

Gestión del Cuidado GDC en Atención Primaria: percepción de enfermeras, en pandemia, Chile, 2021*

GDC Care Management in Primary Care: Perception of Nurses, in Pandemic, Araucanía, Chile, 2021

GDC Gestão do Cuidado na Atenção Primária: percepção dos enfermeiros, em uma pandemia, Chile, 2021

Carla Ramos Huilcavil¹, Edith Rivas Riveros²,
Greys González González³, Luz María Muñoz Navarro⁴

¹ Enfermera. Magíster en Enfermería. Unidad de Infecciones Asociadas a la atención de Salud. Contacto: carlaandreamos323@gmail.com. ORCID: 0000-0003-1786-5564.

² PhD. Enfermería. Universidad De La Frontera. Contacto: edith.rivas@ufrontera.cl ORCID: 0000-0002-9852-4534. Autor de correspondencia.

³ Enfermera, Magíster en Enfermería. Unidad de Paciente Crítico Cardiovascular. Contacto g.gonzalez06@ufromail.cl ORCID: 0000-0002-9714-2608.

⁴ Luz María Muñoz Navarro. Enfermera, Magíster en Enfermería. Unidad de Procuramiento. Contacto: Immunozn@gmail.com ORCID: 0000-0002-7302-149X

*Trabajo derivado del Programa Magíster en Enfermería Mención Gestión del Cuidado. Universidad de La Frontera, 2021.

Resumen:

Introducción: En Chile, la enfermera cumple su rol profesional apoyada(o) en su experiencia y disciplina como cuidadora, con la finalidad de lograr un cambio positivo en la salud del individuo y comunidad. Como profesión, enfermería es declarada en el año 1997, como una profesión autónoma e independiente, estableciendo la Gestión del Cuidado (GDC) en lo relativo a la promoción, prevención, mantenimiento, restauración de la salud, y mejor administración de los recursos asistenciales.

Objetivo: Develar la percepción de la Gestión del Cuidado en enfermeras comunitarias.

Material y método: Estudio descriptivo, transversal con enfoque cualitativo, muestra por conveniencia a 9 enfermeras de Atención Primaria de Salud (APS) a través de entrevistas semiestructuradas.

Resultados: Se obtienen las Metacategorías; Concepción del concepto GDC en APS, Expresión de la GDC en APS en pandemia, Facilitadores para la GDC, y Obstaculizadores para la gestión del cuidado en APS.

Discusión: La GDC involucra el desarrollo de funciones, para la atención cerrada, descritas en el Código Sanitario. Bajo esta premisa, urge la necesidad de respaldar la APS, con la estructura de la GDC, lo que facilita la instauración del modelo de atención comunitaria coordinada, centrada en la persona y orientada en la prevención.

Conclusión: En Chile, gestionar los cuidados en APS, requiere ser visto desde la complejidad, en lo colectivo, territorial, desde la gobernanza, y en un entorno de incertidumbre, cuidados esencialmente visualizados por la pandemia. Junto a un desarrollo tecnológico, de avance muy incipiente, que debe responder a la exigencia de la rapidez del trabajo de cuidado comunitario.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, gestión, cuidado, enfermería, DeCs.

Abstract:

Introduction: In Chile, the nurse fulfills the professional role supported by her discipline and experience as a caregiver, in order to achieve a positive change in the health of the individual. Nursing is declared in 1997, as an autonomous and independent profession, establishing care management (GDC) in relation to the promotion, prevention, maintenance, restoration of health, and ensuring the best administration of care resources.

Objective: To reveal the perception of Care Management in community nurses.

Material and method: Descriptive, cross-sectional study with a qualitative approach, sample for convenience to 9 Primary Health Care (PHC) Nurses through semi-structured interviews.

Results: metacategories are obtained; Conception of the GDC care management concept in PC, Expression of care management in PHC in a pandemic, Facilitators for care management in PHC, Obstacles to care management in PHC.

Discussion: The GDC involves functions to meet the needs of users, described in the Sanitary Code; being a relevant need for APS. Nursing will be able to offer a model of coordinated community care, centered on the person and oriented towards prevention.

Conclusion. In Chile, managing PHC care requires to be seen from the complexity, in the collective, territorial, from the governance, and in an environment of uncertainty, care essentially visualized by the pandemic. Together with a technological development, of very incipient progress, which must respond to the demands of the speed of community care work.

Keywords: Primary Health Care, Management, Nursing, DeCs.

Resumo:

Introdução: No Chile, a enfermeira cumpre seu papel profissional apoiada em sua experiência e disciplina como cuidadora, a fim de alcançar uma mudança positiva na saúde do indivíduo e da comunidade. Como profissão, a Enfermagem é declarada em 1997 como profissão autônoma e independente, estabelecendo a Gestão do Cuidado (GDC) em relação à promoção, prevenção, manutenção, recuperação da saúde e melhor administração dos recursos assistenciais.

Objetivo: Revelar a percepção da Gestão do Cuidado em enfermeiros comunitários. *Material e método:* Estudo descritivo, transversal, com abordagem qualitativa, amostrado por conveniência 9 enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio de entrevista semiestruturada.

Resultados: Obtêm-se as metacategorias; Concepção do conceito GDC na APS, Expressão da GDC na APS na pandemia, Facilitadores para GDC e Obstáculos à gestão do cuidado na APS.

