional, a recuperar conscientemente los saberes para desde ahí, mirar los contenidos de su práctica.

En el principio 8 de la disciplina enfermera, propuesto por Kérouac y colaboradoras, se expresa que “La enfermera da los cuidados individualizados en colaboración con la persona, la familia... según un proceso heurístico llamado ‘gestión clínica’.”<sup>89</sup>

<sup>86</sup> Con la letra D mayúscula se designan las fuentes documentales con la correspondiente letra minúscula que distingue las distintas fuentes consultadas.

<sup>87</sup> Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimiento de Salud. Op. Cit. p. 56.

<sup>88</sup> Alligood MR, editora. Op. Cit. p. 86.

<sup>89</sup> Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. Op. Cit. p. 68.

En este sentido, se reconocen las necesidades singulares de cada persona; y del análisis de estas necesidades se generaría la intervención de cuidados en acuerdo con todos los/as participantes de la situación.

**I-p:** - *“Y hablando en lo personal, vos ¿has tenido estos momentos en que has tenido que planificar y llevar adelante algún proceso sabiendo que quizás el protocolo te indicaba que era en otro horario, pero ahora tomaste este sentido?”*

**P-a:** - *“Si lo he hecho”*

**I-p:** - *“... Y cuando lo hablas con el equipo ¿Qué sucede?”*

**P-a:** - *“Con el turno, mi turno, sí, están de acuerdo....”* (E1.3.10-4.3)

Cuando se reconocen estrategias de gestión anticipadora para las contingencias, los aprendizajes se van construyendo entre todas/os las/os profesionales, según lo que vaya surgiendo.

Lo que parece importante, por lo menos en el estado de desarrollo de la ciencia de enfermería, es que las estructuras paradigmáticas y teóricas presentan una nueva perspectiva para la consideración de los fenómenos relacionados con el dominio de la disciplina, y que aspectos tan importantes como el bienestar, la salud, la evolución de los procesos de vida y otros se han legitimado, ya que permiten que la salud y el bienestar sean entendidos como algo dinámico, contextualizado y circunstancial, y se aceptan como elementos de estudio inherentes a la enfermería.<sup>90</sup>

**P-c:** - *“Lo que se entiende por cuidado, va lo que yo pienso, es preservar, asistir, ayudarse a uno mismo o al prójimo, el vínculo que hay, un vínculo afectivo, proporcionar asistencia y apoyo diario y tener la seriedad de las tareas del cuidado en este caso al paciente, como planificar qué tipo de cuidado le voy a brindar a determinada patología que está cursando el mismo.*

**P-c:** - *“Y yo me sentiría bien, estaría consciente y profesionalmente también, haciendo, planificando cada acto que voy a realizar con el paciente ¿no?”* (E3.A1.2; A2.2<sup>91</sup>)

Para un cuidado de enfermería con responsabilidad y respeto a la dignidad humana es necesario buscar el bien, con base en el conocimiento científico-técnico, la habilidad y diligencia en la acción, llevando a cabo el cuidado como un proceso de acción acompañante y edificante que mantiene la esperanza, mediante la cooperación, la habilidad para generar confianza, la capacidad de escucha y la observación, la compasión, la actitud de servicio, la prudencia y la simpatía.

... para cumplir con el fin de la profesión, para incorporarse a un trabajo de siglos y para integrarse luego con los colegas en la búsqueda de un ejercicio individual y colectivo del bien interno de la profesión que es el cuidado de enfermería, cuidar con calidad.<sup>92</sup>

Lo que se expresa en la voz anterior, permite reconocer la necesidad de sostener los procesos reflexivos que nos ayuden a considerar estar abiertos y abiertas al encuentro con cada quien en las experiencias de gestión del cuidado.

<sup>90</sup> Durán de Villalobos MM. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Aquichan [Internet]. Oct 2005 [04 Sep 2021];5(1):86-95. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v5n1/v5n1a09.pdf> p. 89-90.

