

Tesis de Maestría/Thesis of Master's degree/Tese de Maestria

Percepción del usuario sobre su participación en la consulta de Enfermería en el Sector público/Perception of the user about his participation in the consultation of Nursing in the public sector /Percepção do usuário sobre a sua participação na consulta de enfermagem no setor público

Beatriz Mijailidis¹

Directora de tesis: Teresa Menoni²

Recibida: noviembre 2015

Aprobada: 28 de abril de 2017

Resumen

La reforma de los sistemas sanitarios llevó a retomar el concepto de participación como estrategia. La participación del usuario en la Consulta de Enfermería (CE) definida como el proceso de “compartir” información, opiniones y más concretamente compartir las decisiones dentro de la consulta. En el presente estudio se propuso conocer la “Percepción que tienen los usuarios sobre su participación en la CE en el sector público de la ciudad de Montevideo”. **Metodología.** Estudio cualitativo de corte etnográfico. Realizado en el Primer Nivel de Atención, en la CE en forma programada, teniendo como responsable un Licenciado en Enfermería (LE). La población seleccionada fue por conveniencia, delimitada por el criterio de saturación; las entrevistas fueron semi estructuradas, siendo la unidad de análisis el discurso de los usuarios. **Resultados.** Nuestros entrevistados describieron no haber tenido información, conocimiento y/ o experiencia previa de la CE. Identificaron a la enfermera como “hacedor de intervenciones”, definiendo el trato con la misma como familiar, de amistad; técnico comprometido, responsable. La participación fue definida a través de imágenes, ideas y actividades concretas de la vida cotidiana, y la misma como aportar ideas u opiniones; en forma espontánea, a través del dialogo con la enfermera, o las actividades que se planteen en la consulta; dando importancia a ser escuchados y escuchar, del intercambio, de preocuparse por el otro. **Conclusiones.** No todos los servicios de PNA cuentan con la CE dentro de su cartera de prestaciones; el escaso número de LE en los servicios limitan la implementación de esta, dejando espacios vacíos; no viéndose reflejado el cambio de modelo planteado. La relación que mantiene la enfermera con el usuario es de empatía, vista esta como un factor facilitador para el proceso de la participación; siendo necesario un ejercicio y aprendizaje. En el proceso de participación, ¿qué responsabilidad les cabe a los profesionales del PNA?

Palabras clave: Participación, Consulta de enfermería, Investigación Cualitativa

Abstract³

The reform of health care services has led to reconsider the concept of participation as a strategy. Users' participation in the Nursing Consultation (NC), defined as the “process of sharing information, opinions, and specially sharing decisions in the consultation setting. The objective of the present study was to understand the “Perception of users

¹Licenciada Enfermera. Especialista en Enfermería en Terapia Intensiva. Especialista en Enfermería en Quemados. Especialista en Enfermería en Cuidados Intermedios. Especialista en Gestión de Calidad en Servicios de Salud. Especialista en Gestión de Políticas de Salud Informadas por Evidencia. Tesis para obtener el título de Magister en Salud Comunitaria. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Octubre 2015. bmijailidis@vera.com.uy

²Licenciada Enfermera. Magíster en Salud Comunitaria. Especialista en Enfermería Comunitaria Docente del Departamento de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República (1993-2016). Docente de la Maestría en Salud Comunitaria del Centro de Posgrado. Fac de Enf. Universidad de la República (2001 a la fecha). Coordinadora de la Maestría en Salud Comunitaria desde el año 2010 al año 2016. teresamenoni@gmail.com

³Traducción al inglés realizada por la autora

about their participation in the NC, focused on public health care providers in the city of Montevideo” **Methods.** Ethnographic and qualitative studies. Performed at primary health care level of assistance, during the NC. The primary investigator is a professional nurse. Population was selected by saturation criteria. Interviews were semi structured, the study subject was user’s speech. **Results.** Our interviewees state that they had no information, knowledge and/or previous experience of NC. They identified nurses as “intervention maker”, defining her treatments as familiar, friendly, technically engaged, and responsible. Participation was defined through images, ideas and concrete daily life activities, as providing ideas or opinions; spontaneously, through conversations with the nurse, or activities brought up in the consultation; giving priority to listening and being listened to, a mutual exchange, and caring for each other. **Conclusions:** Not every provider of primary health care counts the NC among its benefits. A limited number of professional nurses within the health care services makes putting the NC into practice more difficult. This would leave empty spaces, not reflecting this change in the model of assistance. The relationship between nurse and user is one of empathy, which is a facilitating factor to the participation process; being necessary not only in learning but in training. What is the responsibility of primary health care professionals in this participation process?

Key words: Participation, Nursing Consultation, Qualitative Investigation

Resumo

A reforma dos sistemas sanitários levou à retomada do conceito de participação como estratégia. A participação do usuário na Consulta de Enfermagem (CE) é definida como o processo de “compartilhamento” na consulta de informações, opiniões e, mais concretamente, das decisões. No presente estudo propôs-se conhecer a “percepção que os usuários têm sobre sua participação na CE, no setor público, na cidade de Montevideú”. **Metodologia.** Estudo qualitativo de corte etnográfico. Realizado na atenção primária, na CE, de forma programada, tendo como responsável um Licenciado em Enfermagem (LE). A população foi escolhida por conveniência, delimitada pelo critério de saturação; as entrevistas foram semiestruturadas, sendo a unidade de análise o relato dos usuários. **Resultados.** Nossos entrevistados descreveram não ter recebido informação, conhecimento e/ou experiência prévia da CE. Identificaram a enfermeira como “fazedora de intervenções”, definindo o trato com ela como familiar, de amizade; técnica comprometido, responsável. A participação foi definida através de imagens, ideias e atividades concretas da vida cotidiana, como contribuir com ideias ou opiniões, de forma espontânea, através do diálogo com a enfermeira, ou com as atividades observadas na consulta, dando importância a serem escutados e a escutar, ao intercâmbio, e a preocupar-se um pelo outro. **Conclusões.** Nem todos os serviços de AP contam com CE dentro de sua carteira de prestações; o escasso número de LE nos serviços limita a sua implementação, deixando espaços vazios, não refletindo a mudança de modelo apresentada. A relação que a enfermeira mantém com o usuário é de empatia, vista como um fator facilitador para o processo da participação, sendo necessário um exercício de aprendizagem. No processo de participação, a pergunta é: qual responsabilidade corresponde aos profissionais da AP?

Palavras chave: Participação, Consulta de Enfermagem, Pesquisa Qualitativa

Agradecimientos

Ésta tesis que hoy se presenta lleva mucho tiempo de elaboración, y hubiera sido imposible sin la ayuda de muchas personas que con generosidad y amor colaboraron incondicionalmente de distintos lugares. Quiero agradecer en primer lugar a la Facultad de Enfermería por la oportunidad de seguir creciendo y seguir enamorándome de esta profesión, y en especial a la Cátedra de Salud Familiar y Comunitaria en las personas de Teresa Menoni y Cristina Barrenechea por su aporte científico, su calidad y calidez humana, su generosidad y su pasión durante los años del Magister. A las autoridades de salud, Directora de la RAP-Montevideo Dra. Alicia Sosa, y al Director del Servicio de Atención a la Salud Lic. Pablo Anzalone y la Lic. Alicia Guerra por abrir sus puertas y confiar en la propuesta. A la Dra. Geysler Margel que con generosidad brindó luz en un momento clave del proceso. A mis colegas Lic. Enf. Verónica Sánchez, Lic. Enf. Leonilda De Franco, y la Lic.

Enf. Lilián Cohen que dedicaron su tiempo, su conocimiento y su experiencia para colaborar en esta investigación; y que muy generosamente me permitieron interactuar con sus usuarios transmitiéndoles confianza, lo que me facilitó enormemente el trabajo de campo. A las personas que compartieron sus experiencias y su pensar con total generosidad. A mi Tutora, Prof. Agda. Mgter. Teresa Menoni, porque logró estar siempre, aparecer en el momento oportuno y permitirme el espacio necesario para la reflexión, y cuyas exigencias y críticas me sirvieron para enriquecer el trabajo y no darme por vencida. A mis compañeros de la Unidad de Enfermería de ANDA que sin decir una palabra fueron un aliento constante, sin reprochar mis ausencias. A los Directores de ANDA que creyeron en mí, y alentaron esta iniciativa, facilitando mi participación. A mi primo Daniel que alentó permanentemente este proyecto hasta hacer que nuestras charlas fueran monotemáticas. Al final pero no menos importante a mi colega y amiga Carolina Corujo, con quien hemos recorrido éste, y algún otro camino. Gracias por el apoyo, por las críticas y sobre todo por la sinceridad. Se lo dedico a los cuatro hombres de mi vida y a mi madre, que siempre confió en mí. Gracias a todas las personas entrevistadas por contarme un pedacito de sus historias, Y por ser tan sabios

Índice

Capítulo 1. Introducción

- 1.1 Descripción del estudio
- 1.2 Formulación del problema
- 1.3 Justificación del tema de estudio
- 1.4 Objetivos
 - 1.4.1 General
 - 1.4.2 Específico
- 1.5 Limitaciones
- 1.6 Consideraciones éticas

Capítulo 2. Marco teórico

- 2.1 Antecedentes. Reforma del sistema sanitario en Uruguay
- 2.2 Conceptualizaciones sobre percepción
- 2.3 Conceptualizaciones sobre participación
 - 2.3.1 Participación y proceso Salud- Enfermedad
 - 2.3.2 Participación y Consulta de Enfermería
 - 2.3.3 Participación y sujeto-familia
 - 2.3.4 Modalidades de participación en la práctica
- 2.4 Marco referencial

Capítulo 3. Metodología

- 3.1 Diseño de la investigación
- 3.2 Población y muestra
 - 3.2.1 Población de estudio
 - 3.2.2 Tamaño de la muestra
 - 3.2.3 Selección de la muestra
 - 3.2.4 Criterios de inclusión y exclusión
- 3.3 Técnica, procedimiento e instrumento de recolección de datos
- 3.4 Procesamiento y análisis de la información

Capítulo 4. Resultados y discusión

- 4.1 Resultados
 - 4.1.1 Datos demográficos
 - 4.1.2 Categorías de análisis
- 4.2 Discusión
 - 4.2.1 Planteamiento metodológico
 - 4.2.2 Resultados del análisis

Capítulo 5. Conclusiones

Capítulo 6. Referencias bibliográficas

- 6.1 Citada
- 6.2 Consultada

Capítulo 7. Anexos

- 7.1 Guía de la entrevista
- 7.2 Consentimiento informado
- 7.3 Triangulación

“(...)la participación.....lo que nosotros venimos a hacer. ...es el grupo entero, ... tu estas participando conmigo, o yo participo contigo, ...hacemos yoga, hacemos gimnasia, hacemos fiestas también.... Otras veces nos llevan a pasear, cuando consiguen unos mangos ¿?..y no importa, si sos viejo, joven, ..., somos todos iguales en el momento, ella escucha todo, que uno sepa que a tal hora está y uno puede venir y hablar,de un corazón muy calentito... Todo eso nos enseñaron (...)”

(Frases extractadas de los discursos de los usuarios)

Capítulo 1.

Introducción.

Este estudio se realizó en el marco de la Maestría de Salud Comunitaria cursada en el Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

En la actualidad, en nuestro país, se está produciendo un cambio en el sistema sanitario, también asistimos a cambios demográficos, epidemiológicos, económicos, tecnológicos, educativos y laborales hechos estos que entre otras cosas han generado una mayor cobertura de los temas de salud en los medios de comunicación. Este escenario ha contribuido a un cambio en el lugar que ocupa el usuario en el sistema sanitario; presentándose como un usuario activo, informado, demandante de sus derechos, responsable, compartiendo con los profesionales que lo atienden, conocimientos, objetivos terapéuticos y decisiones en su salud, así como el reflejo en el marco político y legal.^{4 5} Creemos que la pieza fundamental de esta nueva forma de atención sanitaria es esa “nueva relación profesional-usuario” que, cualitativamente atesora una gran riqueza que merece ser estudiada e investigada con el único ánimo de contribuir a mejorar la atención de las personas y de la comunidad. La salud es un derecho fundamental individual y colectivo para el que todos debemos aportar nuestro granito de arena. Creemos que la participación de los usuarios en el proceso de la toma de decisiones en la práctica clínica está, entre otras cuestiones, influida por el posicionamiento ideológico y ético del profesional, y del propio usuario. Los enfermeros que tienen una opinión favorable de sus pacientes como sujetos potencialmente capaces, tienen más probabilidades de permitir a los usuarios trabajar con ellos. No existe una definición precisa y clara sobre lo que se entiende por Participación de los Usuarios en la Consulta, y tampoco se han desarrollado herramientas adecuadas para observar dicho fenómeno. La mayoría de los estudios clínicos relacionados a este tema se han realizado sobre las consultas médicas, revelando que el deseo u opiniones de participación por parte de los usuarios son muy variables.⁶ Existe también revisión de trabajos que han demostrado que la toma de decisiones compartidas es beneficiosa fundamentalmente en usuarios con patologías crónicas.⁷

En el presente estudio me propuse como objetivo conocer la percepción que tienen los usuarios sobre su participación en la Consulta de Enfermería, en el sector público; con la finalidad de disponer de

⁴ Jovell A, Navarro M, Fernández L, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Aten Primaria*, 2006;38(3):234-7.

⁵ González A, Fabrellas N, Agramunt M, Rodríguez E, Grifell E, et al. De paciente pasivo a paciente activo. Programa Paciente Experto del Institut Català de la Salut. *RISAI 2008 | Vol 1 | Num 1*

⁶ Ruiz Moral R, Alba Dios A, Dios Guerra C, Jiménez García C, González Neubauer V, Pérula de Torres L, et al. Preferencia, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería en los centros de salud. *Enferm Clín*, 2011;21(3):136-142.

⁷ Joosten EA, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA. *Systematic review of the effects of shared decision-making on Patient Satisfaction, Treatment, Adherence and Health Status. Psychother Psychosom*. 2008;77(4):219-26.

más conocimientos para incentivar dicha participación. Este estudio busca además ser un aporte para la disciplina enfermería, permitiendo generar insumos para el debate de la participación en salud de los usuarios en la Consulta de Enfermería. Por intermedio de ésta se obtendrán ideas útiles sobre el proceso de participación, aportando algunas herramientas que permitan a los actores llevarlas a cabo. En este sentido es una apuesta por la utilidad de la ciencia de la Enfermería en función de una mejora en la relación con los usuarios. La elección de un enfoque o metodología cualitativa para abordar el área de estudio de nuestro interés puede justificarse desde la relación clínica, que se establece en la Consulta de Enfermería en el Primer Nivel de Atención (PNA), considerándolo como el método más adecuado para estudiar la compleja realidad configurada, y porque ello invita a insertarse en el campo asistencial para observar cómo se hacen las cosas, así como para conocer la opinión e interpretación que, de todo ello formulan sus propios protagonistas. Obteniendo toda la riqueza de expresiones y matices que generan estas vivencias, teniendo opción a interpretar los saberes, el conocimiento y la categorización que de ahí pudiera derivarse. Además de considerar que es el enfoque investigador más adecuado para nuestro problema, la orientación cualitativa es un campo poco transitado en Enfermería; lo cual implica que existan puntos de vista sin explorar. Los pacientes más críticos en el futuro serán aquellos que estén bien informados, tengan un alto nivel de seguridad, manejen las dificultades adecuadamente, tengan un alto nivel de confianza, de responsabilidad y dispongan del apoyo necesario para la generación de su autocuidado. El presente documento contiene inicialmente el marco conceptual, teórico que orientó el trabajo, luego se desarrolla el planteo metodológico con que se abordó el estudio y finalmente los resultados obtenidos.

1.1 Descripción del estudio.

Se realizó un estudio cualitativo de corte etnográfico focalizado, el cual abordó el desconocimiento de la percepción de los usuarios, con respecto a su participación en la Consulta de Enfermería.

1.2 Formulación del problema.

Desde este nuevo escenario que ha contribuido a un cambio en el lugar que ocupa el usuario en los servicios de salud, donde el mismo se presenta más activo, informado, demandante de sus derechos, responsable, compartiendo con los profesionales que lo atienden, conocimientos, objetivos terapéuticos y decisiones en su salud, creemos importante y merece ser estudiada e investigada la percepción de la Participación del usuario en la Consulta de Enfermería con el único ánimo de contribuir a mejorar la calidad de la atención de las personas y de la comunidad.