Discussão: O GDC envolve o desenvolvimento de funções para atendimento fechado, descritas no Código Sanitário. Sob essa premissa, é urgente apoiar a APS, com a estrutura do GDC, o que facilita o estabelecimento do modelo de atenção comunitária coordenada, centrada na pessoa e orientada para a prevenção. *Conclusão.* No Chile, a gestão do cuidado na APS precisa ser vista a partir da complexidade, coletivamente, territorialmente, da governança, e em ambiente de incerteza, cuidado essencialmente visualizado pela pandemia. Juntamente com um desenvolvimento tecnológico, de progresso muito incipiente, que deve responder à demanda pela celeridade do trabalho de cuidado comunitário.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Gestão, Cuidado, Enfermagem, DeCs.

Recibido: 20220317

Aceptado: 20220622

Introducción

En Chile, la enfermera cumple el rol profesional apoyada en su experiencia y disciplina como cuidadora, entregando servicios de cuidados a individuos o grupos, con la finalidad de lograr un cambio positivo en el estado de salud del individuo y comunidad⁽¹⁾.

Legalmente, la enfermería es declarada el año 1997, como una profesión autónoma e independiente, estableciendo la Gestión del Cuidado (GDC) en lo relativo a promoción, mantenimiento y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones; la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾.

Su rol social definido a través de la ley N.º 19.536, asigna las funciones de: Gestión del Cuidado, esta normativa se encarga en forma exclusiva a las enfermeras, y constituye un “acto propio entregado con exclusividad”⁽¹⁾⁽²⁾.

Por su parte, la reforma a la salud obliga incorporar a la GDC en el nuevo ordenamiento orgánico funcional en los Servicios de Salud y Establecimientos Asistenciales, y se concrete y se materialice en la práctica diaria el contenido del “quehacer profesional” definido en el Art.113 del Código Sanitario. Así la ley 19.937, reivindica a la enfermería, con una estructura orgánica y funcional, asegurando la plena “autonomía” en el ejercicio profesional y la identificación de la GDC, como núcleo central del quehacer de la enfermera.

Asimismo, se resguarda la implementación del Modelo de GDC en los establecimientos de Alta y Mediana Complejidad de la atención cerrada, para asegurar la continuidad y favorecer la articulación de los cuidados de enfermería, estableciendo los niveles de responsabilidad, de acuerdo con las políticas y normas del Ministerio de Salud de Chile⁽⁸⁾.

En cuanto a función la GDC, su finalidad es el cuidado de las personas, la garantía de sus derechos; la eficiencia y eficacia de los recursos; en alcance o trascendencia, y ejercer criterios valóricos y profesionales propios de las enfermeras, reflejados en la relación entre personas; con la vida, la integridad física, psíquica y la salud. De esta forma,

hace uso de la valoración, el entorno y los recursos, para obtener el mejor cuidado posible⁽⁹⁾.

Así la GDC es un aspecto clave y central en la calidad de la atención de usuarios⁽¹⁰⁾, por su parte Morfi Samper⁽¹¹⁾, enfatiza la GDC como aplicación de un juicio profesional en todos los procesos, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución, dentro de un marco ético profesional. Lo que para Kérouac⁽¹²⁾⁽¹³⁾ es un proceso creativo, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno, con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias. Así también la GDC es necesaria, para la planeación y organización de los servicios de enfermería, considerando que los recursos humanos garanticen los procesos asistenciales, el ambiente de trabajo y los resultados esperados⁽¹⁴⁾.

También se caracteriza a la GDC con una visión, hacia la atención abierta, con un modelo de atención a cargo de enfermería, centrado en lo promocional y preventivo, junto al enfoque en Salud Familiar. Y un campo de acción referido a la estructura; el proceso de los cuidados, y los resultados⁽¹⁵⁾.

Visto desde el compromiso, y de acuerdo a las políticas y normas Ministeriales, la “unidad” de GDC, es responsabilidad de la enfermera, quien dirige, coordina y evalúa de las actividades y funciones derivadas de las siguientes atribuciones: Establecer políticas de atención de enfermería, con modelo de cuidados con enfoque de integralidad - continuidad; Gestionar, coordinar y articular la red territorial de cuidados; Formular las orientaciones programáticas y prioridades de atención; Formular el plan estratégico para la GDC, en concordancia con los lineamientos y orientaciones Ministeriales; Elaborar y validar, estándares de calidad para la atención y cuidados de enfermería de los establecimientos de atención cerrada y abierta; Supervisar y evaluar los procesos y resultados de la GDC; Supervisar el cumplimiento del plan de capacitación y formación continua del personal; Probar y validar modelos de atención e indicadores de GDC; Formular las directrices para la relación docente asistencial, y Formular el Organigrama de la Unidad o Subdirección de GDC⁽¹⁶⁾.

Milos, describe la GDC en atención abierta, y menciona la implantación del Modelo de Gestión del Cuidado, el cual debe contribuir a la consolidación de una cultura de la calidad sanitaria, como eje de la mejora continua ⁽¹⁷⁾.

Lo descrito otorga argumentación a la urgente necesidad de la creación de la unidad de GDC en AP, debido a su prioritario rol en la red de servicios, brindando atención al usuario de manera integral, liderando y coordinando el equipo ⁽¹⁸⁾.