<sup>91</sup> En este caso, la codificación refiere a: E3, al número de entrevista seguido de punto; A1, al número de audio de la entrevista seguido de punto; 2, al número de párrafo de la transcripción del audio seguido de punto y coma; A2, al número de otro audio de la entrevista seguido de punto y 2, al número de párrafo del correspondiente audio.

<sup>92</sup> Molina Restrepo ME. La ética en el arte de cuidar. Investigación y Educación en Enfermería [Internet]. Sep 2002 [citado 04 Sep 2021];20(2):118-130. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/16735/14512> p. 127.

### Para no concluir...

(Conclusiones y recomendaciones)

La construcción de nuevos procesos reflexivos nos compromete a seguir explorando, gestionando/generando las nuevas propuestas que van operando en la práctica para un cuidado de calidad.

... se produce una conversación reflexiva entre las acciones y las interpretaciones donde cada nueva acción da lugar a nuevas reinterpretaciones y significados que modifican los cursos de acción siguientes. En la reflexión en la acción, el hecho de repensar alguna parte de nuestro conocimiento nos conduce a la modificación de los cursos de acción y esto a la transformación de lo que sabemos.<sup>93</sup>

... el conocimiento profesional relevante... es un saber que combina componentes explícitos y tácitos que se activa en la acción sin que la enfermera tenga clara conciencia de ello a no ser después de procesos de reflexión y autodiálogo. Es un saber difícilmente formalizable en reglas o accesible al lenguaje porque es concreto y se halla en un proceso constante de comprensión-transformación-comprensión (Kim, 1994a).<sup>94</sup>

... el practicum que las... (profesionales) llevan a cabo se convierte en un proceso de investigación más que de aplicación...<sup>95</sup>

En el diálogo donde se construyen los acuerdos se hace consciente que lo que los/as enfermeros/as realizan repercute en la vida del otro.

... Esta conversación reflexiva entre la... (profesional) y la situación a la que se enfrenta es de naturaleza dialéctica. Cuando... lleva a cabo una acción, moldea y modifica la situación, la cual, a través de la respuesta que le devuelve, modifica y transforma los esquemas de comprensión y apreciación... (La/el profesional) sólo puede aprender algo de la situación cuando trata de modificarla.<sup>96</sup>

Con este recorrido abrimos la puerta a la reflexión en diferentes dimensiones de los procesos de gestión de cuidados a partir de espirales de investigación acción.

La evidencia en este escrito nos revela la base para continuar.

Uno nunca está quieto cuando de cuidar se trata. El desafío es encontrar en los escenarios organizacionales, los modos para que en cada estar haciendo haya un estar pensando/reflexionando en la acción.

... la imitación servil de otras culturas produce una sociedad alienada o sociedad objeto... la sociedad alienada no tiene conciencia de su propio existir. Un profesional alienado es un ser inauténtico. Su pensar no está comprometido consigo mismo, no es responsable. El ser alienado no mira la realidad con criterio personal sino con óptica ajena...

Hay que partir de nuestras posibilidades para ser más uno mismo...

Antes de admitir soluciones extranjeras, habría que preguntarse cuáles eran las condiciones y características que motivaron esos problemas...

---

<sup>93</sup> Medina Moya JL. Op. Cit. p. 254.

<sup>94</sup> Ibid. p. 253.

<sup>95</sup> Ibid. p. 255.

<sup>96</sup> Ibid. p. 255.

Las soluciones importadas deben ser reducidas sociológicamente, es decir, estudiadas e integradas en un contexto nativo. Deben ser criticadas y adaptadas...<sup>97</sup>

Así, el propósito será permitir que emerjan en cada encuentro de gestión de los cuidados, procesos para construir conocimientos en la propia práctica, no desde la racionalidad técnica sino desde la reflexión en la acción en que se conjuguen los saberes, capacidades y habilidades de quienes se disponen a comprometerse con la transformación hacia la calidad de los cuidados.