1.3 Justificación del tema de estudio.

Elegir este tema de estudio desde una perspectiva cualitativa atesora una riqueza inagotable de matices que merecen ser estudiados e investigados con el exclusivo ánimo de contribuir a mejorar la calidad de la atención a la salud de las personas, generando en ellas el desarrollo de sus capacidades

para el logro de su autocuidado; y es por ello la importancia de la relación profesional- usuario basada en el intercambio de saberes y con participación activa de sus actores, justificando el intento de abordarla en nuestro estudio. La percepción de atención que tienen las personas que acuden a los servicios, depende por una parte de la calidad de los servicios otorgados, pero también puede considerarse como una actividad guiada por las expectativas que se tienen, las que pueden ser modificadas al recibir la atención y reflejan en gran medida el grado de satisfacción obtenida, ya que la percepción es la función que permite al organismo recibir, elaborar e interpretar la información que llega desde el entorno, a través de los sentidos. Existen muchos factores que influyen en la percepción, dentro de ellos están las expectativas del usuario, del profesional que llevará adelante la consulta, las motivaciones que hacen que el ser humano perciba y vea en el otro lo que se desea ver, y las metas que influyen en el proceso de la información; así como también la familiaridad y la experiencia previa. Es en este nuevo escenario y orientación organizacional de la atención a la Salud y de nuevas formas de relación entre Enfermería y usuarios, que hemos elegido estudiar la participación, ya que no existe una definición precisa y clara sobre lo que se entiende por Participación de los Usuarios en la CE, y tampoco se han desarrollado herramientas adecuadas para observar dicho fenómeno. A través de nuestra búsqueda bibliográfica sobre antecedentes relacionados al tema de estudio encontramos que los existentes correspondían a la aplicación en las consultas médicas, no siendo abordado en las consultas que llevan cabo las enfermeras. Los estudios hallados trataban sobre la percepción de la calidad de los servicios recibidos, que tienen puntos en común, pero abordan otra temática. Los servicios de primer nivel de atención a la salud representan el aspecto más visible del sistema en este nuevo modelo de atención, que toma como estrategia la Atención Primaria a la Salud (APS), siendo la participación un elemento fundamental de este cambio. En este escenario la Consulta de Enfermería se centra en las necesidades del usuario-familia-comunidad, a través de una relación de horizontalidad, donde se establecen objetivos comunes; la participación de los usuarios es entendida como el empoderamiento, la construcción ciudadana, tomando al usuario como sujeto de derecho. En este sentido, conocer la percepción de los usuarios de su participación en la Consulta de Enfermería (CE) es un punto de partida que nos permitirá continuar desarrollando herramientas facilitadoras que contribuyan a visualizarla; estimulando la participación activa, valorando sus conocimientos, estimulando su creatividad y realizando un intercambio de ideas.

1.4 Objetivos.

1.4.1 General.

- Conocer la percepción que tienen los usuarios sobre su participación en la Consulta de Enfermería en el sector público.

1.4.2 Específicos.

1. Conocer los motivos por los cuales los usuarios concurren a la consulta de Enfermería.
2. Conocer la percepción que tienen los usuarios con respecto al rol de las/los enfermeras/os.
3. Conocer el concepto que poseen los usuarios sobre el término participación en la consulta.

1.5 Limitaciones.

Podemos dividir las limitaciones de este estudio en metodológicas y operativas. Las metodológicas, entre las cuales está la no-extrapolación de los resultados a la población general, pero hay que tener en cuenta que no buscamos una validez predictiva sino la profundización en un tema concreto con una población determinada. Para asegurar una confiabilidad en las observaciones que proviene de la investigación de una sola persona, se realizó la triangulación del investigador; y del sector público y privado. (Anexo 3). En cuanto a las limitaciones operativas enfrentadas para llevar a cabo esta investigación se realiza en una primera instancia un diagnóstico situacional sobre la realización de la CE en las instituciones. Dicho relevamiento fue realizado en forma telefónica a todos los Departamentos de Enfermería de las instituciones de salud que cuentan con servicio de primer nivel de atención (PNA), de la ciudad de Montevideo. Luego de identificadas las instituciones que realizan la consulta se realizó un contacto personal por parte de la investigadora y se presentó una carta formal a las autoridades de las mismas para obtener la autorización. A nivel público la autorización fue inmediata por parte de las autoridades, pero hubo dificultades en la comunicación por parte de éstas. con el área operativa, lo cual retrasó la implementación en los centros. Fue necesario realizar nuevas coordinaciones con las Licenciadas responsables de las consultas, explicándoles que se contaba con la autorización y cuál era el objetivo de la investigación a llevar a cabo. También se encontró con la dificultad que centros que tenían la CE dentro de su cartera de prestaciones, en el momento de llevar a cabo la investigación no la realizaban por falta de recursos humanos (Licenciada/o en Enfermería).

1.6 Consideraciones éticas.

Las personas que participaron del estudio lo realizaron por propia voluntad. Se les explicó de qué versaba dicha investigación y se les aseguró la confidencialidad de los datos personales y de la información que surgiera de la entrevista. Se entregó el consentimiento informado donde daban

su autorización a participar a través de la firma, previa lectura del mismo, además de conservar el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención de enfermería ni médica que recibe en la institución. (Anexo 2). Se enfatizó que de realizar la publicación de los resultados del estudio sus datos personales no serían publicados y su identidad permanecerá anónima en forma de código que sólo el investigador responsable podrá relacionar con sus datos y su historia de vida.

Capítulo 2.

Marco teórico.

2.1 Antecedentes.

Reforma del sistema sanitario en Uruguay.

En estos últimos años hemos sido testigos de los procesos de reforma de los sistemas sanitarios que se han desarrollado en nuestra América Latina. En dichas reformas, si bien difieren de acuerdo con las características de cada país, se visualizan puntos en común dentro de los cuales está presente la promoción de la participación social en Salud, la reducción de las desigualdades, la toma de decisiones; una medicina orientada hacia el cliente. La política de Salud de un país es un eje estructural del estado de Bienestar de la población, que cambia conceptualmente a lo largo de la historia.^{8 9} Toda reforma, todo cambio de sistema lleva a generar conflictos, en algunos momentos ambigüedades e incoherencias entre quienes las proponen y quienes las implementan. Lo que sí es claro y se generalizó fue el reconocimiento de la incapacidad de los Sistemas de Salud de responder a las necesidades de la población. En la propuesta del gobierno de Uruguay el cambio de la Política de Salud explicita a la misma como: “un derecho, como lo dice el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Constituye además un inestimable bien social y como tal hay que garantizar su vigencia y su efectividad, y ésta es una responsabilidad colectiva del conjunto de la sociedad y del Estado a quien corresponde la responsabilidad de garantizarla mediante el desarrollo de un Sistema Nacional de Salud de cobertura universal, igualitaria que convoque a la más amplia participación, respaldo y compromiso de la comunidad y sus integrantes y que sea financiado por un Seguro Nacional de Salud construido sobre bases de solidaridad y justicia social”. (Camejo Ramos L P, Valdés Sierra I, El caso uruguayo y las políticas sociales de salud en América Latina. Panorama Cuba y Salud septiembre-diciembre, 2013 . vol. 8, núm. 3, pp. 33-39 . Es por ello que se retoman los conceptos de la declaración de Alma Ata, donde se define a la participación social como estrategia

⁸ Vázquez ML, Siqueira E, Kruze I, Da Silva A, Leite IC. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Gac Sanit 2002; 16(1): 30-38.

⁹ Delgado Gallego ME, Vázquez Navarrete ML, Zapata Bermúdez Y, Hernán García M. Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. Rev Esp Salud Pública. 2005; 79(6): 697-707.

para garantizar que los servicios de Atención Primaria brinden soluciones a los problemas de Salud de la población, donde los miembros de la comunidad sean los constructores de la Salud Colectiva, sintiendo que la misma les pertenece. Cuando se prioriza la política social, la misma se basa en una concepción de derechos sociales, redistributiva y financiada con recursos del propio estado, donde las intervenciones y acciones integrales apuntan a la transformación de la condición de vida y de trabajo de las personas.^{10 11} Las personas como seres que viven en sociedad se relacionan y por consiguiente la salud de éstos también. Como mencionamos anteriormente, el nuevo sistema por ley prioriza el Primer Nivel de Atención, realizando trabajos en campo, con la comunidad de referencia en su medio. Uno de los principios rectores de la acción del Ministerio de Salud Pública (MSP) ha sido el de alentar la participación social en los procesos de formación de las políticas de Salud. Esto se aprecia en varias acciones, el usuario pasa a tener un rol participativo, como integrante de los “órganos asesores y consultivos” de las instituciones (Ley 18211. Art. 4, literal G), además se crea el Derecho del usuario a la información sobre su salud; es parte del Código sobre Derechos y Deberes de los Usuarios de la Salud. A pesar de la existencia de este principio. Ley 18335, Art 18. Luego, la ley 18161 crea la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) como servicio descentralizado e incorpora en su directorio un representante de los trabajadores y un representante de los usuarios. Finalmente, la ley 18211 crea la Junta Nacional de Salud (JuNaSa) como órgano de administración del Seguro Nacional de Salud con la participación de un representante de los usuarios, uno de los trabajadores y otro de las empresas del sector Salud. ASSE ya tiene integrados a usuarios y trabajadores en su directorio, según indica su propia ley constitutiva. En el sector privado, todas las Instituciones de Asistencia Médicas Colectivas (IAMCs) ya tienen integrados sus Consejos Consultivos Asesores. Actualmente se estima que Uruguay cuenta con una población de 3.344.938 habitantes; donde el 40% de ésta vive en Montevideo; la estructura por edad del país pauta un incremento del peso relativo de la población mayor de 65 años, esta representa el 13,6%. Dicho envejecimiento viene siendo acompañado por una disminución de la natalidad y un aumento de la esperanza de vida, repercutiendo directamente en la dinámica demográfica del Uruguay.¹² En 2007 se consolida la Reforma Sanitaria con la aprobación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) por medio de la Ley 18.211 que garantiza la accesibilidad, calidad, equidad y universalidad a los servicios de Salud. La reforma introduce tres cambios estratégicos para su implementación, el cumplimiento de sus objetivos y fines. En tal sentido se trazan cambios en el Modelo de Atención;

¹⁰ Gilliam S. Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care? BMJ.2008;336:536-8.

¹¹ Méndez C, Venegas López J. La participación social en salud: el desafío de Chile. Rev Panam Salud Pública. 2010; 27(2):144-147.

¹² Perfil de los sistemas de Salud. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Octubre 2009. 3a edición. OPS\OMS.

Modelo de Financiamiento; y Modelo de Gestión, que termina de configurar el SNIS y que crea el Seguro Nacional de Salud. Señalando en su artículo cuarto los objetivos generales los cuales se sustentan en los determinantes económicos, sociales y medio ambientales. Estos cambios ocurridos en éstos últimos años en lo político, económico y social, cuyas dimensiones han afectado a la Enfermería como disciplina y profesión conduciendo a las enfermeras conscientes de su papel en la sociedad a implementar la Consulta de Enfermería dentro de los servicios del PNA, como una herramienta de capital importancia en el sistema del cuidado de la Salud. Permitiendo hacer visible su contribución, además de coadyuvar a la satisfacción de la necesidad de mejorar la calidad de vida y la salud del colectivo. La Salud entendida como el cuidado de los aspectos bio-psico-sociales y ambientales encuentra un permanente desafío de problemas y de demandas sociales. La protección de la Salud es un derecho humano fundamental e históricamente ha estado vulnerado por motivos culturales, de género, familiares, educativos, políticos y socio-económicos. Sin dudas se han realizado avances en este sentido y actualmente el Estado, como rector en políticas, ha creado mecanismos para que toda la población tenga acceso a la salud, la cual requiere de “políticas de Estado” y el nuevo sistema así lo propone. La calidad de la atención, las normas y los problemas de Salud deberían corresponderse con los avances científicos y la realidad epidemiológica del país, promoviendo la investigación científica en Salud. También consideramos importante las responsabilidades individuales, la competencia técnica y profesional. No alcanza con el “paternalismo del Estado” y el aumento de los impuestos. La construcción actual nos reclama la formación permanente, la actualización y participación encontrando soluciones a problemas generados y se deben convertir en oportunidades de mejorar la atención de todos los ciudadanos de este país. La Enfermería debe tener como estrategia de acción la puesta en marcha de este nuevo Sistema Nacional de Salud, generando iniciativas y experiencias novedosas, a través de la participación en Salud de la población así como actividades de promoción de la Salud, prácticas para el autocuidado, estimular las fortalezas, disminuir el riesgo y prevenir la enfermedad. Es en este contexto que se establece la Consulta de Enfermería, como modalidad para gestionar el cuidado, definido el mismo como una acción terapéutica, interpersonal, única, contextual y dimensional, cuyos resultados se traducen en crecimiento para la persona (familia) cuidada y el cuidador, puesto que cuidar es ir más allá de los actos de observar y mirar.¹³ La misma se desarrolla a través de un conjunto de acciones permitiendo el análisis, interpretación, planificación y evaluación del cuidado por parte del usuario y del enfermero. Todos estos aportes apoyarán la orientación preventiva, humanista y participativa del nuevo SNIS.

¹³ Chaparro L. Cómo se constituye el “vínculo especial” de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. *Aquichan*. Abril 2011.11(1). 7-22

2.2 Conceptualización sobre percepción.

Sobre la percepción se ofrecen diversas definiciones que han ido evolucionando hacia la implicación de las experiencias y los procesos internos del individuo. La percepción de acuerdo con Forgas-Melamed, permite al individuo extraer información de su medio, en el que intervienen el aprendizaje, la memoria y el pensamiento, las personas organizan e interpretan las impresiones de sus sentidos con objeto de asignar significado a su entorno, desencadenando una acción reactiva o una conducta adaptativa.¹⁴ También determinada por el contexto sociocultural, los hábitos y costumbres de las personas, además del ambiente físico donde se otorgan los cuidados. Es un proceso continuo que incluye eventos de naturaleza simple y elementales hasta los de mayor complejidad que requieren de aprendizaje y pensamientos más activos. Se considera que la percepción es biocultural, pues depende por un lado de los estímulos físicos y sensaciones involucradas y, por otro depende del modo en que realiza la selección, organización y clasificación de dichos estímulos y sensaciones. Las pautas culturales e ideológicas serán las que moldeen la interpretación y el significado de las experiencias sensoriales, ya que las mismas son aprendidas desde la infancia; están orientadas a satisfacer las necesidades tanto individuales como colectivas de los seres humanos, mediante la búsqueda de estímulos útiles y de la exclusión de estímulos indeseables en función de la supervivencia y la convivencia social, a través de la capacidad para la producción del pensamiento simbólico, que se conforma a partir de estructuras culturales, ideológicas, sociales e históricas que orientan la manera como los grupos sociales se apropian del entorno. En el proceso de la percepción están involucrados mecanismos vivenciales de existencia en el plano consciente así como también en el plano inconsciente. En contra de la postura que circunscribe a la percepción dentro de la conciencia han sido formulados planteamientos psicológicos que consideran a la percepción como un proceso construido involuntariamente en el que interviene la selección de preferencias, prioridades, diferencias cualitativas y cuantitativas del individuo acerca de lo que percibe, al mismo tiempo rechazan que la conciencia y la introspección sean elementos característicos de la percepción. (Abbagnano, 1986).¹⁵ A partir de los planteamientos de Merleau-Ponty (1975) se ha presentado un punto de vista filosófico distinto. Este autor muestra a la percepción como un proceso parcial, porque el observador no percibe las cosas en su totalidad, dado que las situaciones y perspectivas en las que se tienen las sensaciones son variables y lo que se obtiene es sólo un aspecto de los objetos en un momento determinado. Como proceso cambiante, la percepción posibilita la reformulación tanto de las experiencias como de las estructuras perceptuales. La plasticidad de la cultura otorga a estas

¹⁴ Forgas R, Melamed M. Percepción. Estudio del desarrollo cognoscitivo. 2ª Edición. México. Trillas 1989. Reimp 1999. P 1-21)