Contextualmente, la población a atender en el estudio se encuentra bajo la línea de la pobreza y es 35 % mapuche, o sea con mayor vulnerabilidad, pero no cuenta con la estructura de la GDC, en circunstancias que cumple con destacada responsabilidad la entrega de cuidados de salud a la población, con enfoque biopsicosocial y aún más en pandemia, donde ha cumplido un rol articulador, gestor y resolutivo al igual que el resto de centros de atención primaria.

El problema se avala bajo el Modelo de Promoción de Nola Pender, por la interacción entre personas en un entorno de complejidad biopsicosocial ⁽¹⁹⁾.

El Objetivo es develar la percepción de la Gestión del Cuidado en atención primaria, en enfermeras comunitarias, con el fin de responder la pregunta ¿Cuál es la percepción respecto de la Gestión del Cuidado en atención primaria en salud, en enfermeras comunitarias, adscritos a un centro de salud familiar del sur de Chile durante el año 2020-2021?

Método: Investigación que se abordó con metodología cualitativa, desde el paradigma interpretativo, y con enfoque etnográfico, ya que interesa el conocimiento social de los participantes Spradley⁽²⁰⁾ y se realiza análisis de contenido descrito por Bardin.

La unidad de análisis fueron profesionales enfermeras adscritas a un centro de salud primaria, Chile. La muestra fue intencionada e incluyó a 9 informantes: profesionales enfermeras con experiencia en atención primaria, como criterio de inclusión se consideró un año mínimo de experiencia en atención primaria. Se accedió a las personas, a través de la técnica bola de nieve, para facilitar la comunicación con los posibles participantes, que luego de ser informados y consentir participar, fueron contactados directamente por la investigadora principal. Se realizaron 9 entrevistas logrando la saturación. Tuvieron una duración promedio de una hora a una y media hora, realizada en un ambiente tranquilo. Los

datos se recolectaron con grabadora de voz, y se realizó transcripción fidedigna de forma manual. Se utilizaron notas de campo, con descripción de los acontecimientos para una mejor interpretación.

Para establecer mayor rigor se utilizaron los criterios de reporte de investigación cualitativa⁽²¹⁾. Para el análisis se construyeron meta categorías y subcategorías, este supuso realizar una categorización, manualmente, obteniendo una matriz de categorías, estas fueron refinadas con la revisión bibliográfica a posteriori. Se triangularon las categorías contrastando la interpretación independiente realizada por la investigadora principal y una académica que actuó como investigadora experta. Se solicitó la participación de una tercera investigadora, que actuó como auditora y revisora, para disminuir el sesgo de la interpretación. Se consideró, además, la saturación de las categorías para buscar la categoría central, que corresponde a la categoría con capacidad de asociar todas, sobre la que se levanta la discusión.

Se obtuvo consentimiento informado de todos los informantes. Para cumplir con la anonimización de los datos, se le asignó un código a cada entrevista y se almacenaron en un computador de uso exclusivo de las investigadoras.

Resultados: Las edades de las 9 enfermeras, fluctuaron entre 24 y 45 años, con una edad promedio de 30.5, experiencia promedio de 9 años (1-15 años), 3 en posesión de diplomados y una con especialidad de enfermería familiar y comunitaria (Tabla 1). Del análisis, se obtienen 4 meta categorías a) Concepción del concepto GDC en AP; b) Expresión de la Gestión del Cuidado en AP en pandemia; c) Facilitadores para la Gestión del Cuidado y d) Obstaculizadores para la Gestión del Cuidado (Tabla 2).

Tabla 1. Características de los informantes

Código	Edad	Permanencia (Años)	Perfección	Programa a cargo
J	26	1	no	Vigilancia Epidemiologica
E	24	1	no	Infecciones Intra hospitalarias
P	25	1	no	Vigilancia Epidemiologica
PA	29	2	no	Vigilancia Epidemiologica
CU	28	2	no	Programa de Salud Cardiovascular (PSCV)
CM	30	6	especialidad	PSCV, Programa del adulto Mayor, programa del niño y adolescente.
ES	28	3	no	PSCV, Programa del niño y adolescente.
FV	40	10	diplomado	Subdirector.
EM	45	15	diplomado	PSCV, Programa del adulto mayor.
Promedio	30,5555556	9		

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Cuadro matriz de Metacategorías y subcategorías

Tema central	Meta Categoría	Sub Categoría
Gestión del cuidado en Atención primaria AP: percepción de enfermeras en contexto de Pandemia	Concepción del concepto gestión del cuidado GDC en AP.	Concepción de GDC en estructura y función
		Alcance del concepto GDC
	Expresión de la gestión del cuidado en AP en pandemia.	Dudas de necesidad de estructura de GDC
	Facilitadores para la gestión del cuidado en AP.	Competencias y oportunidades
	Obstaculizadores para la gestión del cuidado en AP.	Retos

Fuente: Elaboración propia.

Respecto de la expresión de la GDC en AP en pandemia:

Dudas de necesidad de estructura de GDC

Los relatos manifiestan (Tabla 3 y Tabla 4) herramientas de cuidados, acciones y actividades de gestión epidemiológica, que enfatizan el desarrollo de un trabajo integral, durante todo el ciclo vital, centrado en la ejecución de programas ministeriales. A su vez respecto de la necesidad de una Unidad de GDC hay contradicciones, para algunas necesarias y otras innecesarias. Estos resultados son coherentes con los de Danielis quien

describe a la GDC como la expresión de un conjunto de herramientas para entregar cuidados⁽²⁶⁾.