El compromiso sería una palabra hueca, una abstracción, si no involucrase la decisión lúcida y profunda de quien lo asume. Si no se diera en el marco de lo concreto.

Si seguimos analizando la frase propuesta, sentimos la necesidad de un adentramiento cada vez mayor en el concepto de compromiso, con lo cual podemos aprehender aquello que hace que un acto se constituya en compromiso.

Pero, en el momento en que se nos impone esta necesidad, cada vez más claramente, como una exigencia previa al análisis del compromiso definido -el del profesional con la sociedad-, una reflexión aún anterior se hace necesaria. Esta se centra en torno a la pregunta: ¿Quién puede comprometerse?

... Es una pregunta que se anticipa a cualquier situación de compromiso. Indaga sobre la ontología del ser sujeto del compromiso. La respuesta a esta indagación nos permite el acto comprometido, que empieza a develarse ante nuestra curiosidad.

En efecto, al acercarnos a la naturaleza del ser que es capaz de comprometerse, estaremos acercándonos a la esencia del acto comprometido.

La primera condición para que un ser pueda ejercer un acto comprometido está en que éste sea capaz de actuar y reflexionar.

Sea capaz de, estando en el mundo, saberse en este estar en el mundo. Saber que, si la forma de su estar en el mundo condiciona la conciencia de este estar, es capaz, sin embargo, de tener la conciencia de esta conciencia condicionada. Es decir, es capaz de intencionar su conciencia a la propia forma de estar siendo, que condiciona su conciencia del estar.

Si la posibilidad de reflexión sobre sí, sobre su estar en el mundo asociada indisolublemente a su acción sobre el mundo, no existe en el ser, su estar en el mundo se reduce a un no poder trascender los límites que le son impuestos por el mismo mundo de lo que resulta que este ser no es capaz de compromiso. Es un ser inmerso en el mundo, en su estar, a él adaptado y sin tener conciencia de él. Su inmersión en la realidad, de la cual no puede emerger, ni "alejarse" para admirarla y, así, transformarla, lo hace un ser "fuera" del tiempo o bajo el tiempo o aún en un tiempo que no es suyo. El tiempo, para un ser tal, "sería" un presente perpetuo, un hoy externo, ahistórico. Un ser como éste, no puede comprometerse; en lugar de relacionarse con el mundo, el ser inmerso solamente lo contacta. Sus contactos no llegan a transformar el mundo, puesto que sus resultados no constituyen productos significativos, capaces de (inclusive, volviéndose sobre él) marcarlo.

Solamente un ser que es capaz de emerger de su contexto, de "alejarse" de él para quedar con él; capaz de admirarlo para, objetivándolo, transformarlo, y transformándolo, saberse transformado por su propia creación; un ser que es y está siendo en el tiempo que es suyo, un ser histórico... solamente éste es capaz, por todo esto, de comprometerse.<sup>98</sup>

---

<sup>97</sup> Freire P. Educación y cambio. Op. Cit. p. 30-31.

<sup>98</sup> Ibid. p. 7-9.

## Bibliografía

Aimar A, Ance A, Andrada C, Burin M, De Dominici C, González P et al. La cocina de la vida. Saboreando oportunidades [internet]. Villa María: Universidad Nacional de Villa María; Feb 2016 [citado 18 Oct 2021]. Disponible en: <http://practicadeservecino.blogspot.com.ar>

Aimar ANM, Videla NE, Torre MI, De Dominici C, Ahumada D, Clemente C, et al. Diálogo/s de prácticas cotidianas de ciudadanía en la generación de oportunidades educativas y de cuidado. Villa María. Universidad Nacional Villa María; 2016.

Allgood MR, editora. Modelos y teorías en enfermería. 8va ed. Barcelona: Elsevier; 2015.