¹⁵ Abbagnano, Nicola. Diccionario de filosofía, México, Fondo de Cultura Económica. 2º edición. 1986

estructuras la posibilidad de ser reformuladas si así lo requieren las circunstancias ambientales. Al respecto Merleau-Ponty ha señalado que la percepción no es un añadido de eventos a experiencias pasadas sino una constante construcción de significados en el espacio y en el tiempo.¹⁶ Por lo tanto, la percepción debe ser entendida como relativa a la situación histórico social pues tiene ubicación espacial y temporal, depende de las circunstancias cambiantes y de la adquisición de experiencias novedosas que incorporen otros elementos a las estructuras preceptuales previas, modificándolas y adecuándolas a las condiciones. Desde el punto de vista antropológico, la percepción es entendida como la forma de conducta que comprende el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia sensible, que tienen como límite las capacidades biológicas humanas y el desarrollo de la cualidad innata del hombre para la producción de símbolos. A través de la vivencia la percepción atribuye características cualitativas a los objetos o circunstancias del entorno mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales ideológicos específicos construidos y reconstruidos por el grupo social, lo cual permite generar evidencias sobre la realidad (Vargas M. 1995).¹⁷ En la cotidianidad se suele pensar que lo percibido corresponde exactamente con los objetos o eventos de la realidad y pocas veces se piensa que las cosas pueden ser percibidas de otra manera, porque se parte de la evidencia, raras veces cuestionada, de que lo percibido del entorno es el entorno mismo y ni siquiera se piensa que las percepciones sean sólo una representación parcial de dicho entorno, pues lo que se presenta como evidente sólo lo es dentro de un cierto contexto físico, cultural e ideológico. En este sentido, la percepción es simultáneamente fuente y producto de las evidencias, pues las experiencias perceptuales proporcionan la vivencia para la construcción de evidencias; al mismo tiempo son confrontadas con el aprendizaje social donde los modelos ideológicos tienen un papel importante en la construcción de elementos interpretativos que se conciben como la constatación de la realidad del ambiente. Una de las razones por las que el concepto de percepción se ha confundido con otros conceptos relacionados con la cosmovisión, como los valores sociales, las actitudes, las creencias, los roles y otros elementos de las prácticas sociales, es que las fronteras mutuas se superponen en tanto que todos estos se refieren a conjuntos de estructuras significantes que describen cualitativamente a las vivencias, es decir que proporcionan los referentes a partir de los cuales se asignan calificativos, cultural e ideológicamente construidos, para las características atribuidas al entorno. El comportamiento de las personas se basa en su percepción de lo que es la realidad; el mundo que es importante en término de comportamiento, es el mundo según es percibido. Sin embargo lo que se percibe suele llegar a ser muy diferente de la realidad objetivo, y también los individuos, aunque vean

¹⁶ Perez, A. Merleau Ponty: Percepción, corporalidad y mundo. Universidad de Oviedo. Eikasía 2008; 4(20): 197-220

¹⁷ Vargas, L. Sobre concepto de percepción. Alteridades 1994, 4(8): 47-53

lo mismo lo perciben de manera diferente¹⁸ Con la habilidad para transformar el ambiente los grupos humanos constantemente crean y recrean condiciones de vida que las siguientes generaciones tendrán que afrontar

2.3 Conceptualizaciones sobre participación.

Para lograr construir el término participación hemos tenido ciertas dificultades dado la existencia de una gran variedad de conceptualizaciones coexistentes, la abundancia de definiciones, lejos de sumar al esclarecimiento del tema reflejan la ambigüedad con que el término se utiliza; donde abundan posiciones teórico- prácticas muchas veces en abierta contradicción, es decir con una alta carga valorativa. Es un concepto polisémico, donde pueden definirse de forma diferente en función del enfoque o planteamiento ideológico de quien lo haga. Refleja de alguna manera las resistencias que muchas veces los técnicos poseen para reconocer las capacidades y potencialidades de las personas en procesos que los llevan a involucrarse en la construcción de soluciones a los problemas que hacen a sus vidas.¹⁹ La participación es una necesidad humana y por ende es un derecho de las personas. (Díaz Bordenave 1982). Es algo que se aprende y perfecciona (Robirosa y otros 1990)

Para la Organización de las Naciones Unidas para la Ciencia, la Salud, y la Cultura (UNESCO) , *“el conjunto de las necesidades de un ser humano constituye un sistema, de modo que la satisfacción de una necesidad, inclusive, la forma de satisfacerla, influye en el resto de las necesidades”*. /Sirvent M.T., Rigal L., Lomagno C., Llosa S., Thouyaret L., Fernández A., Stein A., Benítez M.E, Fontana A., Natanson N., Vazquez M., Paiva K., Muñoz M., Sterling S. (2009) Propuesta de intervención comunitaria en experiencias de educación de jóvenes y adultos. UNESCO / OREALC Red INNOVEMOS p.14 Toda persona tiene la capacidad (poder) de actuar en el mundo en que vive, puede tomar decisiones que afectarán su vida. Participar es ejercer ese poder de tomar decisiones, actuar y transformar la realidad. (Burin y otros, 1998). También existen otras conceptualizaciones que la consideran como: *“Proceso de fortalecimiento de las capacidades individuales y colectivas de los excluidos, para participar negociar e influir en las instituciones que afectan su bienestar, vale decir favorecer la inclusión social para el ejercicio ciudadano de deberes y derechos”*. Liliana La Rosa.²⁰ La participación en términos generales se entiende como *“el proceso social a través del cual los distintos sectores de la población, en función de sus propios intereses, intervienen directamente o por medio de sus organizaciones, en la marcha de los distintos aspectos de la vida colectiva”*. F.Velázquez .(1986,

¹⁸ Robbins S, Judge T. Comportamiento organizacional. 13ª Edición Pearson-Prentice Hall; 2009. p139-143. . México

¹⁹ Giorgi V. La participación de Niños, Niñas y Adolescentes en las Américas a 20 años de la convención de los Derechos del Niño. Documento elaborado a solicitud del Instituto Interamericano del Niño. OEA Instituto Interamericano del Niño, Niña y Adolescente. 2010.

²⁰ La Rosa, Liliana. (2001). Empoderamiento y Programa Subsectorial de Irrigación. Banco Mundial- PSI. Print, Junio 2001.

p.22) ²¹. Es un proceso social en virtud del cual, grupos específicos de población, que comparten alguna necesidad, problema o interés y viven en una misma comunidad, tratan activamente de identificar esas necesidades, problemas o intereses, toman decisiones y establecen mecanismos para atenderlas (Aguilar, 2001). V. Giorgi menciona cinco condiciones sin las cuales no podemos hablar de procesos participativos: clima participativo, vínculo, encuentro, oportunidad y aprendizajes significativos. Según este autor, “los momentos y elementos necesarios para generar un proceso participativo se entrecruzan con los grados de incidencia: Consultiva: cuando se reconocen opiniones pero estas no se vinculan con la posterior toma de decisiones. Colaborativa: cuando las decisiones se toman en conjunto. Iniciativa y compromiso autogenerado: situaciones en que los sujetos se auto convocan y regulan su propia participación. Esto se da con menor frecuencia. (Giorgi V. La Participación de niños, niñas y adolescentes en las Américas . Montevideo 2010, pag .59). Podemos encontrar una clasificación de la participación según el ámbito donde se ejerza, diferenciando varios tipos:

Participación ciudadana. Se centra en la relación del individuo con el Estado. Es el conjunto de acciones o iniciativas que pretenden impulsar el desarrollo local y la democracia participativa, a través de la integración de la comunidad al ejercicio de la política.

“...cualquier actividad dirigida a influir directa o indirectamente en las políticas públicas, realizada tanto por los ciudadanos individuales como por todo tipo de colectivos.” J. Font y I. Blanco (2003)

Ésta consiste en involucrar a los ciudadanos en los procesos decisivos vinculados al diseño, la implementación, el monitoreo o la evaluación de las políticas públicas o proyectos que surjan desde la Administración. Participación social. Significa que todos los actores sociales de una comunidad toman parte en las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema que afecta a la comunidad incluyendo las decisiones sobre necesidades y prioridades, la asunción de las responsabilidades y obligaciones para la formulación de planes y adopción de medidas y evaluar los resultados. ²² Aquellas iniciativas sociales en las que las personas toman parte consciente en un espacio, posicionándose y sumándose a ciertos grupos para llevar a cabo determinadas causas que dependen para su realización en la práctica, del manejo de estructuras sociales. En la actualidad ejemplo de ello pueden ser las organizaciones no gubernamentales (ONGs), asociación de vecinos o en el ámbito de la salud y en nuestro país el movimiento de usuarios. La visión contemporánea de participación social en Salud reconoce a las personas como usuarios y a la vez como ciudadanos ante los cuales el Sistema de Salud debe rendir cuentas de la calidad y oportunidad del servicio, así como del uso eficiente de los recursos.

²¹ Velásquez Fabio. Crisis municipal y participación ciudadana en Colombia., en Revista Foro, N° 1, Bogotá, septiembre de 1986, p. 22.

²² Anderg- Egg 1992. Reflexiones en torno a los métodos de trabajo social. México DF : Editorial El Ateneo. Linares C 1996. Participación: ¿solución o problema? La Habana: Centro de investigaciones y desarrollo de la cultura cubana Juan Marinello.

Surge entonces la demanda de una mayor responsabilidad del sistema frente a la ciudadanía y la necesidad de implementar distintos mecanismos de participación, ya sean individuales o colectivos, que permitan a las personas ejercer control (empoderamiento) sobre sus derechos de protección de la Salud.^{23 24} Según propone EL Menéndez para abordar el concepto de participación social es necesario comprender no sólo su evolución teórica, técnica y política, sino explicitar los objetivos que persigue la aplicación de la participación social en el Sector Salud.²⁵ *Participación comunitaria*. Se puede definir como el proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y del grupo, contribuyendo conscientemente y constructivamente en el proceso del desarrollo.²⁶ La comunidad debe entonces jugar un rol activo de autogestión, participación, responsabilidad e iniciativa en la solución de sus problemas de salud y el alcance de los objetivos, el desarrollo de la comunidad y con ello el desarrollo social.²⁷ Otros autores como Ferrer Herrera y cols (Cuba 2001), también definen la participación social en salud como los procesos que involucran a grupos e instituciones, mientras que la participación comunitaria está constituida por acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance. Relacionado a lo anteriormente mencionado la OMS plantea *“la insistencia en que la gente debe hacerse responsable de su propia salud es un aspecto importante del desarrollo individual y colectivo. Con alta frecuencia se considera que un sistema eficaz de atención primaria es un servicio más eficiente, humano y útil; facilita el producto, la salud, que en realidad la gente debería alcanzar por si misma; en lo posible la salud nunca debe “darse” o “facilitarse” a la población. Por el contrario se debe ayudar a la gente a participar consciente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud”*. (La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria OMS 1990:27) En entrevista realizada al Lic Pablo Anzalone Director de la División Salud de la Intendencia de Montevideo en ese momento, año 2013, se le preguntó sobre su concepción de la participación y educación en salud. Refiriéndose a la misma manifestó que las concepciones que en salud o en educación instituyen la dualidad de un agente que es dueño del conocimiento y otro que lo recibe pasivamente, no responden adecuadamente a los desafíos de cada

²³ Villanueva A, Nebot C, Galán A, Gómez G, Cervera M, Mira J, et al. Puntos de vista de pacientes, ciudadanos, profesionales y directivos sobre como llevar a la práctica una atención sanitaria centrada en el paciente. Rev Calidad Asistencial. 2006; 21(4):199-206

²⁴ Láuz Iris. La participación ciudadana en salud. Revista Regional de Trabajo Social 2006, Vol 33; 31-39.

²⁵ Menéndez E.L.; Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social, Cuadernos Médicos Sociales, Rosario, 1998;73:5-22

²⁶ Linares C 1996. Participación: ¿solución o problema? La Habana: Centro de investigaciones y desarrollo de la cultura cubana Juan Marinello.

²⁷ Morón C 1995 Políticas y estrategias para la seguridad alimentaria en el hogar. Archivos latinoamericanos de nutrición; 45 (1: 374-378)

sistema y mucho menos de la interacción entre ambos. Por el contrario una concepción dialógica, participativa, que promueva un rol activo de los educandos, es una herramienta más fecunda para el desarrollo de los procesos educativos en salud. El rol de las familias y de la comunidad no puede agotarse en la recolección de fondos para el apoyo edilicio o de funcionamiento de policlínicas o escuelas. Familia y comunidad son actores relevantes del proceso de salud y del proceso educativo y como tales deben involucrarse y participar de la información, de la consideración y de las decisiones. La creación de estructuras permanentes en ese sentido tiene como puntos de apoyo muchas experiencias valiosas. En esta línea de trabajo son herramientas para desarrollar; las escuelas promotoras de salud, la formación de promotores juveniles, los talleres para la capacitación de multiplicadores, los agentes comunitarios de salud, la utilización de mecanismos tradicionales como la Cruz Roja. Los apoyos técnicos desde sistema de salud pueden cumplir un rol mucho más eficiente si apuestan a la participación activa de los alumnos, docentes, familia y comunidad. En nuestro país, González Ortuya y cols (Montevideo 2005:48) integran el concepto de participación en una metodología más amplia que denominan Programación Participativa en Salud Comunitaria, PROPAS, que define como “un proceso intelectual de construcción colectiva que antecede a la acción, que involucra a técnicos y población permitiéndoles identificar las necesidades, intereses, problemas, fortalezas y recursos en salud, acordar prioridades y estrategias de solución” Para éstas autoras, la participación social es: “el proceso mediante el cual se contribuye al fortalecimiento de los grupos en el desarrollo de sus capacidades para conocer, identificar, analizar e interpretar su realidad, determinar prioridades, formular y negociar propuestas, mediante la generación de espacios para el intercambio de saberes, experiencias, sentimientos y crear vínculos, lazos de apoyo solidario y de identidad social, mejorando el desarrollo organizacional y la calidad de los servicios”: (p 49). ²⁸

2.3.1 Participación y Proceso Salud- Enfermedad.

La Salud como proceso vital del hombre no ha sido ajena a los cambios epistemológicos por los cuales ha atravesado la ciencia, lo que ha hecho que el concepto haya evolucionado o involucionado dependiendo de los paradigmas en los que en ocasiones nos ubicamos. ²⁹ Las ideas, los preconceptos, los simbolismos, juegan y mucho en nuestras concepciones y prácticas. Hay una evolución histórica social del concepto salud- enfermedad, lo cual supone implementar prácticas de salud acordes a cada momento. ³⁰ Partiendo desde la Edad Antigua (400 años AC hasta el siglo V) donde las explicaciones acerca de la Salud y la enfermedad eran de contenido mágico-religioso; llegando al Siglo XX, donde

²⁸ Gonzalez Ortuya P; Etchebarne L; Bozzo E; Garay M. Programación Participativa en Salud Comunitaria. Facultad de Enfermería. Comisión Sectorial de Educación Permanente. Universidad de la República. Montevideo Uruguay.

²⁹ Vergara Quintero M. Tres concepciones históricas del Proceso Salud-Enfermedad. Hacia la promoción de la Salud. Vol 12. Ene-dic 2007. 41-50.

³⁰ Arredondo Armando. Análisis y reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad. Cad Saúde Públ. Rio de Janeiro,8(3); 254-261.jul/set 1992.

se produce un estrecho vínculo entre medicina y biología lográndose grandes avances en el conocimiento del sustrato material de la enfermedad, se desarrollan recursos físicos y químicos para hacer diagnósticos y tratamientos. Se funda la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su definición de Salud. Se organiza la Conferencia de Alma Ata. De alguna manera, los técnicos en el área de la Salud hemos transitado desde nuestra formación hasta nuestra práctica cotidiana, por la historia en el uso de los términos. Estos últimos afectan nuestra concepción y nuestro comportamiento a la hora de actuar, dependiendo además de la formación recibida y de la disciplina que se practique. Hemos podido asistir a una transformación desde un modelo de relación predominante biomédico, paternalista, y centrado en la enfermedad, a la progresiva incorporación de un modelo bio-psico-social, centrado en el paciente, donde se trata de atender las necesidades de la persona y se incorporan estas últimas al proceso de la consulta. Marie José Devillard plantea en su texto "La construcción de la Salud y de la Enfermedad" (1989) la dicotomía que parecería estar presente entre la dimensión biológica y social interrogándose si dicha dicotomía sería oportuna para distinguir los distintos modelos de construcción de Salud y Enfermedad. La autora hace referencia a términos como profesionales y profanos (aquellos que no conocen determinada materia) y a disciplinas como la medicina y la antropología social.³¹ Todos estos términos se entrelazan con ideas que nos presentan distintas concepciones de Salud antagónicas, que nos marcan una línea divisoria a priori que quizás no debiera existir. Características como objetividad y subjetividad, lo empírico y lo ideológico-simbólico, lo natural y lo social. coexisten en el proceso de Salud y Enfermedad, pudiendo variar la influencia que cada una de ellas tiene en cada individuo o comunidad. Según L.Weinstein pone de manifiesto que "(...) *la Salud es una propiedad de los seres vivos, el muerto perdió completamente su Salud, lo inorgánico nunca la tuvo, el enfermo siempre conserva capacidad de Salud*"³² Este mismo autor manifiesta que la Salud no tiene realidad propia en sí, de la misma forma que se dice que no hay enfermedades sino enfermos, podemos decir que no hay Salud sino personas con más o menos Salud. La definición de la OMS, así como otras que podemos denominar integrales, manifiestan la magnitud del concepto "Salud". Toman el término como multisémico porque es utilizado en lo biológico, en lo social, lo psicológico, ecológico, afectivo, en definitiva trasciende el uso biomédico que habitualmente se le da. Durante milenios, la definición de Salud fue tomada como ausencia de enfermedad, conceptuándola de esta forma como negativa. La OMS, por primera vez la define en términos positivos en 1948, siendo esta la definición "*más difundida y conocida y la que*

³¹ Devillard MJ. La construcción de la Salud y de la Enfermedad. Trabajo expuesto en la IV Reunión de la Sociedad Española de Historia de la Medicina (mayo 1989), bajo el título *Las dimensiones de lo social en la construcción de la salud y de la enfermedad*.