Asimismo, se menciona que los servicios de enfermería podrían ofrecer un modelo de atención comunitaria coordinada, centrada en la persona y orientada a la prevención con principios de buen cuidado para las personas que viven con enfermedades crónicas lo que es similar a lo planteado por La Comisión Inglesa de Cuidado⁽²⁷⁾.

Tabla 3. Subcategoría: Concepción en estructura y función, de la GDC y unidad de análisis

Subcategoría: Concepción en estructura y función de la GDC en AP

Unidad de análisis

Estructura [GDC, son todas las acciones para cumplir con la satisfacción del usuario. Se trabaja el organigrama del centro, en el hospital hay unidades de GDC y eso es muy bueno. Tener profesionales en la subdirección potencia muchísimo, acá la directora del departamento es enfermera eso nos pone un piso importante] E3.

Función [En AP es importante la planificación y manejo de los programas, para cumplir la GDC] E1. [Son las funciones de enfermería, y va más allá]. [La GDC en AP otorga integralidad a los usuarios, al estar presente en todo el ciclo vital. Permite realizar procedimientos; educación; registros, logística y gestión, junto al equipo multidisciplinario y con los otros niveles de atención] E2. [Se optimizan los recursos humanos y económicos, para entregar atención de calidad] E4 [GDC, es gestionar el cuidado de las personas, familia y comunidad y entregar integralidad]E5 [en la universidad lo vimos, acá se favorece la atención hacia un grupo u población. La GDC en APS es preocupación por la población, incrementando la calidad de vida de las personas] E7. [Es buscar todos los medios, para atender efectivamente al paciente biomédicamente y psicosocialmente]E8. [Es entregar un buen servicio a los usuarios, con buen trato, seguridad y atención holística] E9.

Alcance del concepto

[Son las funciones de enfermería, pero la GDC va más allá de lo que se nos pide hacer.][La GDC en AP nos permite integralidad a la] E7. [es preocupación por la población. Entregamos calidad a los usuarios] E4. [Realizar promoción, prevención, con seguridad y de manera holística] E1.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Subcategoría: Expresión de la gestión del cuidado en AP en pandemia y unidad de análisis

**Subcategoría: Expresión de la gestión del cuidado en AP en entorno de pandemia:
Dudas de necesidad de estructura de GDC**

Unidad de análisis

[A través de la planificación, gestión, dirección de programas y normativas. Se relaciona al cumplimiento de las metas] E1. [A través del cumplimiento de directrices; del Código Sanitario y conocimiento personal] E2. [Por la pandemia se han generado variados protocolos, y la coordinación ha sido estricta en registro de vacunación y capacitaciones. La buena comunicación ayuda mucho] E2.[No lo he visto mucho la GDC en (APS), falta trabajar la acreditación, no hemos avanzado por la pandemia, pero por ella nos trasladamos a un centro nuevo, y se enlentecieron las autorizaciones] E3. [Al comparar las pautas de autorización sanitaria no teníamos ni lo básico para entregar una atención de calidad, y dependía de los recursos municipales. No teníamos estandarización, con la acreditación ha mejorado] E4. [Deberíamos entregar la GDC con el Modelo de Salud Familiar, sin embargo, está todo alterado por la pandemia, y el enfoque es la vacunación] E5. [Realizamos gestión integral de pacientes covid, seguimiento de contactos estrechos, red de apoyo, manejo de residencia sanitaria, ayuda municipal, si son pacientes crónicos, postrados, coordinamos con otros programas, para que puedan continuar con sus controles]. [No existe una unidad de GDC, hay una enfermera encargada, ve todos los programas y prestaciones, los recursos humanos, los equipos, las normas de calidad y controla todo. En situaciones de violencia, derivamos a servicio social, y Salud Mental] E6. [No he visto ninguna intención en crear una unidad de GDC, y yo tampoco lo había pensado, quizás no con ese nombre] E5. [La GDC la veo integral, en los programas y en la coordinación con otros equipos,]. [En AP, está desarrollado el tema de gestión, bajo responsabilidad enfermería, aunque falta designación formal, pero se desarrollan] E7.[La veo en indicadores de calidad; de metas; cobertura y no me veo a otro profesional gestionando y esto se plasma en la unidad multidisciplinaria, especialmente en el área covid] E8. [No se ve plasmado como en lo intrahospitalario]E2. [El interés falta verbalizarlo y poner en práctica, sería un gran aporte y avance contar con la unidad de GDC en APS]

Fuente: Elaboración propia.

Facilitadores para la gestión del cuidado en AP: competencias y oportunidades

De acuerdo con los relatos (Tabla 5), la GDC está en directo beneficio de la población a través de la administración de los recursos y el empoderamiento profesional, esto es similar a lo planteado por García, Gerónimo y Pazzeto⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾.