Arce H. Acreditación hospitalaria. La experiencia argentina en el marco de la región Latinoamericana. En: Calidad en la Atención Médica [home page en internet]. Buenos Aires: Fundación Avedis Donabedian Argentina; c2018 [citado 18 de octubre 2021]. [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://fundaciondonabedian.org.ar/acreditacion.html>

Argentina.gob.ar [página principal en internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio de Salud. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. [citado 18 Oct 2021]. [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/oferhus/enfermeria>

Bardallos Porras MD. Entre la enseñanza y el aprendizaje. Un espacio de saberes para compartir [tesis doctoral] [Internet]. Barcelona: Facultad de Pedagogía. Universidad de Barcelona; 2010 [citado 18 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.practicareflexiva.pro/wp-content/uploads/2013/07/Tesis-Sevilla-4-DEFINITIVA-.pdf>

Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración. 7ma ed. Cuajimalpa: McGraw-Hill Editores; 2006.

Delgado Abella LE, Vanegas García M, compiladoras. Psicología organizacional: Perspectivas y avances. 1ra ed. Bogotá: ECOE Ediciones; 2013.

Di Napoli S, Mesa S. La acreditación en la Argentina ¿Realidad, intención o utopía? [Monografía en Internet]. Buenos Aires: Auditoría Médica Hoy; 2018 [citado 18 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/Acreditacion%20en%20Argentina.%20Mesa%20Di%20Napoli.pdf>

Diccionario de la Lengua Española. 2a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: De Los Cuatro Vientos; 2012.



Durán de Villalobos MM. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Aquichan [Internet]. Oct 2005 [04 Sep 2021];5(1):86-95. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v5n1/v5n1a09.pdf>

Encuesta CAHPS® sobre Atención Hospitalaria. Mar 2018 [citado 18 Oct 2021]. Disponible en: [https://hcahpsonline.org/globalassets/hcahps/survey-instruments/mail/july-1-2018-and-forward-discharges/2018\\_survey-instruments\\_spanish\\_mail.pdf](https://hcahpsonline.org/globalassets/hcahps/survey-instruments/mail/july-1-2018-and-forward-discharges/2018_survey-instruments_spanish_mail.pdf)

Ferreres ML. La presencia de los valores en la práctica enfermera [Tesis doctoral]. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Programa de Doctorado: Investigación en Salud. Departamento de Enfermería. Universitat Internacional de Catalunya [Internet]. Jul 2017 [citado 05 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/456048/Tesis%20M%C2%AA%20Luisa%20Mart%C3%A0%20Ferreres.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Freire P. Educación y cambio. 4ta ed. Buenos Aires: Ediciones Búsqueda; 1987.

Freire P. Pedagogía del Oprimido. 4ta ed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2015.

Freire P. Pedagogía de la autonomía: Saberes necesarios para la práctica educativa. 2da ed. 7ma reimp. Palacios G, traductor. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2015.

Gregorich L. Bajando línea. La Nación [Internet]. 4 Mar 2009 [citado 25 Oct 2021]; Secc. Opinión.

Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimiento de Salud. Manual para la acreditación de establecimientos de agudos [Libro digital]. 2da ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimiento de Salud-ITAES; 2018 [citado 18 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.itaes.org.ar/ManualesDeAcreditacion.aspx>

Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Major F, Duquette A. El pensamiento enfermero. 1ra ed. 3ra reimp. Blanco MA, traductora. Barcelona: Masson; 2005.

Martin JCA, Mazzo A, Costa Mendes IA, Alves Rodrigues M, organizadores. A simulação no ensino de enfermagem. Braga: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2014.

Maturana H. Emociones y lenguaje en educación y política. 10ma ed. Santiago de Chile: JC Saez Editor; 2018.

Medina Moya JL. La pedagogía del cuidado: Saberes y práctica en la formación universitaria en enfermería. 1ra ed. Barcelona: Laertes; 1999.