³² Weinstein, Luis. Salud y Autogestión 1978 Edit. Nordan. Montevideo, Uruguay pags. 46 y 47.

más ha trascendido en el ámbito científico y técnico y hacia los medios de comunicación masivos”³³
“*La Salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez*”. Si bien esta definición ha dado lugar a múltiples debates, considera aspectos subjetivos del ser humano, pudiendo pensarse en una intención de apuntar a la búsqueda de felicidad. Otros autores manifiestan aspectos críticos de la misma considerándola utópica, estática y subjetiva. Haciendo referencia al término de “cosmogonia” el mismo es muy gráfico para presentar el concepto de Salud, cada individuo vive de forma diferente su realidad, aunque compartan la misma situación, no existen dos personas que la vivencien de la misma manera, pesará en cada individuo su historia personal, su mundo simbólico, sus aprendizajes, su identidad, entre otros. La salud es un valor básico para las personas, por lo tanto es fundamental para su desarrollo. Es por ello que podemos encontrar otras definiciones que amplían el concepto del proceso Salud Enfermedad, aportando una visión más sociológica al contemplar la relación del individuo con el medio. Según Salleras San Martín 1985:17 “*el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad*” Según H.Villar 2009:33 “*La salud como categoría biológica y social constituye una unidad dialéctica resultado de la interpretación de los individuos con su medio, condiciona niveles de bienestar y permite a los individuos y a los grupos el cumplimiento de su rol social y está condicionada a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad, constituye un derecho y un inestimable bien social*”. Según S.Allende en la (III REUNION ESPECIAL DE MINISTROS DE SALUD DE LAS AMERICAS Santiago, Chile 2 a 9 octubre de 1972 : 21) “*La Salud es un proceso dialéctico- biológico y social, producto de la interrelación del hombre con el medio, influido por los medios de producción y que se expresa en niveles de bienestar y eficiencia física, mental y social*”.

Luego de esta breve reseña, acordamos con Marie José Devillard cuando manifiesta que hablar de Salud es hablar de vida. Y al igual que F. Ferrara entendemos que la Salud se expresa cuando el hombre se enfrenta a los conflictos y luchando logra resolverlos. De esta manera la Salud correspondería al estado de optimismo y vitalidad que surge de la solución de los conflictos (físicos, mentales, sociales). Para este autor, el bloqueo y la imposibilidad de resolverlos, es lo que define la patología.³⁴ De la Declaración de Alma Ata interesa resaltar algunos aspectos que modifican sustancialmente la forma tradicional de encarar la salud .En primer lugar, la estrategia se orienta a revertir el peso dado a los recursos sanitarios ,desplazándolos hacia la promoción y prevención (coherente con la concepción de Salud como capacidad de actuar). Implicarían que las personas pasen

³³ Barrenechea C; Menoni T; et al. Actualización en Salud Comunitaria y Familiar: Herramientas metodológicas para el trabajo en el primer nivel de Atención 2009, Fac. de Enfermería, Dep. de Enfermería Comunitaria, Comisión Sectorial de Educación Permanente, UdelaR. Montevideo, Uruguay. Pag.17

³⁴ Ferrara F. Teoría Social y Salud”. Catálogo Editorial. Buenos Aires 1985.

de ser receptoras a ser generadoras de salud. Para esto se pone un fuerte énfasis en la educación sobre los procesos Salud -Enfermedad y sobre los múltiples factores que inciden en éstos. Por último, y quizá como aspecto central, la APS requiere de la participación de la Comunidad.³⁵ La estrategia de APS incluye acciones de promoción, prevención, asistencia, y rehabilitación pero se insiste en que la educación es básica para que la prevención y la participación sean efectivas y factibles. Tiene un papel fundamental en la estrategia dentro de la consulta si efectivamente queremos estimular el autocuidado y la participación activa del usuario valorando los conocimientos de las personas, estimulando la creatividad y realizando un intercambio de ideas. Esta relación de intercambio técnico – usuario debe apostar a una experiencia humana e integral con fuerte convicción de que debe generarse una relación de respeto hacia el usuario y familia, su derecho a estar informado y decidir sobre su Salud acordando por ejemplo la elección de su tratamiento. En nuestro país como en el resto de América Latina existe una fuerte sobrevaloración y jerarquización hacia el médico – técnico que de alguna manera reproduce y refuerza en el usuario y la población en general actitudes de desvalorización e impotencia aunque estas asuman formas paternalistas. Se hace imprescindible establecer una relación horizontal donde ambos polos podamos aprender mutuamente fomentando la práctica de la participación activa, por la de reproducir el modelo hegemónico. La primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud reunida en Ottawa emite una carta dirigida a la consecución del objetivo “*Salud para Todos en el año 2000*”. (Ottawa, Canadá; 21 de noviembre de 1986.). La misma surge como respuesta a la necesidad de buscar un nuevo acercamiento a los múltiples problemas de Salud que aún hoy exigen solución en todas partes del mundo. En la mencionada carta, se plantea compartir la responsabilidad de la promoción de la Salud entre las instituciones, la comunidad, las personas y el gobierno; con la necesidad del compromiso y la solidaridad de todos los actores, como bien lo define Mario Testa “una militancia socio-política”. Plantea la Promoción de la Salud como un proceso donde los individuos se capacitan para alcanzar un mayor “control” de su Salud; identificando y realizando acciones para el logro de la misma y siendo capaces de esta manera de modificar su entorno. Las definiciones, concepciones y acciones que se manejan en la actualidad son muy variadas, respondiendo en muchos casos a intereses económicos que dejan de lado la salud de la población como bien social y prioritario. Entendemos que el Proceso Salud - Enfermedad es un constructo del que somos parte, que influenciamos y nos influencia y que marca nuestras acciones. Somos responsables, como profesionales de la Salud , según Ratzinger. (1995, pp. 36-37) de funcionar desde una postura ética que promueva mejorar la calidad de vida de la gente a través de valores como la dignidad, la solidaridad, la libertad. Muchas veces, nuestras prácticas responden a modelos producidos en los países desarrollados, desvalorizando en

³⁵ Declaración de Alma-Ata. Salud Pública Educ Salud 2002; 2(1):22-24.

alguna medida nuestros procesos formativos, intelectuales y de campo. Creemos que es importante tener presente que nuestras realidades están marcadas por historias y valores propios que seguramente mejor se adecuan a las necesidades de nuestra población, donde nuestras relaciones no siempre están bien definidas, y donde en una misma acción muchas veces jugamos varios roles. Sucede algunas veces que en un mismo equipo de salud se tienen distintas concepciones que se ponen de manifiesto en la práctica. Está el técnico que visualiza al “usuario” como un mero receptor del diagnóstico que el profesional emite, como también aquellos profesionales que escuchan con interés el discurso del consultante, entendiendo que es este último el mayor conocedor de su Proceso de Salud – Enfermedad. En el modelo antropológico, que describe Menéndez E. L. 1988 Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires:451- 464. plantea que el vínculo usuario-técnico es mas horizontal, la concepción de Salud es integral y se promueve la atención interdisciplinaria, apostando a la investigación e integración de saberes populares. Entender que el saber es poder permite deducir que si el único saber valorado es el académico disciplinar, los usuarios, pacientes o consultantes, están desposeídos de saber, por tanto también de poder. Cabe aclarar que el modelo de atención médico hegemónico, es una construcción de la que todos formamos parte y tiene asidero en el imaginario social. Entender a la salud como derecho natural y social, es trascender el concepto de cuidado del funcionamiento biológico- individual, para introducirnos en la relación de los individuos entre sí, y con el medio; desde la antigüedad han preocupado las causas, condiciones o circunstancias que determinan la salud, conociéndose a partir de los años 70 como “determinantes”; los cuales intentan explicar la producción o pérdida de salud y sus determinantes. Entre los modelos clásicos, toma especial relevancia el modelo holístico de Laframbroise (1973), desarrollado por Marc Lalonde (1974). El mismo lo desarrolla a través de cuatro grandes grupos de determinantes: Estilos de vida y conductas de salud, Biología humana, Medio ambiente, y Sistema de asistencia sanitaria.³⁶ Algunos autores como Reyes Álvarez y col (1996) identifican la década de los 50 donde se inicia la preocupación por el tema, donde la participación tenía un enfoque asociado a la transferencia de nuevas tecnologías la gente se organizaba alrededor de programas y acciones ya decididas en otros ámbitos. El cambio de paradigma que Menéndez E L 1988 Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires:451- 464 señala favoreció algunos conceptos en el marco de la Salud Pública siendo la participación uno de los más analizados; la década de los 60 constituye un punto de inflexión en el concepto de participación apartándose de cierto paternalismo de organizaciones internacionales como

³⁶ Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Oliva López A, Escudero J y Dary Carmona L. Medicina Social (www.medicinasocial.info) volumen 3, número 4, noviembre 2008

la ONU, OIT, OMS, para pensar la participación como derecho y responsabilidad ciudadana. A mediados de los 70, Naciones Unidas se refiere al desarrollo y participación en estos términos: *“desarrollo no significa sólo crecimiento económico con finalidad restringida al aumento cuantitativo de la producción; el verdadero desarrollo social, y para esto, se necesita redistribuir los ingresos nacionales y ampliar la participación de todos los sectores de la población”* (XI Conferencia Regional de la FAO para América Latina, Venezuela 1970). A fines del siglo XX se comienza a considerar el ámbito local, como el espacio más apropiado para la participación de la gente. Las intervenciones se realizan en los espacios donde vive la gente, donde tienen lugar las interrelaciones a escala humana. Cuando se construye un modelo de salud respetando los valores culturales y sociales, se debe contemplar y aceptar decidir con la gente. En 1978, en la declaración de Alma Ata se formalizó la definición de la participación de la comunidad en salud y lo que ella implica. *“...proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario (...). Para ello han de comprender que no tienen porque aceptar soluciones convencionales inadecuadas, sino que pueden improvisar e innovar para hallar soluciones convenientes. Han de calcular cual puede ser su propia aportación. Ahora bien, así como la comunidad puede estar dispuesta a aprender, el sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, así como de dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas de las aptitudes y propuestas y de sus costos relativos”*. (Declaración de Alma Ata)³⁷ La declaración de Alma Ata permite distinguir dos acepciones del concepto de participación. Por un lado, como acción o capacidad individual se asocia al autocuidado, al conocimiento y actitudes que implican que las personas puedan tomar la salud en sus manos a la vez de poder conocer, exigir y controlar el derecho a la salud, a los servicios necesarios y la calidad de los mismos. Una segunda acepción que asocia la participación a una acción colectiva con el fin de satisfacer necesidades o presentar demandas que individualmente no pueden ser satisfechas. Si se trabaja con la estrategia de Atención Primaria en Salud, es imprescindible promover y desarrollar la participación. En relación a esta como herramienta en el área de la salud se pueden identificar por lo menos 3 meta acuerdos: 1-Incide en la eficiencia de los programas, y por lo tanto contribuye a su éxito. 2-Tiene efectos en el desarrollo de las potencialidades autogestoras de la comunidad, o en la pérdida de capital social si la experiencia fracasa. 3-Incide en las condiciones de salud de la población.

Un elemento no siempre discriminado en las conceptualizaciones manejadas es la equiparación entre los conceptos de participación en el sistema de salud o en el sistema de atención de salud.

³⁷ Como se cita en Participación social en los programas locales de salud. Programas de desarrollo de servicios de salud. Serie de desarrollo de servicios de Salud. Washington 1988 en Reyes Alvarez y col.

2.3.2 Participación y Consulta de Enfermería.

Los cambios producidos a lo largo de estos años en lo político, económico y social han llevado a que el colectivo de Enfermería se constituya en una piedra angular para la puesta en marcha de este nuevo SNIS, generando iniciativas y experiencias novedosas con la reducción del riesgo, a través de la promoción de la Salud, prácticas para el autocuidado, estimular las fortalezas y prevenir la enfermedad. Es en este contexto que se establece la Consulta de Enfermería (CE), como modalidad para gestionar el cuidado, definido el mismo como una acción terapéutica, interpersonal, única, contextual y dimensional, cuyos resultados se traducen en crecimiento para la persona cuidada y el cuidador, puesto que cuidar es ir más allá de los actos de observar y mirar.¹⁰ La misma se desarrolla a través de un conjunto de acciones permitiendo el análisis, interpretación, planificación y evaluación del cuidado enfermero. Además de posibilitar una relación formal educativa para promocionar la Salud a través de hábitos saludables, prevención de la enfermedad y factores de riesgos. El desarrollo de la CE se hace con una visión holística, es vivir la situación de las personas, sentir sus necesidades apremiantes y concienciar al grupo familiar en la búsqueda de soluciones sus inquietudes, valorizando su contexto, los determinantes sociales así como la subjetividad del Proceso Salud - Enfermedad.³⁸ Ese cuidado se compone de la relación entre dos personas donde hay crecimiento y desarrollo; correspondiendo a las enfermeras promocionar, mantener y conservar la Salud del colectivo, dar respuesta a la necesidad social a través de servicios de calidad garantizando la accesibilidad para toda la población que así lo solicite. Como menciona H Peplau (1992:64) Cuidado enfermero “es un proceso interpersonal terapéutico, entre una persona que tiene necesidad de ayuda y una enfermería capaz de responder a la necesidad de ayuda, la utilización terapéutica de sus conocimientos y de su propia persona lleva a la enfermera a practicar el arte enfermero”.³⁹ S Melia (2012 :1-3) apoya esta teoría diciendo que “*la herramienta central del cuidado es el vínculo*”. JL Medina (1999:37) sostiene “cuidar es prestar una especial consideración a la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad... se trata de valorar a la persona en términos de humanidad centrándose en sus necesidades y en un cuidado comprensivo y sensible... satisfaciendo la necesidad humana de estima a través de la manifestación del compromiso y el interés por cuidar.” Tradicionalmente los usuarios de los servicios de salud, en el Primer Nivel de Atención, reconocen a el /la Enfermero/a como “hacedor/a de procedimientos”, con actividades asistenciales clásicas como por ejemplo control de presión arterial, medición de talla, peso, administración de inyectables, curaciones, además de actividades educativas, coordinaciones (éstas últimas quizá no relacionadas directamente con el

³⁸ Antero Souza Machado MF, Francenely Cunha Vieira N. Educación en Salud: perspectiva del equipo de salud de la familia y la participación del usuario. Rev Latino-Am. Enfermagem 2009. Marzo-abril.17 (2).

³⁹ Peplau HE Relaciones Interpersonales en Enfermería. Ed Masson. Salvat Enfermería. Barcelona.1990

“cuidado” de la salud). Según el Comité de Enfermería Comunitaria del Colegio de Enfermeras del Uruguay la Licenciada en Enfermería Comunitaria *“Desarrolla actividades de cuidados de salud en un ámbito geográfico definido, en equipo interdisciplinario e intersectorial que permita atender la diversidad de situaciones socio epidemiológicas, culturales, económicas y ambientales que condicionan y determinan los procesos de salud-enfermedad”* ⁴⁰ A nivel de Centro de Salud y en la atención de los adultos, el/la enfermero/a se integra al equipo de salud desempeñando funciones en el desarrollo de Programas, según características y necesidades priorizadas, aplicando el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en los diversos lugares donde las personas se encuentren (hogares, centros educativos, laborales, grupos, y organizaciones comunitarias). La modalidad de trabajo se sustenta en la Consulta de Enfermería, la Visita Domiciliaria, el trabajo individual o grupal a través de acciones como:

- Control periódico de salud en el individuo sano.
- Control y seguimiento de individuos con patología aguda o crónica.
- Atención de enfermería a grupos (promoción de hábitos saludables, orientación de las familias y grupos de riesgo en la identificación y resolución de problemas específicos).