Tabla 5. Subcategoría: Facilitadores para la GDC en AP y unidad de análisis

Subcategoría: Facilitadores de la GDC: competencias y oportunidades

Unidad de análisis

[La enfermera maneja distintas áreas; comparte - aporta conocimientos y tiene voluntad]E3 [Hay personas con destacadas capacidades (crear una red, programas, unidades)]E7. [Somos muy proactivos, el estamento es reconocido por la unión. En empoderamiento, la Universidad fomenta la GDC, Y los enfermeros antiguos somos todos UFRO. El liderazgo es muy fuerte, lo que otorga reconocimiento] E3. [Todos los equipos están liderados por enfermería y la vacunación es liderada por enfermería] E6. [las enfermeras (os) tienen experiencia, aptitudes, conocimientos y están empoderados, esto ha sido relevante en la pandemia y podría ser una oportunidad para lograr una estructura GDC]E8.

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, existe coherencia histórica con el modelo de salud, modelo biomédico, basado en cumplimiento de metas e indicadores- creación de una unidad de Calidad a cargo de una enfermera y la reciente estrategia de enfermería de liderar el cambio, y agregar valor, resultado análogo a lo de NHS England⁽³⁰⁾.

En liderazgo, hay similitud a los resultados de Ibarra y Alloubani quienes identifican el liderazgo como una de las fortalezas de las enfermeras de manera transversal,

manteniendo un punto de equilibrio en las decisiones compartidas en la atención de las personas y sus familias, siendo un pilar fundamental a lo largo de todo el ciclo vital. Esto se relaciona con un liderazgo avalado en la experiencia laboral, capacitaciones y adquisición de conocimientos, influyendo en la toma de decisiones⁽³¹⁾⁽³²⁾⁽³³⁾

Y refuerza las ideas planteadas los resultados de Silva y Campos, para quienes el liderazgo contribuye de manera directa y efectiva en el empoderamiento profesional, y realza la importancia de una unidad de GDC. Asimismo, se beneficia el equipo de enfermería con buenos líderes, manteniendo un trabajo en equipo constante y eficiente, basado en valores éticos⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾.

Estos atributos de liderazgo y empoderamiento han contribuido a otorgar mayor visibilidad y reconocimiento a la enfermería⁽³⁶⁾, y competencias profesionales. Los relatos muestran a una enfermera con amplias competencias derivadas de su formación profesional, experta en buen cuidado; cuidado en su totalidad; en continuidad de atención y en el trato del personal, lo que se acredita por Matthew⁽³⁶⁾.

En relación a las oportunidades, son transmitidas desde el contexto de pandemia, donde la enfermera, muestra comunicación efectiva, escucha, buena recepción y diálogo, estos atributos creemos deben ser dirigidos a la efectiva instauración de la Unidad de GDC en atención primaria. A su vez se destaca la educación continua, la que de acuerdo con Calvetti y Col ayuda a las enfermeras a realizar su trabajo diario, bajo conocimiento y así promover una mayor seguridad en su actuar, favoreciendo la GDC⁽³⁷⁾⁽³⁸⁾⁽³⁹⁾⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾.

En relación con empoderamiento, se conoce la asociación entre una buena gestión de enfermería y empoderamiento, al respecto Alejandro⁽⁴²⁾, menciona la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación a la comunidad de acuerdo a sus necesidades, manteniendo una base de conocimientos y análisis crítico en su quehacer diario⁽⁴²⁾.

Otro aspecto mencionado es el cuidado humanizado, el cual, al constar con una estructura formal, otorgaría mayor pertinencia al uso de un modelo teórico para orientar la práctica de la enfermería en atención primaria⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾.

Se conoce que la atención humanizada es una característica fundamental de la identidad profesional de enfermería siendo el cuidar, un compromiso moral que brinda protección y conservación de la humanidad⁽⁴⁵⁾. Del mismo modo, ese aspecto empodera al

personal de enfermería⁽⁴⁵⁾, ayuda a fortalecer la capacidad de liderazgo⁽⁴⁶⁾, y contribuye a fortalecer la autonomía y dignidad de las personas⁽⁴⁷⁾.

Obstaculizadores para la gestión del cuidado en AP Retos

En el contexto de pandemia COVID-19, las actividades derivadas del Modelo de Salud Familiar se han visto disminuidas de acuerdo con los relatos (Tabla 6), aun así, el Centro de Salud en estudio, se ha enfocado en mantener contacto con las familias y comunidad, realizando actividades a distancia vía plataforma virtual, y ha habilitado vías telefónicas para mantener el contacto con la población⁽⁴⁸⁾.

Tabla 6. Subcategoría: Obstaculizadores de gestión del cuidado en AP y unidad de análisis

Obstaculizadores para la gestión del cuidado: retos

Subcategoría Unidad de análisis

[Otros profesionales reconocen el trabajo de la enfermería] E3. [A veces no valoramos la prevención y la promoción de salud, que es parte de la GDC y ese es un desafío] E1 [Debemos adelantarnos en la GDC en cuidados paliativos, perfeccionarnos sobre la buena muerte y la humanización] E8. [Igualmente en cómo obtener recursos, en participación en proyectos, esto ayudaría] E1

Fuente: Elaboración propia.