Ministerio de Salud. Recomendaciones para el acompañamiento de pacientes en situaciones de últimos días/horas de vida y para casos excepcionales con COVID-19. Ministerio de Salud [Internet]. Ago 2020 [citado 18 Oct 2021]. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/recomendaciones\\_situacion\\_ultimos\\_dias\\_horas\\_de\\_vida\\_pacientes\\_covid.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/recomendaciones_situacion_ultimos_dias_horas_de_vida_pacientes_covid.pdf)

Molina Chailán PM, Jara Concha PT. El saber práctico en enfermería. Revista Cubana de Enfermería [internet]. 2010 [citado 18 Oct 2021]; 26(2):37-43. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192010000200005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200005)

Molina Restrepo ME. La ética en el arte de cuidar. Investigación y Educación en Enfermería [Internet]. Sep 2002 [citado 04 Sep 2021];20(2):118-130. Disponible en: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiDz\\_3o0-XyAhVQRJUCHWJCANKQFnoECAIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F1052%2F105217997011.pdf&usg=AOvVaw2lOrKMB\\_U71Xvlo1KWTQJU](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiDz_3o0-XyAhVQRJUCHWJCANKQFnoECAIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F1052%2F105217997011.pdf&usg=AOvVaw2lOrKMB_U71Xvlo1KWTQJU)

Ortega MC, Suárez MG, Jiménez MC, Añorve A, Cruz M, Cruz G, et al. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería. 2da ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2009 [citado 18 Oct 2021]. Disponible en: <https://books.google.com.ar/books?id=Xgh0A9bF6YMC&pg=PA7&dq=donabedian+calidad+en+salud&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjkuab4cnxAhW3qZUCHapkA5UQ6AEwBXoECAgQAQ#v=onepage&q=donabedian%20calidad%20en%20salud&f=false>

Poder Legislativo Nacional. Ley 26529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Boletín Oficial 20/11/2009 [citado 18 Oct 2021]. Disponible en: <https://e-legislar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/14366.html>

Potter PA, Griffin Perry A, Stockert PA, editoras. Fundamentos de Enfermería [Internet]. 9na ed. Barcelona: Elsevier; 2019. Disponible en: <https://books.google.com.ar/books?id=ILWXDwAAQBAJ&pg=PA307&dq=SBAR+herramienta+de&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwj8IMjHqtTzAhXVq5UCHaFdDIIQ6AF6BAgKEAI#v=onepage&q=SBAR%20herramienta>

Rodríguez MS. Cálculo de planteles de enfermería considerando el modelo de cuidados progresivos de la población en el Hospital Provincial de Rosario. Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud Centro de Estudios Interdisciplinarios. Universidad Nacional de Rosario; 2017.

Soliz F, Maldonado A. Guías de metodologías comunitarias participativas [libro digital]. Clínica ambiental Universidad Andina Simón Bolívar. Ecuador [Internet]; 2012 [citado 18 Oct 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3997/1/Soliz,%20F-CON008-Guia5.pdf>

Streck DR, Redin E, Zitkoski JJ, organizadores. Diccionario Paulo Freire [Internet]. 2da ed, rev amp. Lima: CEAAL, Consejo de Educación Popular de América Latina y el Caribe; 2015 [citado 18 Oct 2021]. Disponible en: [https://ceaal.org/v3/libceaal\\_diccionariopaulofreire/](https://ceaal.org/v3/libceaal_diccionariopaulofreire/)

Torralba Roseló F. Antropología do Cuidar. 1ra ed. Waldow R, editora. Summa GL, traductor. Petrópolis RJ: Vozes; 2009.

Yuni J, Urbano C. Mapas y herramientas para conocer la escuela: Investigación Etnográfica e investigación acción. 3ra ed. Córdoba: Brujas; 2016.