Desarrolla actividades educativas y educación para la salud (a nivel interdisciplinario e intersectorial, con la participación de los usuarios), promocionando la participación entendida como empoderamiento, construcción ciudadana, usuario como sujeto de derecho. Coordinaciones y trabajo desde la consulta en conjunto con organizaciones barriales, sociales, educativas, de acuerdo a las necesidades planteadas. En esta perspectiva el proceso enfermero se convierte en un instrumento para descubrir, elucidar y posteriormente planificar y evaluar la asistencia. Toma en cuenta al ser humano como un sistema abierto, donde cada uno de sus elementos son esenciales; esto lo sustenta Betty Neuman (enfermera comunitaria y psicóloga clínica), en su Modelo de los Sistemas, cuando describen que “la vida se caracteriza por una interacción constante entre el equilibrio y el desequilibrio dentro del organismo, y que la enfermería en la prevención primaria trata de contrarrestar los factores estresantes del entorno que puedan ser perjudiciales antes de que aparezca la enfermedad”. ⁴¹ Es por ello que las intervenciones de enfermería basadas en el conocimiento y juicio clínico favorecerán el resultado esperado en la CE, dando asistencia a la población sana, con experiencia de Salud y Enfermedad, o a personas de bajo riesgo, catalogados por la mayoría del equipo de Salud como “sanos”, quienes sin embargo presentan ciertas condiciones que pudieran ponerlo en riesgo de enfermar, valorando los hábitos o las actividades de la vida diaria. Permite realizar diagnóstico enfermero, constituyéndose este en la base de las acciones y el plan de cuidados que ayuda a resolver

⁴⁰ Colegio de enfermeras del Uruguay (CEDU), Comité de Enfermería Comunitaria. Competencias de la Licenciada en Enfermería Comunitaria. Material no editado.

⁴¹ Marriner, A. y Raile, M. Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid: Edit. Harcourt Brace 4ª Edición.1999:31

los problemas detectados y se realiza en conjunto con la persona cuidada y su grupo familiar actuando la enfermera como mediadora. Una asistencia de la persona desde la perspectiva de la valoración intra y extramural, donde la acción se expande hacia el hogar y la familia. Es comprender acerca de los factores que rodean e interactúan con la persona, familia y comunidad, proporciona una visión amplia de la experiencia de Salud existente, adecuando los planes de cuidado y educativos de acuerdo a las respuestas humanas y las necesidades reales y sentidas, así como la planificación de las intervenciones desde la gente, para la gente, y con la gente. En esta perspectiva, la CE rompe con el paradigma del cuidado centrado en la enfermedad y la muerte, donde se proporciona atención fragmentada, perdiéndose oportunidades en la asistencia a las personas de bajo riesgo o enfermedades crónicas y en experiencias de Salud, lo cual era uno de los factores de deserción de las personas a sus controles rutinarios para el mantenimiento y conservación de la Salud. Esta consulta facilita dar cuidados ubicando a las persona en el sistema educativo y apoyo, según Dorothea Orem. Asimismo, conocer desde la realidad de las personas la fuente de sus necesidades de cuidados y/ o situaciones de Salud, los riesgos a los que están expuestos y la interacción con su ambiente personal, familiar y comunitario, para inculcarles la responsabilidad de su propia Salud y ofreciéndole los elementos necesarios para alcanzarla.⁴² En países desarrollados, como es el caso de España, la CE se realiza como estrategia en la APS y de apoyo a la atención domiciliaria de las personas. Además se aplica a las diversas necesidades que presenten los usuarios como complemento a sus tratamientos.^{43 44} En estos momentos cuando surge un proceso de ruptura de tradiciones y paradigmas políticos y sociales, donde la comunidad tiene un rol protagónico e importante en las decisiones de cualquier índole referidas a su entorno, consideramos que cobran vigencia todos los conceptos que parten de la Salud desde el ser humano y de principios que desde diferentes racionalidades, interpretaciones y posiciones conceptuales han venido siendo aceptados en convenciones internacionales como la Trigésima Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, La Carta de Ottawa 1986, la Declaración de Cumbre de Río de Janeiro, así como la Declaración de Yakarta y La Estrategia Global de Salud para todos en el año 2000, se analizaron las propuestas de políticas de Salud para conseguir el objetivo establecido. Se procura que la gente de todos los países tengan al menos un nivel de salud productivo y participe activamente en la vida de la comunidad en la que vive.⁴⁵

⁴² Salazar Molina A, Valenzuela Suazo S. Teoría de Orem aplicada a intervenciones durante embarazo y climaterio. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 jul-ago; 62(4): 613-9.

⁴³ López, M. (2002), Atención domiciliaria y enfermería: Análisis del perfil socio-sanitario del paciente que recibe visita domiciliaria como consulta de enfermería desde atención primaria. Trabajo de investigación. [On-line]. Disponible en www.enfevalencia.org/ei/

⁴⁴ Mas Server, M. (2004) Gestión De Una Consulta De Enfermería Neurológica Orientada Al Paciente. Trabajo de investigación [On-line]. Disponible en www.enfevalencia.org/ei/

⁴⁵ Mazarrasa, L y Cols. (2003) Salud Pública y Enfermería Comunitaria. (2º ed.) Madrid: Edit. McGraw – Hill Interamericana. Vol. I, II y III

El enfoque integral de la persona, familia, entorno comunitario y la relación con el equipo de Salud debe servir para reforzar las actividades de promoción de la Salud y permitirnos aproximarnos a la prevención clínica. Esto implica aspectos éticos, respeto a la autonomía del individuo, la intervención preventiva no puede ser una decisión unilateral de algunos servicios de Salud, tendremos mayores probabilidades de éxito en una decisión conjunta, promoviendo los factores protectores de vida con actividades, hábitos y comportamientos saludables. La situación de cuidar no es abstracta, es concreta, enlazada en el contexto donde se desarrolla la vida. Cuidar es la esencia de Enfermería, es su participación con la persona, es la determinación del sentido único que para él tiene la Salud, la enfermedad y la muerte. Es fundamental re-significar y reconstruir el cuidado en la cotidianidad de la práctica, solo así tendrá una verdadera expresión en su quehacer. Los cuidados proporcionados por las enfermeras en la CE permiten el seguimiento de casos desde el ámbito clínico hasta las acciones en la comunidad y en el hogar.

El término CE ha sido utilizado de diversas formas en función de su aplicación a diferentes actividades profesionales. Son varios los autores que han definido la Consulta de Enfermería, pero podríamos destacar dos definiciones: "Un proceso que engloba una serie de actividades para ayudar al cliente a percibir, comprender y actuar ante los eventos que ocurren en el medio ambiente del cliente" (Egan 1975: *The Skilled Helper: A Systematic Approach to Effective Helping*. Pacific Grove CA, Brooks/Cole). Una vía de interacción en el proceso de buscar, facilitar y recibir ayuda" (Lippit/Lippit 1978).⁴⁶ La CE es por tanto una interacción profesional entre el usuario- familia y la enfermera. La labor de la enfermera se centra en la ayuda al individuo, al grupo familiar y a la comunidad; a realizar autocuidados de Salud, del nacimiento a la muerte y mediante un proceso de interacción específico y terapéutico. El denominador común de todas las definiciones es que se da un proceso de relación entre el usuario- familia y el profesional con el fin de resolver el problema actual del usuario; y este hecho se produce mediante una entrevista cara a cara; la cual requiere que el profesional cuente con una serie de competencias comunicacionales que le permitan conocer tanto las perspectivas del paciente con respecto a su Proceso Salud -Enfermedad como las posibilidades de involucrarlo activamente.⁴⁷ Esta entrevista se puede dar en el despacho del profesional o en el domicilio del paciente, y debiera utilizarse la palabra despacho para describir el espacio físico donde se produce la entrevista, mientras que la palabra "consulta" se debería reservar para el proceso de entrevista y relación con el usuario, es decir a la atención directa que presta la enfermera a la persona. En el PNA los problemas que se atienden cubren todas las situaciones de Salud que se dan en el ser

⁴⁶ Rigol Cuadra, A; Lluch Canut, T; Ugalde Apalategui, M. Consulta de enfermería en Salud Mental. Revista ROL de Enfermería. 1989;125:17-20

⁴⁷ Silva MG. Da. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpersonal – a percepção do cliente. Rev.latino-am.enfermagem,Ribeirão Preto,v6,n1,p. 27-31, Janeiro 1998.

humano, desde la Salud óptima, hasta situaciones como enfermedades agudas, crónicas, degenerativas o terminales. Los mismos se prestan en la mayoría de los casos en un sistema de apoyo-educativo, donde como dice Orem "el usuario es capaz de realizar o puede o debería aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado".(Salazar Molina A, Valenzuela Suazo S. Teoría de Orem aplicada a intervenciones durante embarazo y climaterio. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 julio; 62(4): 613-9.) La CE en los servicios permite caracterizar y categorizar al usuario, priorizar los tiempos de atención por grupo de riesgo, aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), identificar la red familiar y social, e incluirlo en el proceso de cuidado de la Salud, disminuir los costos operativos priorizando programas de prevención, y dar continuidad a las acciones iniciadas con una óptica integrada e integral. En cualquier caso el objetivo de la CE es hacer responsable al individuo de su propia Salud, ofreciéndole mecanismos y recursos que le permitan manejarla con eficacia. La entrevista debe estar basada en el paciente respetando prejuicios, creencias, valores y expectativas, tomando en cuenta sus conocimientos, su manifestación simbólica de su proceso cognitivo y racional; pensando que el paciente no está obligado a aceptar las recomendaciones de los técnicos.^{48 49} Consideramos que la opinión del usuario en la toma de decisiones clínicas es una problemática emergente de mucho interés en la atención sanitaria de nuestros días. El Modelo elegido debe ser el de la toma de decisiones compartidas; considerando al usuario como un ciudadano con plenos derechos sobre su Salud. Es importante reflexionar que un paciente que está poco informado y prácticamente no toma parte en su cuidado, pudiera estar menos preparado para llevar a cabo los planes de tratamiento de manejo de su enfermedad. Estudios realizados con pacientes crónicos y agudos han demostrado que adoptar un estilo participativo mejora los resultados subjetivos, físicos y funcionales con respecto a su Salud; al mismo tiempo que se demostró que los pacientes desearon tener un rol más activo, sin producir aumento en los tiempos de la Consulta Médica.^{50 51 52} Los enfermeros que tienen una opinión favorable de sus pacientes como sujetos potencialmente capaces, tienen más probabilidades de permitir a los pacientes trabajar con ellos y, tal vez, tomar la iniciativa en algunas actividades de toma de decisiones. En situaciones como las que a menudo se encuentran en APS, donde los pacientes acuden con gran cantidad de problemas y síntomas indiferenciados, la

⁴⁸ Alarcón AM, Vidal A, Neira Rozas J. Salud Intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Med Chile. 2003;131: 1061-1065.

⁴⁹ Tavares Machado M, Mesquita Leitão G, Xavier de Holanda F. El concepto de acción comunicativa: una contribución para la consulta de enfermería. Rev Latino-Am. Enfermagem 2005. Setembro- outubro.13 (5):723-8.

⁵⁰ Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE Jr, Yano EM, Frank HJ. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. J Gen Intern Med. 1988 Sep-Oct;3(5):448-57.

⁵¹ Greenfield S, Kaplan S, Ware JE Jr: Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcome. Ann Intern Med. 1985 Apr;102(4):520-8.

⁵² Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care. 1989 Mar;27(3 Suppl):S110-27.

inclusión del reconocimiento y la clarificación de los problemas como parte de la toma de decisiones, hace que sea más fácil ver la participación del paciente como una cuestión pertinente. Este modelo se retroalimenta con las experiencias previas, de modo que un paciente que haya tenido un alto nivel de satisfacción en una visita acudirá a la siguiente consulta con más expectativas y confianza. Concibiendo la percepción del usuario como la “sensibilidad” que este posee y que construye a lo largo de su historia de vida. El núcleo de estudio, y pretensión, que tiene este trabajo, podría considerarse que es conocer la realidad de la CE actual, para contribuir a visualizar la participación del usuario en la toma de decisiones clínicas, y que sea una cultura aplicada a todas las intervenciones sanitarias.

2.3.3 Participación y sujeto- familia.

Se han descrito distintas aproximaciones teóricas basadas en los roles que asume cada individuo. En 1951, el sociólogo Talcott Parsons describía el rol del paciente como pasivo. Con posterioridad Szasz y Hollender determinaron tipos de relación: activo-pasiva (el médico tiene toda la autoridad), consejo-cooperación (el médico es algo directivo y el paciente coopera) y participación-mutua (colaboración activa entre médico y paciente en la que los pacientes asumen más responsabilidades en su cuidado). Este último tipo de relación fue promovida por el movimiento *consumer* (consumidor) de la década de los 60 y 70. En 1992, Emanuel y Emanuel plantearon los tipos de relación como: paternalista, deliberativa, interpretativa e informativa⁵³ Diferentes estudios descriptivos realizados en España muestran cómo los médicos utilizan estilos paternalistas y prescriptivos, sin explorar las emociones de los pacientes y los aspectos psicosociales. Por otra parte, los Servicios Sanitarios están propugnando una mayor capacitación de los pacientes y una implicación más activa en lo que respecta a su Salud, con la suposición de que esto mejorará sus niveles de Salud y reducirá los costes sanitarios. El modelo que implica que el técnico considere a cada paciente como un ser único, con una actitud de escucha activa abierta hacia la expresión de sus sentimientos y una respuesta a sus miedos, percepciones y expectativas: puede lograr que éste perciba que ha encontrado puntos comunes con su enfermero, que sus molestias y preocupaciones han sido evaluadas y que la experiencia de su enfermedad ha sido explorada.⁵⁴ La participación del usuario en la toma de decisiones representa en la actualidad en la práctica clínica un pilar fundamental del principio ético de autonomía. Sin embargo, no existe una definición precisa y clara sobre lo que se entiende por participación de los pacientes en la consulta y tampoco se han desarrollado herramientas adecuadas para observar el fenómeno. Existen aún pocos estudios sobre su eficacia y las opiniones de los pacientes sobre su

⁵³ Martínez Urionabarrenetxea K. Hacia un nuevo modelo de relación clínica. SEMERGEN. 2001; 27: 291-296.

⁵⁴ Blancafort S. ¿Qué esperan los pacientes de los profesionales sanitarios? *Enferm Clin.* 2006;16(1): 1-2.

deseo de participación en las mismas, aunque se saben por otros estudios que no son unánimes.^{55 56} Por ejemplo, en encuestas dirigidas a la población general, Levinson *et al* encontraron que el 52% de los que respondían preferían dejar la decisión final al médico. Similares resultados obtuvieron Delgado *et al* y Coulter y Jenkinson, donde esta cifra se situaba entre el 60 y el 68%. Además, hasta la fecha las investigaciones muestran que los resultados de Salud en aquellos que desean y participan en las decisiones están todavía limitados a aspectos conductuales o de satisfacción.^{57 58} La participación de los pacientes en el proceso de la toma de decisiones en la práctica clínica está, entre otras cuestiones, influida por el posicionamiento ideológico y ético del profesional que hace hincapié en el principio de autonomía del paciente.⁵⁹ En el momento actual se están produciendo cambios en este sentido, sobre todo en las sociedades occidentales, donde muchos pacientes desean tomar parte activa en las decisiones que directamente les competen, especialmente las que se relacionan con su Salud. La participación de los usuarios en los Servicios de Salud es un tema que se debe tener en cuenta a la hora de planificar las estrategias organizativas a llevarse a cabo, máxime cuando el escenario es el PNA. Como cita Dibarboure “no se percibe como necesario detenerse en lo que al fin es considerado como una nimiedad: la organización de los servicios de atención a la salud adecuados a programas de Atención Primaria”⁶⁰ A nivel teórico es un pilar fundamental de la reforma sanitaria y concretamente de la Atención Primaria en Salud. La participación social en Salud se define de acuerdo a múltiples dimensiones con diversos actores sociales y contextos sociopolíticos. La declaración de Alma-Ata definió a la participación social como una estrategia para garantizar que los servicios de atención primaria brinden soluciones a los problemas de salud de la población.⁷ La enfermería es una disciplina cuyo objetivo primordial es el cuidado del individuo, la familia, su entorno, su comunidad. Un modelo donde la participación es un eslabón primordial para ir construyendo en conjunto el autocuidado y por ende la independencia del individuo y su familia; un trabajo donde todos los actores deben estar comprometidos y donde las relaciones se planteen en un plano de horizontalidad. En este sentido podría interpretarse que los enfermeros que están motivados y estimulan la participación del usuario, logran una implicación mucho más activa de éste, que

⁵⁵ Ruiz Moral R, et al. Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia. *Aten Primaria* 2011. doi: 10.1016/j.aprim.2010.12.011

⁵⁶ Ruiz-Moral R, Gavilán-Moral E, Pérula de Torres LA, Jaramillo-Martín I. ¿Cuáles son las expectativas de los pacientes cuando acuden a una consulta de atención primaria y qué piensan los médicos de ellas?. *Rev Calidad Asistencial*. 2008;23(2):45-51.

⁵⁷ Levison W, Kao A, Kuby A, Thisted R. Not All Patients Want to Participate in Decision Making. *J Ger Intern Med*. 2005;20;531-535.

⁵⁸ Delgado A, López-Fernández LA, Luna J, Saletti Cuestas L, Gil Garrido n, Puga González A. Expectativa de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud. *Gac Sanit* 2010;24(1): 66-71.