La situación de crisis ha penetrado en los equipos de atención primaria, con nuevos retos, y han servido de sostén a los equipos de atención secundaria y terciaria, conteniendo a los pacientes de riesgo medio; realizando seguimiento a la trazabilidad; testeo y aislamiento de pacientes COVID-19⁽⁴⁸⁾, esto ha alejado a los equipos del Modelo de Salud Familiar, y a la población de la cartera de prestaciones que habitualmente contiene la APS, por ello se presentan nuevos desafíos, basados en generar estrategias para re captar la

población sin control; reorganizar los equipos de trabajo; documentar los procesos clínicos y evaluar la evolución de jefes a líderes en los equipos de trabajo.

Teóricamente, de acuerdo con el modelo de promoción de la salud de Nola Pender, la GDC en APS no se refiere a cumplir una meta⁽⁴⁹⁾, una cifra estadística, para lograr una correcta evaluación, sino la promoción de la salud, ejecutada a través del actuar de la enfermera, como agente comprometido⁽⁵⁰⁾, prevención de la salud, que da cuenta de la GDC a través de los diferentes programas adscritos a la Atención Primaria en Salud. En este contexto la enfermería gestiona los cuidados preventivos a lo largo de todo el ciclo vital de los seres humanos, con liderazgo y empoderamiento. Cuidados que de acuerdo con Estefo, Paravic y Cadena, se ven reflejados en la modificación de hábitos y estilos de vidas de las personas, y expresados en los resultados de programas.

Discusión

En concepción del concepto y alcance de la GDC en AP: Estructura y función, como definición involucra el desarrollo de las funciones del rol, para satisfacer las necesidades de los usuarios, descritas en el art 113 del Código Sanitario⁽²²⁾; siendo una necesidad relevante para la Atención Primaria, ya que de acuerdo con la norma administrativa N.º 19 se dirige a los centros de Atención Cerrada. A su vez como saber práctico culmina en el "conocimiento del cuidado" que define la profesión de enfermería⁽²³⁾.

Si bien la estructura debe responder al cuidado enfermero, se observan en los relatos contradicciones en relación con la claridad del concepto y su necesidad como estructura. En función, persisten expresiones confusas e imprecisas, pero existe similitud con expresiones que aluden a la: garantía de los derechos de los usuarios; eficiencia; lo social y la distribución de los servicios de enfermería a nivel del usuario y a nivel social⁽²⁴⁾.

Asimismo, se denotan expresiones de la función social, de la enfermera, que resuelve un problema social determinado, como no lo podría hacer ninguna otra profesión, dado sus competencias.

En alcance, los relatos muestran expresiones valóricas, lo que es congruente con el criterio valórico y profesional en relación con la persona; la vida, la integridad física y psíquica, y la salud⁽²⁵⁾. Y en responsabilidad profesional, esta es intransferible ya que, de acuerdo al ejercicio de sus competencias, y las consecuencias de los actos y acciones obtiene el reconocimiento profesional social.

Conclusión

En Chile, gestionar los cuidados, desde su estructura y función en la atención primaria, requiere hoy ser visto desde la complejidad, en lo colectivo, desde la gobernanza, y en un entorno de incertidumbre, por la pandemia, a lo que se agrega el contexto de tecnológico de nivel básico para muchos, y requerido, dado la rapidez del trabajo de cuidado requerido, para que las enfermeras conjuguen el rol profesional en la GDC, con ética y valores.

El no constar con respaldo legal respecto de una estructura de GDC en AP, dificulta el desarrollo de nuevas estrategias y acciones, que están asumiendo las enfermeras comunitarias, como el nuevo sistema de acreditación, con nuevas normativas, y acciones, así las profesionales se ven expuestas a riesgo y las ubica en un escenario sin proyecciones de trabajo de impacto social.

Como se ha descrito, pese a que no existe esta unidad, las enfermeras comunitarias desarrollan la GDC, reflejadas en las actividades programáticas y técnicas con una visión holística del usuario y la población en general, utilizando el enfoque de salud Familiar, y desarrollando en la medida de sus recursos, acciones de promoción, prevención y rehabilitación en salud a lo largo del ciclo vital en todo el proceso de salud – enfermedad.

Para ello, realizan una eficiente distribución de recursos con el fin de proveer una atención de calidad a toda la población.

Por su parte, los resultados enfatizan el liderazgo y empoderamiento profesional ejercido, asimismo, como el trabajo en equipo multidisciplinario, lo que es destacado por otros equipos, por su compromiso y responsabilidad profesional.

La pandemia ha representado una dificultad para la atención primaria y el Modelo de Salud Familiar, centrando a los equipos en los lineamientos ministeriales para sobrellevar la atención de los pacientes COVID-19, esto ha supuesto, para los (as) enfermeras un desafío, pero se han adecuando, siempre entregando cuidados continuos, humanizados y de calidad.