## Anexo 1

### Propuesta de Entrevista en profundidad/reflexiones en grupos focales

Objetivo preliminar de la entrevista/grupo focal:

- Explorar, conocer qué piensan las/os enfermeras/os respecto a lo que están haciendo y cómo lo están haciendo:

Guía de reconocimiento de situaciones para reflexionar:

- cada vez que ingresan a una habitación;
- cada vez que valoran la experiencia que está transitando la persona (cuando se realiza una práctica de cuidado, cuando se recibe el llamado de la persona, cuando está presente la familia y se interactúa con ella, entre otras situaciones);
- cuando se valoran sus constantes vitales, los patrones de higiene, confort, descanso y sueño;
- cuando valoran los aspectos socioambientales;
- cuando valoran las respuestas a la terapéutica aplicada, entre otros;
- las que puedan surgir en la gestión de los cuidados.

Otras preguntas reflexivas:

- ¿Qué entiendes por cuidar a la persona?
- Me gustaría que me cuentes tu experiencia en relación a los cuidados enfermeros.
- Y esta vivencia, en relación a los cuidados que brindas ¿Qué piensas tú que son los cuidados que da la/el enfermera/o?
- ¿Puedes dar un ejemplo de un cuidado que has brindado y que creas que la persona se sintió cuidada, se sintió bien, se sintió satisfecha? (Observar las expresiones no verbales que acompañan a las verbales).
- Un ejemplo de un cuidado que puedas decir que tú te sentiste bien, que pensaras: ¡qué bien se ha quedado la persona! ¿Cómo lo captaste?
- ¿Puedes dar un ejemplo en que la persona no se sintió cuidada y/o se manifestó insatisfecha? Un ejemplo en el que pensaste: ¡qué mal quedó la persona! ¿Qué hiciste? ¿Cómo lo captaste? ¿Qué pensaste cuando te diste cuenta? ¿Cómo crees que lo podrías mejorar? ¿Pudiste revertir la situación?
- La institución mide con indicadores los procesos de seguridad y de calidad. ¿Qué crees que es la seguridad y la calidad en las prácticas de los cuidados? ¿Qué conoces de los resultados de los mismos? ¿Qué aportes aplicas para la mejora continua? ¿Crees que tus cuidados se llevan adelante con calidad y seguridad?
- ¿Cómo vamos haciendo la práctica?
- Las preguntas que puedan ir surgiendo.

Lectura compartida en equipo de textos bibliográficos y de protocolos institucionales y/o material teórico científico que sustenta la práctica reflexionada.

- ¿Qué aspectos nos parecen importantes?
- Nos invitamos a nuevas lecturas... luego, empezamos a preguntarnos qué nos plantean los autores y qué nos sugieren en relación a lo que vamos reconociendo/haciendo.

Acompañamiento a la reflexión de la lectura individual.

- Espacio de preguntas y búsqueda de respuesta en próximos encuentros.
- Trabajo en equipo, fortalecimiento de las potencias de los/as participantes de las prácticas de gestión de los cuidados.

## Anexo 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE VILLA MARÍA  
 INSTITUTO A.P. DE CIENCIAS HUMANAS  
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### Estudio:

Por la presente: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_, reconozco que se me ha proporcionado información amplia y clara sobre las características del estudio, por lo que entiendo y declaro:

- 1- Que se me ha informado de la importancia de participar aceptando conscientemente del estudio.
- 2- Que se me ha informado sobre la metodología a utilizarse para la recolección de los datos, construcción de propuestas y puesta en marcha de las mismas.
- 3- Que acepto participar de las técnicas y actividades del estudio, como así también informar cualquier dificultad, cambio o interrupción que considere necesario realizar durante el transcurso del mismo.
- 4- Que fui informado/a sobre la posibilidad de retirarme en cualquier momento del estudio.
- 5- Que mi identidad será preservada bajo secreto profesional y estadístico, y que los datos aportados sólo serán utilizados con fines científicos.

Por lo tanto, manifiesto mi decisión consciente de participar en este estudio.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Aceptante:

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Profesional:

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_