⁵⁹ Ruiz Moral R, Alba Dios A, Dios Guerra C, Jiménez Garcia C, González Neubauer V, Pérula de Torres L, et al. Preferencia, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería en los centros de salud. *Enferm Clín*, 2011;21(3): 136-142.

⁶⁰ Dibarboure H. *Historias*. Oficina del Libro. Montevideo 1996 p17.

aquellos que recitan un menú de opciones de forma mecánica. En las últimas décadas se está replanteando el papel que desempeña el usuario en los sistemas sanitarios, tanto desde un punto de vista legal como social. Este fenómeno está llevando a una mayor implicación del usuario en la toma de decisiones. Esta circunstancia se ve reflejada en distintos ámbitos donde el usuario/consumidor ha pasado de ser un mero espectador a convertirse en el protagonista de su propia Salud.^{61 62} Se han propuesto diferentes modelos conceptuales sobre la participación sin que existan escalas validadas para su medición. Centrándose en la importancia del punto de vista de los enfermeros y de su relación con el usuario.⁶³

2.3.4 Modalidades de participación en la práctica.

Por su complejidad la participación debe ser analizada desde las diferentes modalidades que adopta en la práctica, tomando en cuenta, cantidad de actores que participan, los escenarios posibles, los niveles y los grados. Es por ello que se hace necesario responder a qué tipo de participación se hace referencia, existiendo tres niveles de participación, según M Robirosa; G Cardarelli y A Lapalma (Buenos Aires 1990) que implican un grado de compromiso diferente, partiendo de una más restrictiva a una más amplia, y ellas son:

Información: debe ser la necesaria en cantidad y calidad; quien participa debe estar en condiciones de evaluar la información que maneja.

Una buena comunicación permite que exista un encuentro auténtico entre las personas, evitando los malos entendidos y las suposiciones y facilitando el intercambio de experiencias y de conocimientos. Si todas las personas tienen la misma información al mismo tiempo, se evitan conflictos. Opinión: corresponde a un nivel más complejo y supone un nivel de participación más amplio que la informativa. El objetivo de la opinión podrá ser la modificación de decisiones o de acciones. En este último caso la opinión alimentará la certeza de los riesgos a que están expuestos aquellos que deben decidir. La opinión tiene relación con la información en la medida en que esta última sea adecuada y oportuna.

Toma de decisiones: presupone, además de la adecuada y oportuna información, el reconocimiento de acuerdos, de diferencias y de mecanismos adecuados de discusión y de toma de decisiones. Si se toman decisiones sin que todos den su opinión (ya sea por falta de consulta o de interés de alguno/s de los participantes). Esto genera problemas, es que cuando se toma la decisión, los que no han participado en ella tienden a resistirse y a criticarla.

⁶¹ Palacio Lapuente F, Silvestre Busto C. Participación del paciente como estrategia de mejora de la calidad. *Aten Primaria*. 2006;38(8): 461-4.

⁶² Prados Torres D, Leiva Fernández F. Incertidumbre en Medicina de Familia y toma de decisiones compartida con el paciente. *Aten Primaria*. 2006;38(10):531-4.

⁶³ Kiesler DJ, Auerbach SM. Optimal matches of patient preference for information, decision-making and interpersonal behavior: Evidence, models and interventions. *Patient Education and Counseling* 61 (2006) 319-341.

Para estos autores participar significa tomar parte de algo con otros, significa repartir o entrar activamente en la distribución (de responsabilidades, compromisos), significa comprometerse. Donde la participación integra tres aspectos:

- formar parte, en el sentido de pertenecer, ser integrante;
- tener parte (asumir un rol) en el desempeño de las acciones determinadas;
- tomar parte, entendida como influir a partir de la acción.

Aspectos que, respectivamente, hacen referencia a: la pertenencia, la cooperación y la pertinencia.

Victor Giorgi define la participación “como un derecho que se efectiviza básicamente como un proceso comunicativo, organizativo y de aprendizaje en el cual se reconocen tres momentos y un conjunto de condiciones (Giorgi, V. 2009 : 10). (...) La participación puede verse “como derecho y como proceso. La participación como derecho civil y político. La participación como proceso envuelve una labor educativa, persistente basada en la motivación, y en la capacidad de fortalecer las competencias”. (Giorgi, V. Montevideo, 2010 : 10). Victor Giorgi propone tres momentos que deben ser respetados para que los procesos de participación sean auténticos:

Recibir información: entendido como derecho en sí mismo y como condición para la participación.

Para que ésta sea garantizada en un sentido auténtico, la fuente de información debe ser accesible, comprensible de buena calidad de modo tal de permitir su apropiación. Sus contenidos deben abordar el tema en cuestión y también los encuadres, marcos institucionales, objetivos, alcances y limitaciones de las propuestas. Construcción y reconocimiento de la opinión propia: Tanto las opiniones individuales como colectivas se construyen a través de la reflexión, discusión, el intercambio, la síntesis, la reproblematicación.

Sin opinión propia la comunicación se vacía y no puede hablarse de participación. Expresión y Escucha: La libertad de expresión requiere espacios respetuosos. Para que la expresión se concrete es necesario que exista la escucha, que debe ser respetuosa y receptiva. Escuchar implica la voluntad de decodificar el mensaje y tomarlo en cuenta en el momento de tomar decisiones.

Giorgi también menciona cinco condiciones sin las cuales no podemos hablar de procesos participativos: Clima participativo; vínculo; encuentro; oportunidad y aprendizajes significativos. Según este autor, “los momentos y elementos necesarios para generar un proceso participativo se entrecruzan con los grados de incidencia: Consultiva: cuando se recogen opiniones pero estas no se vinculan con la posterior toma de decisiones. Colaborativa: cuando las decisiones se toman en conjunto. Iniciativa y compromiso autogenerado: situaciones en que los sujetos se auto convocan y regulan su propia participación. Ésto se da con menor frecuencia” (Giorgi, V. Montevideo, 2010 p 11). Los procesos de participación al ser una forma de ejercicio del poder por parte de la sociedad civil, resultan necesariamente influidos por el contexto socio político de cada país. Es obvio que los países con regímenes

políticos democráticos ofrecen las condiciones necesarias para la participación; sin embargo el contexto democrático por sí mismo no es suficiente para asegurar el desarrollo de estos procesos.

2.4 Marco referencial.

Este trabajo se desarrolla en el Primer Nivel de Atención en la ciudad de Montevideo, en instituciones públicas del SNIS reguladas por el Ministerio de Salud Pública. El Sector Público está conformado por la Red de Atención Primaria (RAP) de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) que forma parte del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud y la Intendencia de Montevideo (IM) a través de su Servicio de Atención a la Salud (SAS) con sus policlínicos, los cuales dependen de la División Salud del Departamento de Desarrollo Social, encontrándose actualmente por fuera de dicho sistema pero considerados como efectores de salud del mismo. Ambos se organizan territorialmente en áreas, Región Oeste, Región Este y Región Centro-Sur. El SAS tiene como cometido contribuir a la construcción de un Sistema de Atención en el Primer Nivel en Montevideo, con desarrollo de una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), brindando atención en sus Policlínicas Municipales, Policlínicas por convenio con Comisiones Barriales y Policlínicos Móviles. Se organiza a través de 21 policlínicos, distribuidos 7 en la Región Este; 8 en la Región Oeste y 6 en la Región Centro-Sur. Cuentan con 18 Licenciadas en Enfermería, algunas de las cuales cumplen funciones de coordinación y gestión, al mismo tiempo que actividades operativas en cada una de las policlínicas, distribuidas en turnos matutino y vespertino. La Red de Atención del Primer Nivel (RAP-ASSE) es la unidad ejecutora de la Administración de los Servicios del Estado, que desde marzo de 2005 organiza y gestiona el primer nivel de atención en la ciudad de Montevideo. En el marco del compromiso institucional con el proceso de Reforma de la Salud, se ha construido y trabajado en los grandes ejes estratégicos del cambio de Modelo de Atención: reorganización de la base territorial, atención por Programas priorizados, política de recursos humanos, participación comunitaria, intersectorialidad e interinstitucionalidad; consolidando un modelo de atención humanizado con enfoque interdisciplinario y con la plena participación de funcionarios y beneficiarios, desde una perspectiva de derechos. Brinda atención integral a los ciudadanos con cobertura formal del MSP, en el primer nivel de atención, con enfoque preventivo y énfasis en la promoción de salud. Contribuye desde el ámbito departamental a la constitución del Sistema Nacional Integrado de Salud de cobertura universal e igualitaria, financiado por un Seguro Nacional sobre bases de solidaridad y justicia social. RAP-ASSE tiene 14 Centros de Salud, más de 100 consultorios y policlínicas barriales distribuidos en el territorio; cuentan con 34 Licenciadas en Enfermería algunas de las cuales cumplen funciones de coordinación al mismo tiempo que actividades operativas, distribuidas en los 14 Centros de Salud, en turnos matutino y vespertino. Los centros seleccionados para este estudio corresponden a quienes desarrollan la Consulta de Enfermería según los criterios de

inclusión planteados. Para ello se realizó primero un relevamiento telefónico, entrevistando a las Licenciadas en Enfermería referente de cada lugar. Encontrando en muchos de ellos la no realización de la CE, o la CE incidental, y en otras situaciones la CE llevada a cabo por otros integrantes del equipo, por auxiliares de enfermería. De acuerdo a lo anteriormente expuesto quedaron seleccionados por la IM la Policlínica Barrio Sur de la Región Este y Policlínica Paso de la Arena de la región Oeste, y por la RAP-ASSE el Centro de Salud Jardines del Hipódromo de la Región Este. **La Policlínica Barrio Sur** realiza en promedio entre 900 y 1100 consultas mensuales donde se encuentran incluidas, pero sin discriminar las realizadas por enfermería, cuentan dentro de sus recursos con 1 Licenciada en Enfermería y un Auxiliar de Enfermería. El perfil de los usuarios atendidos en la policlínica son adultos y adultos mayores de 65 años en su mayoría mujeres, con un nivel socio económico de trabajadores de clase media y clase media baja, no hay indigentes. Todos estos datos fueron proporcionados por la administrativa encargada de realizar las estadísticas. La Consulta se desarrolla en forma grupal enmarcada en el Programa de ODH (Obesos, Hipertensos y Diabéticos) llevada a cabo en equipo interdisciplinario con médico y Lic en Enfermería; la frecuencia de los encuentros es quincenal. **La Policlínica Paso de la Arena** atiende un promedio de 600 consultas mensuales. Cuentan con dos Licenciadas en Enfermería, una de ellas realiza actividades de coordinación, seguimiento de programas y gestión y la otra lleva adelante el programa de vacunación y área operativa. La Consulta se desarrolla en el centro, apoyando los programas de usuarios con patologías crónicas (ODH); la frecuencia de los encuentros es quincenal. El perfil de los usuarios atendidos en la policlínica son adultos y adultos mayores de 65 años en su mayoría mujeres, pero se han priorizado programas de Salud de la Infancia de cara a los objetivos de desarrollo del Milenio para Montevideo porque se está dando un aumento de nacimientos en hogares muy carenciados. El nivel socio económico, donde persiste un bajo porcentaje de usuarios que mantienen por lo menos una necesidad básica insatisfecha, una masa de usuarios de clase media baja y clase media trabajadora en menor porcentaje. Todos estos datos fueron proporcionados por la Coordinadora de la policlínica. Por datos aportados por la Directora del SAS Licenciada Esp. Alicia Guerra y la responsable de la Unidad Central de Información Dra Graciela Salveraglio, Paso de la Arena tiene en el año 2014, 2985 intervenciones de Enfermería, y Barrio Sur 3206 donde se contemplan actividades educativas como talleres en territorio. El **Centro de Salud Jardines del Hipódromo**, ubicado en la Región Este abarca las zonas de Flor de Maroñas, Villa Española, Ituzaingó, Andrés Deus, Jardines del Hipódromo, Málaga, Chacarita de los Padres, 19 de Abril, Bella Italia, Punta de Rieles, Villa Farré, Nueva Esperanza, Villa Española, más de 18 asentamientos irregulares; asiste a un promedio de 128 mil personas, a los que se suman todos los accidentes ocurridos en la ruta que llegan hasta la puerta de urgencias del centro. En lo referente a los usuarios además podemos señalar que un 37.8 % son

menores de 14 años, un 54.4% se encuentra entre los 15 y 64 años y el 7.16 % de los usuarios son adultos mayores (65 años y más) de acuerdo a datos proporcionados por la coordinación del centro. En el área de influencia de Jardines del Hipódromo se encuentran junto a la región oeste de Montevideo los barrios más pobres. En el periodo 2004 – 2006 se produjo un descenso de la pobreza e indigencia en todo Montevideo, siendo en esta área de influencia más acentuado el descenso de la indigencia. Con respecto a los barrios que conforman el área de influencia los más periféricos como Villa García – Manga Rural, Punta de Rieles y Bella Italia son los que presentan mayores porcentajes de pobres e indigentes. Cuentan con cuatro Licenciadas en Enfermería, dos territoriales y dos en el Centro de Salud, una de las enfermeras del centro realiza actividades de coordinación, seguimiento de programas y gestión y la otra lleva adelante el resto de los programas en el área operativa. La Consulta se desarrolla en el centro, apoyando los programas de usuarios con patologías crónicas, en este caso la Unidad de Diabetes, la frecuencia de los encuentros es semanal hasta completar 5 semanas y luego la frecuencia dependerá de la valoración del técnico y la situación del usuario.

Capítulo 3.

Metodología.

3.1 Diseño de la investigación.

El presente estudio es de tipo cualitativo de corte etnográfico focalizado. Se centra en el análisis del discurso de las personas entrevistadas que nos guía a conocer lo que hacen, como se comportan, como actúan, conocer sus creencias, sus valores, motivaciones, percepciones y como estas pueden variar en diferentes momentos y circunstancias. Reconocido como un método de recopilación descriptivo de datos para convertirse en un punto de partida de técnicas de investigación. Vasilachis de Gialdino I. Barcelona España 2006.

3.2 Población y muestra.

3.2.1 Población de estudio.

El estudio se realizó en la ciudad de Montevideo entre los meses de marzo a setiembre del año 2014. Fueron considerados para este estudio los usuarios que concurrían a la consulta programada de enfermería de los servicios del primer nivel. Las entrevistas se realizaron en los Servicios de Salud previa coordinación con la Licenciada a cargo. Para el desarrollo de la entrevista nos proporcionaron un consultorio, el cual nos permitió dar privacidad al encuentro.

3.2.2 Tamaño de la muestra.

Las personas que fueron consideradas para participar del estudio, fueron elegidas por conveniencia,

una vez alcanzada la saturación teórica de los datos, por lo que no se estableció un número por anticipado de participantes. En este sentido, la calidad de la información fue la que determinó el número de participantes.

3.2.3 Selección de la muestra.

Servicios de Salud que incluyan la Consulta de Enfermería en la cartera de las prestaciones que brinda la institución.

3.2.4 Criterios de inclusión.

- Capacidad razonable de llevar adelante un dialogo adecuado entre 2 personas.
- El usuario y/o familia posean una antigüedad mínima de 6 meses en el servicio, y su concurrencia corresponda a una frecuencia mínima mensual a la consulta de enfermería.

3.3 Técnica, procedimiento e instrumento de recolección de datos.

En función de los objetivos del estudio y la metodología, el instrumento seleccionado fue la entrevista semi estructurada. La misma es una entrevista directa, focalizada que se centra en un tema específico de modo que el entrevistador dirige la misma hacia objetivos muy concretos y el entrevistado tiene menos libertad que en una entrevista abierta a la hora de expresar su discurso. Implica siempre un proceso de comunicación en el transcurso del cual los actores, entrevistador y entrevistado, se influyen recíprocamente de modo consciente e inconsciente, sobre la base de formular preguntas y escuchar respuestas. No se trata por tanto de un intercambio social espontáneo, sino artificial, en absoluto neutral y, desde luego, provocador de una situación única. Permite conectar prácticas y significado a través de los discursos particulares de los entrevistados. (Padro M.; Souza M.; Carraro T. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex. 2008).