Notas: Limitaciones del estudio: El tiempo, para la recolección de la información, en entorno de pandemia. Sin financiamiento. Los autores declaran no tener conflicto de interés

Referencias

1. Agüero E, Paravic T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2010 [Consultado 15 Nov 2021];16(3):33-39. doi: 10.4067/S0717-95532010000300005
2. Ministerio de Salud. Norma General Administrativa N.º 19. Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada, Exenta N.º 1127 [Internet]. 2007. Disponible en: http://www.minsal.cl/juridico/RE-SOLUCION_1127_07.doc
3. Aguayo F, Mella R. significado práctico del concepto Gestión del Cuidado en las Enfermeras/os que se desempeñan en Atención Primaria en Salud. *Cienc Enfer.* [Internet] 2015 [Consultado 29 junio 2021];21(3). doi: 10.4067/S0717-95532015000300007
4. Milos P, Bórquez B, Larraín A. La "Gestión del cuidado" en la legislación chilena: Interpretación y alcance. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2010 [Consultado 17 nov 2021]; 16(1):17-29. doi: 10.4067/S0717-95532010000100003
5. Febré N, Mondaca K, Mendez P. Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. *Rev. méd. Clín. Las Condes.* [Internet]. 2018 [Consultado 17 nov 2021];29(3):278-287. doi: 10.1016/j.rmclc.2018.04.008
6. Martins K, Bueno A, Mazoni S. Processo gerencial em centro cirúrgico sob a ótica de enfermeiros. *Acta Paul Enferm.* [Internet] 2021 [Consultado 17 nov 2021];34:1-11. doi: 10.37689/acta-ape/2021AO00753
7. P. Milos H., B. Bórquez P., A. Larraín S. Modelo de Gestión del Cuidado de Enfermería en los establecimientos de alta y mediana complejidad de la atención cerrada en el Sistema Nacional de Servicios de Salud. *Ciencia y Enfermería.* 2010;16(1).
8. Fernández C, López C, Sánchez M. La gestión del cuidado en la Atención Primaria en salud en Chile. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.* [Internet]. 2018 [Consultado 17 nov 2021];8(2):18-29. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/277/la-gestion-del-cuidado-en-la-atencion-primaria-en-salud-en-chile/>

9. Busquets, M. Ponencia: De la gestión a la gestión del cuidado. En: II Seminario Internacional: Gestión del Cuidado y Seguridad del Paciente. Santiago de Chile: Escuela de Enfermería; 2005.
10. Colegio de enfermeras de Chile. Orientaciones para la implementación de la gestión del cuidado. Disponible en: <http://www.colegiodeenfermeras.cl/datos/ftp> [Acceso el 14 de noviembre 2009].
11. Morfi R. Nursing care management. *Rev Cubana de Enfermería* [Internet]. 2010 [Consultado 15 Nov 2021]; 26(1):1-2. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n1/enf01110.pdf>
12. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.
13. Erdmann, A, Leite, J, Costa, I. Análisis de investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería, 2001-2003, *Cienc. enferm.* [Internet]. 2005 [Consultado 15 Nov 2021];(2):35-46. doi: 10.4067/S0717-95532005000200006
14. Colectivo de autores. Administración y gestión de los servicios de enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2006.
15. Ferreira A. La gestión del cuidado en la legislación profesional: algunas consideraciones para su regulación. *Ciencia y Enfermería* [Internet]. 2013 [Consultado 17 nov 2021];19(3):103-109. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441814011>
16. Milos P, Larrain A. La gestión del cuidado en Chile: de la función a la estructura. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2013 [Consultado 17 nov 2021];19(2):7-10. doi: 10.4067/S0717-95532013000200001
17. Milos P, Larraín A. La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente. *Aquichan* [Internet]. 2015 [Consultado 17 nov 2021];15(1):141-153. doi: 10.5294/aqui.2015.15.1.13
18. Dal A, Gatta C, Boggio C. The impact of primary nursing care pattern: Results from a before-after study. *J Clin Nurs.* [Internet]. 2018 [Consultado 17 de nov 2021];27(5). doi: 10.1111/jocn.14135

19. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. Nola Pender. 6ta ed. Madrid: Elsevier;2012.
20. Spradley, J. 1979. The Ethnographic interview. Holt, Rinehart and Winston: New York; 1979, 427p.
21. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Estándares para la presentación de informes de investigación cualitativa: una síntesis de recomendaciones. Acad Med. [Internet]. 2014 [Consultado 18 Nov 2021];89(9): 1245-1251.
22. Ceballos P, Jara A, Stiepovich J. La gestión del cuidado: una función social y legal de la enfermería chilena. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica* [Internet]. 2015 [Consultado el 01 de julio 2021];(29):1-12. doi: 10.15517/revenf.v0i29.19733.
23. Jane A. Anderson, Pamela Willson, Knowledge Management Organizing Nursing Care Knowledge, *Crit Care Nurs Q*. 2009;32(1):1–9.
24. Milos HP, Bórquez PB, Larraín SA. La "gestión del cuidado" en la legislación chilena: interpretación y alcance. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2010 [Citado 2022 Ene 01];16(1):17-29. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100003>.
25. Boamah S. Linking Nurses' Clinical Leadership to Patient Care Quality: The Role of Transformational Leadership and Workplace Empowerment. *Canadian Journal of Nursing Research*. [Internet]. 2018 [Consultado 15 Nov 2021];50(1):9-19. doi:10.1177/0844562117732490
26. Danielis M, Palese A, Terzoni S. How hospitals, Intensive Care Units and nursing care of critically ill patients have changed during the Covid-19 outbreak? Results from an exploratory research in some European countries. *Assist Inferm Ric*. [Internet]. 2020 [Consultado 17 de nov 2021];39(3):130-138. doi: 10.1702/3454.34430
27. NHS. NHS Five year forward view. London: NHS; 2016. Available at www.england.nhs.uk/ourwork/futurenhs/ (accessed on 29 June 2016).