Como autora de la investigación desarrollé en las entrevistas el rol de entrevistador, mientras que el rol de observador lo cumplió mi colega la Lic Carolina Corujo, con la que hemos desarrollado desde los inicios el trabajo de investigación. La observación realizada permitió dar garantías de la realización de las entrevistas con el rigor metodológico, y otorgando los espacios de escucha planteados. Luego de cada entrevista realizamos en conjunto el investigador, con el observador la evaluación sobre aspectos técnicos que permitieran generar mejoras en el proceso de las siguientes entrevistas. Una diferencia sustancial entre la entrevista y la observación es la artificialidad con que se desarrolla la entrevista, puesto que el que observa es un actor indiferenciado de la escena, mientras que al entrevistar el investigador provoca una conversación, cara a cara, desde donde recoger la experiencia, percepción u opinión que transmite el entrevistado en un marco artificial creado a tales efectos, que luego aparecerá reflejado en la investigación. (Maria Luisa Tarrés. Observar, escuchar y

comprender. 2008) En nuestro caso optamos por la utilización de la entrevista semi estructurada por cuanto consideramos que tiene la ventaja de permitir canalizar, orientar y dividir el discurso en unidades previas de análisis, pero dando la posibilidad también a la profundización del discurso en todo cuanto sea necesario el entrevistador o entrevistado, circunstancias que considerábamos susceptibles de generarse o producirse al entrevistar a los usuarios; para ello se confeccionó un instrumento para guía y registro. (anexo 1)

Se realizó una **prueba piloto**, que consistió en la aplicación del instrumento, que permitió la retroalimentación del proyecto, generando cambios en las preguntas de la entrevista. Dicha prueba se aplicó en la CE de un servicio que no estaba incluido en la investigación, para luego implementarse en los centros seleccionados.

Para el **registro de la entrevista** se utilizó la grabación digital del discurso del entrevistado. A lo largo de todo el proceso se utilizó el diario de campo, dejando registro de las sugerencias, expresiones, gestos, golpes de vista, preguntas ampliatorias, silencios, etc, es decir todo aquello que nos permitiera llegar al significado de lo que se dice y recabar mayor información sobre el contexto en el que se desarrollaron las entrevistas. La **unidad de análisis** es el discurso de los usuarios que participan de la Consulta de Enfermería con las características mencionadas.

Los diseños cualitativos de investigación persiguen entender fragmentos de la realidad, tal y como lo construye y otorga significación la propia persona, enmarcándola de una manera global y contextualizada. La fase de análisis en una investigación supone identificar los elementos que configuran la realidad estudiada, describir las relaciones entre ellos y sintetizar el conocimiento resultante, pero como señala Rodríguez Gómez (1996) analizar es un conjunto de manipulaciones, transformaciones operaciones, reflexiones y comprobaciones que se realizan sobre los datos con el fin de extraer el significado relevante con relación a un problema de investigación. Con el fin de asegurar la calidad del diseño de esta investigación nos basamos en los criterios redefinidos por Guba y Lincoln en 1985. Como criterio de confiabilidad el de la reproductibilidad del material analizado; a partir de este criterio se adjunta las transcripciones de todas las entrevistas realizadas. Esto, con la finalidad de que toda vez que el lector lo estime conveniente, pueda dirigirse al material “puro” para constatar su existencia y su relación con los análisis realizados. Como estrategia para reforzar el criterio de credibilidad de esta investigación realizamos la triangulación mediante el análisis integrado y crítico de los datos obtenidos en dos grupos de población diferentes. Un grupo fue el perteneciente a los servicios públicos y otro grupo el perteneciente a servicios privados de salud. Con respecto a la **validez de la investigación**, apelamos a mi rigurosidad como investigadora, en tanto se adjunta en el anexo y en la presentación de los resultados, las categorizaciones y codificaciones, que

son partes del proceso de análisis de contenido cualitativo, mediante las cuales se llegó a los resultados planteados en ésta tesis. A fin de reafirmar la validez y calidad solicitamos la auditoría externa, la cual fue realizada por el tutor, solicitándole a este las críticas y correcciones pertinentes a lo largo del proceso.

3.4 Procesamiento y análisis de la información.

La técnica utilizada en esta investigación fue el análisis del discurso de los entrevistados; se siguió el modelo de examen sistemático del texto, identificando y clasificando los temas. En una primera instancia se realizó la transcripción completa de todas las entrevistas por parte de la propia investigadora en un plazo de tiempo muy cercano a la realización de las mismas. Una primera lectura permitió entrar en contacto con los documentos de análisis, contenido de las entrevistas, entablar conocimientos dejando que se sucedieran las impresiones, es lo que podemos llamar fase de “lectura superficial”. Posteriormente en un segundo nivel de interpretación, se realizó una nueva lectura más profunda del material obtenido de la desgrabación de las entrevistas realizadas, alcanzando de este modo la división del texto en unidades de análisis básicas. Finalmente se realiza el análisis del contenido de las entrevistas por cada servicio y por cada entrevistado por categorías.

Las ventajas de esta técnica es que puede establecer la estructura de un discurso a partir de un texto que parece no estar estructurado; es producto de la interpretación de parte del investigador en relación al habla de los distintos entrevistados. Es por ello que tanto el contenido del discurso como su contexto son relevantes para el análisis cualitativo del contenido.

Capítulo 4.

Resultados y discusión.

4.1 Resultados.

4.1.1 Datos demográficos.

Se entrevistó un total de 12 usuarios los cuales fueron seleccionados por la Lic. que lleva a cabo la CE, el total de los usuarios tenían una antigüedad mayor a 1 año de concurrencia a la consulta y los mismos vivían en las cercanías de los servicios. En relación a la edad la mayoría de los mismos corresponde a adultos mayores promediando los 70 años de edad, siendo el 66% mujeres. Por lo antes expuesto sus ingresos provenían de jubilaciones y pensiones. En cuanto a su nivel de instrucción el 60% no tenía primaria completa, el 33% tenía primaria completa y por lo menos 2 años de secundaria, y el 7% secundaria completa. En la entrevista se pudo saber que los usuarios acudían a

los centros a recibir una prestación de los servicios, sin que por tal motivo tuvieran experiencia en el ejercicio de trabajos colectivos, como ser por ejemplo referentes o líderes comunitarios, promotores de salud; infiriendo de esta manera la falta de experiencia en participación.

4.1.2 Categorías de análisis.

Las categorías de análisis que se utilizaron, se generaron en función de los objetivos que se establecieron, lo manifestado en las entrevistas por los participantes y los conceptos vertidos en el marco teórico, de manera que se conformaron tres categorías que se describen a continuación:

- 1- Información y conocimiento de la Consulta de Enfermería.
- 2- Valoración y características identificatorias de la relación vínculo- asistencial que mantiene con su enfermera.
- 3- Significado del término participación en la consulta.

Los resultados que a continuación se presentan en primera instancia buscan dar respuesta al primer objetivo específico que fue el de “Conocer los motivos por los cuales los usuarios concurren a la consulta de enfermería”, lo que se observa en la siguiente categoría.

Categoría 1- Información y conocimiento de la Consulta de Enfermería.

Podríamos decir que la construcción que los usuarios entrevistados tienen sobre la CE previo a acudir a la misma, es basada en la experiencia de la consulta médica, cuyo paradigma en lo histórico ha sido centrado en la enfermedad y en lo curativo; en esta perspectiva, la CE rompe con el paradigma del cuidado centrado en la enfermedad y la muerte, donde se proporciona atención fragmentada, perdiéndose oportunidades en la asistencia a las personas de bajo riesgo o enfermedades crónicas y en experiencias de Salud, lo cual era uno de los factores de deserción de las personas a sus controles rutinarios para el mantenimiento y conservación de la Salud. Esta consulta debe facilitar los cuidados ubicando a las persona en el sistema educativo y de apoyo, según Dorothea Orem.⁶⁴ De acuerdo al planteamiento político de la APS se reconoce a la CE como una herramienta metodológica para el trabajo de la enfermera en el PNA, abordado por el Departamento de Salud Familiar y Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la UdelaR en su libro “Herramientas metodológicas para el trabajo en el Primer Nivel de Atención”.

En países desarrollados, como es el caso de España, la CE se realiza como estrategia en la APS y de apoyo a la atención domiciliaria de las personas. Además se aplica a las diversas necesidades que presenten los usuarios como complemento a sus tratamientos.⁶⁴ En nuestro país como en el resto de

⁶⁴ López, M. (2002), Atención domiciliaria y enfermería: Análisis del perfil socio-sanitario del paciente que recibe visita domiciliaria como consulta de enfermería desde atención primaria. Trabajo de investigación. [On-line]. Disponible en www.enfevalencia.org/ei/

América Latina existe una fuerte sobrevaloración y jerarquización hacia el médico –técnico que de alguna manera reproduce y refuerza en el usuario y la población en general actitudes de desvalorización e impotencia aunque estas asuman formas paternalistas. Se hace imprescindible establecer una relación horizontal donde ambos polos podamos aprender mutuamente fomentando la práctica de la participación activa, por la de reproducir el modelo hegemónico. La percepción de acuerdo con Forgas-Melamed, permite a el individuo extraer información de su medio, en el que intervienen el aprendizaje, la memoria y el pensamiento, las personas organizan e interpretan las impresiones de sus sentidos con objeto de asignar significado a su entorno, desencadenando una acción reactiva o una conducta adaptativa.⁶⁵ También determinada por el contexto sociocultural, los hábitos y costumbres de las personas, además del ambiente físico donde se otorgan los cuidados. Es un proceso continuo que incluye eventos de naturaleza simple y elementales hasta los de mayor complejidad que requieren de aprendizaje y pensamientos más activos.

De acuerdo a lo manifestado por nuestros entrevistados en ninguno de ellos hay una explicitación que manifieste a través del discurso haber tenido información, conocimiento y/ o experiencia previa de la CE. Esto se pone de manifiesto ante las siguientes expresiones:

Ent 1. Ah, nada, una cosa vulgar, la gente se ha portado toda bien, empezando por el doctor y terminando por las muchachas de ahí. No tengo otra cosa que hablar... no, vengo a tomarme la presión nomás.

Ent 5. Una cosa, yo que sé, como, vistas cuando te enfermas y el Dr. te atiende, que esto, que lo otro (silencio) era eso; lo mismo que cuando usted se enferma y va al médico. Encontré mucho..... mejor.

Ent 9. No, yo quería una consulta nada más. No aspiraba a nada. Simplemente queirme regularmente viendo cómo iba mi salud, nada más. Pero siempre perfecto me han tratado

Ent 7. No, no, no esperé nada nomás. No esperé otra cosa porque ya sabía lo que era la diabetes y ya sabía yo, ya me lo esperaba esto. Pero la gente y eso no. Siempre me tratan bien, no me esperé otra cosa...

Ent 11. Yo la primera vez que vine fue porque me sentía mal, me sentía mareada, y vine y tenía la presión alta. Y ahí me empezaron a tratar por hipertensa. Creo que a la otra consulta que vine ya por el BPS empecé a venir todos los meses, y tá, ya la segunda consulta ya empecé con ella. Le tenía pánico, venir a los hospitales y eso, no quería saber de nada, y hacia pila de días que me sentía mal y no venia. Pero no,

⁶⁵ Forgas R, Melamed M. Percepción. Estudio del desarrollo cognoscitivo. 2ª Edición. México. Trillas 1989. Reimp 1999. P 1-21)

vine, dije que me sentía mal, me atendieron todo lo mas bien y me fui tranquila.

Ent 12. *Que me atendieran, que me atendieran bien. Yo hace años que tengo esta doctora y no la cambio por nada del mundo. Ella me atiende bien. Me da los remedios como tiene que dármelos y todo.*

Tradicionalmente los usuarios de los servicios de salud, en el Primer Nivel de Atención, reconocen a el/la Enfermero/a como “hacedor/a de procedimientos”, con actividades asistenciales clásicas como por ejemplo control de presión arterial, medición de talla, peso, administración de inyectables, curaciones, además de actividades educativas, coordinaciones (éstas últimas quizá no relacionadas directamente con el “cuidado” de la salud). La autonomía de Enfermería en el contexto del APS representa un intento para enfrentar, acoplar, acompañar a la profesión de las exigencias derivadas de los cambios políticos, educativos y la práctica tradicional de la Enfermería. El enfoque de Atención Primaria según González tiene que atravesar toda la sociedad y busca no sólo curar sino cuidar.⁶⁶ El denominador común de todas las definiciones de CE es que se da un proceso de relación entre el usuario- familia y el profesional con el fin de resolver el problema actual del usuario; y este hecho se produce mediante una entrevista cara a cara; la cual requiere que el profesional cuente con una serie de competencias comunicacionales que le permitan conocer tanto las perspectivas del paciente con respecto a su Proceso Salud -Enfermedad como las posibilidades de involucrarlo activamente.⁶⁷ A través del discurso de los entrevistados continuamos viendo la identificación que el usuario realiza de Enfermería como hacedor de intervenciones del cuidado, perciben a las enfermeras únicamente como las que sólo realizan los procedimientos de rutina enfocados a la toma de la presión arterial, el peso y el llenado de documentos, como definición del rol de la enfermera en la consulta. Esta percepción manifiesta no refleja el cambio de modelo planteado desde nuestro marco político legal para la definición de las actividades desarrolladas por la enfermera en el Primer Nivel; dejando en evidencia que aspectos relevantes como la promoción, prevención y educación para la salud no son reconocidos dentro del accionar de enfermería; favoreciendo los servicios predominantemente curativos, con mayor protagonismo médico y aparentemente más cercanos a la demanda de la población.

Ent 7...*sí, sí, sí, ya sabía que me iban a tomar la presión y todas esas cosas, ya me lo esperaba, ya me lo sabía, ya.*

Ent 4...*nada, yo sabía que venía para tomarme la presión nomá. Porque sólo la presión es lo que me tomo.*

⁶⁶ González García G. la Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo. Argentina; 2007

⁶⁷ Villar,H y Capote,R.Exposición de motivos.Ley 18221,SNIS,Montevideo,2008.

Ent 8....No, no porque yo estaba con C y él mismo me hacia lo de la diabetes y me mandaba las pastillas y todo. Yo antes de ir al Doctor tengo que ir a la enfermería primero, por eso ahí me hacían todos los controles para ir al Doctor...

Según el Comité de Enfermería Comunitaria del Colegio de Enfermeras del Uruguay la Licenciada en Enfermería Comunitaria... “Desarrolla actividades de cuidados de salud en un ámbito geográfico definido, en equipo interdisciplinario e intersectorial que permita atender la diversidad de situaciones socio epidemiológicas, culturales, económicas y ambientales que condicionan y determinan los procesos de salud-enfermedad” (Colegio de enfermeras del Uruguay –CEDU-, Comité de Enfermería Comunitaria. Competencias de la Licenciada en Enfermería Comunitaria. Material no editado).

Categoría 2 - Valoración y características identificatorias de la relación vínculo- asistencial que mantiene con su enfermera.

En esta categoría se muestran datos que permiten alcanzar el segundo objetivo específico de esta investigación, que fue, Conocer la percepción que tienen los usuarios con respecto al rol de las/los Enfermeras/os. En las entrevistas los usuarios manifestaron no acudir a la enfermera en caso de enfermedad, reforzando el modelo conocido y vivenciado hasta el momento como bio- médico. Donde es el médico, el técnico sabedor del conocimiento para la resolución de temas de enfermedad. Coincidiendo con la reflexión de Arredondo en su Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad²²; las ideas, los preconceptos, los simbolismos, juegan y mucho en nuestras concepciones y prácticas. Hay una evolución histórica social del concepto salud-enfermedad, lo cual supone implementar prácticas de salud acordes a cada momento, reafirmadas por las ideas y pensamientos vertidos por nuestros entrevistados...

Ent 9. . Que yo me acuerde no, porque dudas, cuando vengo a la Dra. ella me saca todas las dudas, si tengo alguna cosa que, algún dolor o alguna cosa distinta ella me lo aclara y ya está

Ent 11. No. Yo soy aparte socia del SEMM, por la emergencia, estoy operada, me llevaron de urgencia, estaba haciendo todo el trámite para operarme de la vesícula, y no llegué a la fecha, me llevaron de urgencia y me operaron. Me llevó el SEMM

E12. No, he llamado porque yo soy socia de ANDA, y si no he podido salir, porque no puedo venir acá, me han atendido doctoras de ahí.

Ent 1. No, vine a hablar con el doctor, el doctor es excelente doctor, no hay mejores doctores acá en la zona. Vengo al médico, vengo a tomarme la presión nada más.

Ent 3. No, a enfermeras no, ya mi hija me ha llevado directo al Dr.

Ent 4. Cuando estoy enferma voy a mi Dra.

Hemos podido asistir a una transformación desde un modelo de relación predominante biomédico, paternalista, y centrado en la enfermedad, a la progresiva incorporación de un modelo bio-psico-social, centrado en el paciente, donde se trata de atender las necesidades de la persona y se incorporan estas últimas al proceso de la consulta. En la práctica dicha transformación no se ve reflejada en el discurso del usuario. Salvo respuestas muy puntuales en uno de los lugares de la investigación donde se identifica al servicio con la enfermera.

Ent 5. Ah, sí, sí, porque a veces uno viene y la llama desesperada para preguntarle y me han contestado bien.

Ent 6. He consultado, sí, siempre he tenido respuesta positiva, siempre he visto que se han preocupado, tanto acá como en las policlínicas comunitarias.

Ent 7. Sí, vine acá.