28. García L, Gerónimo A. La ética de la virtud para lograr la excelencia en el cuidado enfermero. *Cult de los Cui*. [Internet]. 2021 [Consultado 17 nov 2021];25(60). Doi: 10.14198/cuid.2021.60.05
29. Pazzeto A. Work and Management in Nursing. *Rev Bras enferm*. [Internet]. 2019 [Consultado 17 nov 2021];72(1). doi: 10.1590/0034-7167.201972supl01
30. NHS. Leading change, adding value: a framework for nursing, midwifery and care staff. London: NHS: 2012 Available at: www.england.nhs.uk/ourwork/leading-change/
31. Ibarra X. Aspectos cualitativos en la actividad gestora de los cuidados enfermeros. *Cul de los Cuid* [Internet]. 2006 [Consultado 17 nov 2021];(20):147-152. doi: 10.14198/cuid.2006.20.21
32. Alloubani A, Akhu L, Mubarak I. Leadership styles' influence on the quality of nursing care. *Int J Health Care Qual Assur*. [Internet]. 2019 [Consultado 17 nov 2021];32(6):1022-1033. doi: 10.1108/IJHCQA-06-2018-0138
33. Lara R, Garcia G, Lorca A. Percepción de enfermeras/os de atención hospitalaria y primaria de salud, sobre el liderazgo de Enfermería. *Cult de los Cuid*. [Internet]. 2020 [Consultado 17 nov 2021];58:67-78. doi: 10.14198/cuid.2020.58.07
34. Silva M. Gestión del cuidado en enfermería desde una reflexión epistemológica. *Rev Enf BENESSERE* [Internet]. 2020 [Consultado 01 julio 2021];5(1). doi: 10.22370/bre.51.2020.2722.
35. Campos C, Vargas X, Milos P. Los servicios profesionales de la enfermera (o) en la legislación chilena. *Rev Med Clin Las Condes* [Internet]. 2018 [Consultado el 01 de julio 2021];29:270-277. doi: 10.1016/j.rmclc.2018.03.003
36. Maybin J, Charles A, Honeyman M. Understanding quality in district nursing services Learning from patients, carers and staff : London: The King's Fund; 2016.
37. Calvetti A, Crecencia H, Zamberlan C. Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2016 [Consultado 17 de nov 2021];50(5):816-822. doi: 10.1590/S0080-623420160000600015

38. Lucas J, Goncalves R, Misue L. Advanced practices for care management: reflections on the Brazilian Nursing. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2018 [Consultado 17 de nov 2021];7 (49):2060-2065. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0115
39. Ramos M, Soares de Souza V, Michel dos Santos M. Educação permanente em saúde e interface com a gestão do cuidado. *Rev SUSTINERE*. [Internet]. 2018 [Consultado 17 nov 2021];6(1):37-51. doi: 10.12957/sustinere.2018.30708
40. Bettancourt L. Reseña de Gestión del Cuidado interprofesional del Dr. Ricardo Ayala Valenzuela, Editor. *Cult de los Cuid* [Internet]. 2020 [Consultado 17 nov 2021];24(57). doi: 10.14198/cuid.2020.57.23
41. Danielis M, Palese A, Terzoni S. How hospitals, Intensive Care Units and nursing care of critically ill patients have changed during the Covid-19 outbreak? Results from exploratory research in some European countries. *Assist Inferm Ric*. [Internet]. 2020 [Consultado 17 de nov 2021];39(3):130-138. doi: 10.1702/3454.34430
42. Alejandro JI. Lessons learned through nursing theory. *Nursing* [Internet]. 2017 [Consultado 15 Nov 2021];47(2). Disponible en : http://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2017/02000/Lessons_learned_through_nursing_theory.12.asp
43. Power L. Nursing theory and the delivery of compassionate care. *Nurs Stand*. [Internet]. 2016 [Consultado 15 Nov 2021];30(24):41-46. doi: 10.7748/ns.30.24.41.s46
44. Mete S, Gokce Isbir G. Using a nursing theory or a model in nursing PhD dissertations: A qualitative study from Turkey. *Int J Nurs Knowl*. [Internet]. 2015 [Consultado 15 Nov 2021];26(2):62-72. doi: 10.1111/2047-3095.12036.
45. Maxson-Cooper PA. Empowering nurses through an innovative scheduling model. *Nurs Clin North Am*. [Internet]. 2011[Consultado 10 Nov 2021];46(1):59-65. doi: 10.1016/j.cnur.2010.10.005
46. Shalala DE. Nursing leaders can deliver a new model of care. *Front Health Serv Manage*. [Internet]. 2014 [Consultado 10 Nov 2021];31(2):3-16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25672003/>

47. Lescaille Taquechel M. Relación de la ética del cuidar y los modelos de enfermería con la persona y su dignidad. *Rev cubana Enferm.* 2006;22(1).
48. Orientaciones para la planificación y programación en red, Ministerios de salud subsecretaría de redes asistenciales [Internet]. Santiago de Chile: MS; 2019. [Consultado 11 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/09/Orientaciones-2019-.pdf>
49. Estefo S, Paravic T. Nursing in the role of health care manager. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2010 [Consultado 17 nov 2021];16(3):33-39. doi: 10.4067/S0717-95532010000300005.
50. Cadena J, González Y. El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J. Pender. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* [Internet]. 2017 [Consultado 17 nov 2021];19(1): 107-121. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145249416008>