Ent 10. Bueno, si viera que yo, cuando llegue acá, vine a encontrar el médico que yo necesitaba, pero te diré que no solamente encontré al médico que necesitaba, la enfermera que necesitaba Además L es una persona muy entera, se brinda para todos, tá, y este, viste tanto como que salimos de paseo y todo ese tipo de cosas, es muy lindo grupo, viste. Y organizado por ella. Pero, bueno, me siento así yo acá, viste, con todos ellos.porque la gente que es entera, se da con todo el corazón, un corazón calentito, viste, muy calentito

Marie José Devillard (1989) plantea en su texto "La construcción de la Salud y de la Enfermedad" la dicotomía que parecería estar presente entre la dimensión biológica y social interrogándose si dicha dicotomía sería oportuna para distinguir los distintos modelos de construcción de Salud y Enfermedad. Se reafirma nuevamente lo expuesto en la categoría anterior sobre el rol de la enfermera como hacedora de intervenciones, en este caso generadas de la consulta médica. Prácticamente la totalidad de los entrevistados que consulta a la enfermera es cuando

Ent 1... Ah, nada, una cosa vulgar

Ent 4.... vengo a tomarme la presión nada más

Ent 8.... me hacían todos los controles para ir al Dr.

.Si tomamos en cuenta el concepto de salud del SNIS (Olesker D, González T. La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (2005-2009). Montevideo, Uruguay: Ministerio de Salud Pública; 2009:50) donde se concibe a la misma como "una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, permite al individuo el cumplimiento de su rol social, está condicionada al modo de producción y a cada

momento histórico del desarrollo de la sociedad y constituye un inestimable bien social” ⁵⁹ lo señalado da cuenta del interés por precisar y ajustar el término salud, ya que del resultado de este esfuerzo intelectual se impregnará en gran medida el modelo en el cual estaremos inmersos como profesionales y usuarios de la atención sanitaria. Históricamente el hombre se ha ocupado más de la enfermedad que de la salud, es decir de actividades destinadas a curar a los enfermos, que de cuidar y proteger a los sanos; a investigar las causas y factores que producen las enfermedades, más que a analizar los factores que condicionan y mejoran los niveles de salud. ²⁵

Ent 12.....Hacernos compañeras todas lo del grupo, y lo que nos explicaba, lo de la presión y todo eso, de qué venía, como había que cuidarse, nos hacía hacer gimnasia un rato. Nos hacía cerrar los ojos y quedarnos quietitas que fuéramos a estar en el campo, no? igual en cualquier lado. Todo eso nos enseñaron. Otras veces nos llevan a pasear; cuando consiguen unos mangos, a “L” la empecé a conocer cuando me atendió, cuando también me empezó a atender la Dra.

El cuidado enfermero como menciona H Peplau (1952: Cap.21 de Modelos y Teorías en Enfermería “Enfermería Psicodinámica” “*es un proceso interpersonal terapéutico, entre una persona que tiene necesidad de ayuda y una enfermería capaz de responder a la necesidad de ayuda, la utilización terapéutica de sus conocimiento y de su propia persona lleva a la enfermera a practicar el arte enfermero*”. ³¹ S Melia apoya esta teoría diciendo que...”*la herramienta central del cuidado es el vínculo*”(Hospital de Clínicas. División Enfermería. Manual General de Enfermería “Humanización del cuidado” pag 1-3). Vemos en el discurso de nuestros entrevistados cuando se hace referencia al trato que reciben por parte de la enfermera que el mismo es:

Ent 11. Bien, son todos muy bien, este, no tengo quejas de nada. Todas las veces que he venido, incluso a veces he venido fuera de fecha, no tienen problema, me atienden, o si llego tarde como llegué hoy, igual me atienden, no tengo problemas.

Ent 12. ¿Aca? Bien, el trato bien. Muy amable son, tratables

E9.....Ah, bien, bien, ellos son todos muy simpáticos, muy buenos, además cualquier cosa que precise, le explica ella, son buenas personas.

Ent 1. Yo diría especial, especial pa mi, que tratan muy bien a la gente acá, que significa, bueno que está contento para acá, para acá otra cosa no tengo que hablar bien, con ellas bien, re bien, la verdad que re bien.

Ent 2. Queja de acá no tengo ninguna, ninguna porque la verdad que.....también no se si la conocés; “M” es la partera, ya se jubiló, este, divina también, no tengo queja, incluso me atendí con la enfermera “MA” también. Nada, yo que sé. Apoyo, me apoyan para adelante, como el médico que me apoya, que voy bien, que voy

haciendo, lo único ya digo de no caminar, pero lo demás por suerte...

Ent 3. *Qué te voy a decir? Son amorosos todos, la mala es la que vacuna (risas) es divina, no?. O ésta otra muchacha que me atiende acá, son todas. Las que me han atendido porque han cambiado mucho. Los de allí también son divinos. Para mí son muy bien.*

Ent 5. *...porque una cuando, cuando viene y está enfermo, porque a veces dicen si no la traen en una camilla o algo, no, no es eso, que te traten bien, no, que si vos le haces una pregunta te contesten bien. Para mí es así*

Ent 6. *Bien, siempre dispuesta a atenderte, dispuesta. Tá, a veces te hacen esperar si no venís con hora, pero siempre te atienden. Decís lo que venís a buscar acá en la salud siempre encontras la respuesta. Excelente, a uno lo tratan como trata uno también, no? Eso, he visto casos de imposible, uno no puede entender como una persona que está en la salud, todos tenemos un mal día también.*

Ent 7 *... no, el trato es bien, a mí me tratan siempre bien, la muchacha rubia, la "L" ahí esta, ella me trata siempre bien, si me trata, todas me tratan bien. "E" todas me tratan bien, de eso no tengo nada que hablar. Nunca tuve problemas, desde el primer día que vine siempre me trataron bien*

Ésto nos permite conocer elementos que para los usuarios son relevantes en lo que ellos consideran que es el trato; de acuerdo a la Ley de derechos y deberes de los usuarios de los Servicios de Salud⁶⁸. (2007, Uruguay, Ley 18211) Éste concepto se establece como un derecho mencionado fundamentalmente en los Art 7: (Derecho al respeto): todo usuario tiene derecho a que se respete su personalidad, dignidad humana, intimidad e imagen. Art 9. (Derecho a un trato igualitario): todo usuario tiene derecho a que se le dispense un trato igualitario, acorde a su situación particular y no ser discriminado por razones raciales, socio económicas, de sexo, edad, ideológicas, religiosas, políticas, sindicales u otras. Art 10. (Derecho a ser oído y presentar quejas y denuncias): todo usuario tiene derecho a ser atendido en forma oportuna, respetuosa y en un ambiente adecuado; entre otros. Además dicha ley en sus definiciones establece en su alcance usuarios del sector público y privado sin distinción.

Ent 4. *Y nada, no me parece nada, me parece que es normal, porque si ella por ejemplo, si usted está en un negocio tiene que tratar a los clientes que vienen, bien, y si está de enfermera lo mismo, ¿cómo va a tratar mal a la gente que viene a atenderse, no? No puede ser, yo pienso así.*

En esta categorización quedan representadas las temáticas en las que los usuarios, de manera

⁶⁸ Ley 18335 – Pacientes y usuarios de los Servicios de Salud. Derechos y Obligaciones

espontánea en el transcurso de la entrevista expresaron siendo estas un pequeño fragmento de la asociación mental y emocional relacionada a ese concepto: ser tratado con familiaridad, o con amistad; información; técnico comprometido, responsable; atención oportuna; confianza.

A continuación se comentan las ideas más relevantes asociadas a “trato” que surgieron con mayor fuerza y de manera transversal en todos o la mayor parte de los entrevistados. Cuando nos referimos a la temática ser tratados con familiaridad, o con amistad el significado de este pensamiento representa una serie de constructos que interactúan entre sí y que le dan sentido a la idea, la cual puede tener distintas expresiones. Éstas ideas se traducen en el momento que se contactan con el personal de salud que los atienden en conceptos más concretos que sustentan el significado de ser tratados con familiaridad, o con amistad, los cuales se asocian a que éstos: miren, escuchen, saluden, tengan en consideración su opinión, sean cordiales e, incluso, cariñosos. Es interesante observar que en algunos de ellos (que “saluden”) en sí mismo se vincula mentalmente a la presencia de la sonrisa y/o actitud de alegría, que es valorado más allá que un saludo amable. El saludo unido a la sonrisa se percibe positivamente y es interpretado como que a esa persona “le gusta lo que hace”, le importo y siente que disminuye su ansiedad o nerviosismo.

Algunos discursos asociados a esta idea:

Ent 9. Ah, muy bien. Estamos como en familia, cada uno dice lo suyo, mismo las dificultades que tienen a veces para hacer tratamiento, porque hay personas que por más que quieran, siempre alguna cosa, y tienen que hacerlo estricto, porque si no bajan, para adelgazar y para bajar la presión, porque la presión no te avisa.Ah, bien, bien, ellos son todos muy simpáticos, muy buenos, además cualquier cosa que precise, le explica ella, son buenas personas

Ent 10. Si, familiar. No solamente como médico, sino familiar, para mí la Dra. es, viste, muy, muy bien conmigo, no sé con los demás, pero conmigo excelente. ¿Y con la enfermera? Si, igual, igual. Ya te dije es de un corazón muy calentito “L” Es servicial para todo. En todo sentido. Ella todo, viene, y tiene su oreja para ti. Que eso es muy importante para muchas personas, aunque, viste, muchas veces crees que no pero es importante. Por lo menos para mí, viste, yo tengo sinceramente que, viste, que me escuches, viste, ya es bastante.

Ese trato familiar, o amistad debe asociarse a la idea de empatía, “que te traten como te gustaría ser tratado”, ver interés en los profesionales, que se “preocupen por mí”, abordando el plano emocional, sus sentimientos, su vulnerabilidad, su inseguridad; hacer el esfuerzo de entender sus emociones. Según J Travelbee “el rol de los enfermeros debe ser percibido como de ser humano a ser humano en vez de enfermero a paciente; para Benner “El enfermero debe conocer al usuario, comprender sus

patrones de respuesta, verlo como un ser holístico, como una persona”, que tiene derechos innegables, expectativas y temores. ⁶⁹

Ent 2. *Confianza, mucha confianza tengo en el médico la verdad, mucha, mucha confianza y con enfermería también, aparte llamo por teléfono: cuando están vengo, cuando no están no vengo porque yo, este, no tengo problema. El teléfono me lo sé así, de memoria.*

E6...*creo que es la confianza que uno predispone hacia el otro. Si tu no tenés confianzase sentiría, se sentiría mal... es un buen trato.*

También podemos decir que esa familiaridad o amistad se ve reflejada cuando se hace referencia al saludo, a ser reconocido fuera del ámbito del Centro de salud; aunque la misma no esté presente en todos los discursos, pero se destaca por el significado que le asignan los usuarios, quienes lo perciben como algo más que su identificación; simbólicamente sienten que lo acogen, que lo quieren y que se preocupan por ellos.

Ent 2. *La verdad que no sé, como estamos yo que se como así, incluso a veces alguna enfermera que va en el ómnibus que las vemos que nos saludan y todo eso,digo yo a veces .*

Ent 4. *Pa! No sé cómo te podía explicar. Yo me siento bien, entendes? yo me siento bien porque me atienden bien. Son agradables, vos venís, decís buenos días como anda y esto, como anda “M” como todo eso para mí vale mucho. Si vos pasásy todos, buenos días, como andan?, se siente bien: ah, a ti te conozco, y todo así viste? No, no, no, para verdad a mi me gusta mucho...*

Ent 8. *...y eso me atendía ella, siempre estaba de mañana y otra muchacha más que estaba. No puedo quejarme porque ahora es un sol. Ahora es lo mismo yo le di el papel, pasa y sentate que estas agitado. No eso no me puedo quejar. No, yo les digo de las 2 personas que, siempre enfermería me atendía bien, no había problema ninguno*

Los relatos mencionan también ideas asociadas a cordialidad que se vincula a cariño, sentir que importo, cercanía. Escuchar y poner atención que involucra gestos y actitud, se relaciona con la disposición para entender al usuario, que lo escuchen atentamente, que su opinión sea respetada y considerada, amabilidad y ayuda.

⁶⁹ Beltrán ÓA. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería. Invest. educ. enferm. 2006; 24(2): 144-150.)

Ent 10. ...Ella todo, viene, y tiene su oreja para ti. Que eso es muy importante para muchas personas, aunque viste, muchas veces crees que no pero es importante...

Ent 5. Ah, sí, sí, porque a veces uno viene y la llama desesperada para preguntarle y me han contestado bien.

JL Medina (1999:247-250) sostiene “*cuidar es prestar una especial consideración a la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad... se trata de valorar a la persona en términos de humanidad centrándose en sus necesidades y en un cuidado comprensivo y sensible... satisfaciendo la necesidad humana de estima a través de la manifestación del compromiso y el interés por cuidar.*”⁷⁰

Categoría 3 – Significado del término participación en la consulta.

En esta categoría como se desarrolló en las anteriores se presentan los discursos que permiten acercarnos al tercer objetivo específico de esta investigación, que fue, Conocer el concepto que poseen los usuarios sobre el término participación en la consulta.

Como se mencionó en el marco teórico dentro de la estrategia de APS se define a la participación como uno de los pilares del cambio de modelo. Existen una gran variedad de conceptualizaciones coexistentes, lejos de sumar al esclarecimiento del tema reflejan la complejidad del término y de cómo se utiliza; donde abundan posiciones teórico- prácticas muchas veces en abierta contradicción. Para esta investigación tomamos a Ferrer Herrera y cols (Cuba 2001), que diferencia el concepto de participación social en salud del de participación comunitaria, siendo este último definido como acciones individuales, familiares y de la comunidad para prevenir las enfermedades y detener su avance, escenario en el cual se desarrolla la CE. V Giorgi menciona cinco condiciones sin las cuales no podemos hablar de procesos participativos: clima participativo, vínculo, encuentro, oportunidad y aprendizajes significativos; como citan nuestro entrevistados

“-Todos somos como familia”

-“Me siento feliz.....Es una familia muy linda”

-Son todos muy atentos...”

-“La relación es buena “

-“Acá excelente, toda la gente excelente, no tengo queja ninguna, si me quejo es de lleno....”

-“Estoy encantada con todos...”

-“Me tratan bien...y son todos buenos...”

-“es como una hija..”

⁷⁰ Medina JL. (1999). La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes Psicopedagogía.

- "Estoy contentamás vale que lo quieran a uno, a que no lo quieran.."
- "trato siempre ha sido amable..."
- "todos los que me atienden siempre fueron bien... yo nunca me quejé..."
- "el trato vio, el trato de ella ..."
- "Estoy muy conforme..."
- "Todo perfecto hasta ahora"
- "Uno tiene que cuidarse mucho en la salud"
- "Siempre he encontrado una respuesta"

Según este autor, los momentos y elementos necesarios para generar un proceso participativo se entrecruzan con los grados de incidencia: *Consultiva*: cuando se reconocen opiniones pero estas no se vinculan con la posterior toma de decisiones. *Colaborativa*: cuando las decisiones se toman en conjunto. *Iniciativa y compromiso autogenerado*: situaciones en que los sujetos se auto convocan y regulan su propia participación. Esto se da con menor frecuencia. (Giorgi V. Montevideo 2010).

En el análisis de los discursos observamos con mayor frecuencia dentro de los grados de incidencia los consultivos y colaborativos

E9. ...alguna duda que tengamos, por ejemplo, digamos hemos hablado de la droga, entonces cada uno expone lo que siente la persona. Yo bien, yo me siento bien. Es una opinión que uno da, cada uno. Si hemos tratado otros, no me acuerdo, este....todo lo que nosotros tenemos, la seguridad del barrio, cantidad de cosas que nosotros nos acordamos entonces vamos apuntando en un pizarrón, van apuntando, y cada uno va dando la idea de lo que puede faltar en el barrio

E7.no estuve viniendo por un tiempo, bueno ta', por boludeces o porque ta' después ta' decidí venir ta' los miércoles porque iba a terminar jodiéndome yo. Iba a ser peor y ta' hice eso, tomé esa decisión. De empezar a venir más seguido porque no daba para no venir, ya estaba jodido y me iba a joder más todavía, no ya estaba, y me he sentido bien, bien. No me he sentido mal.

E4. Yo decido porque la presión no hay que descuidarla ah, no, no.... Me siento bien, porque yo sé que estoy cumpliendo lo que tengo que hacer.

Las respuestas de los entrevistados ponen de manifiesto cierta dificultad para definir el concepto de participación en la CE, los cuales recurrieron a diversas imágenes, ideas y actividades concretas de la vida cotidiana.

Ent 9. Y está bien, porque a veces uno no sabe todo lo que debe hacer y cómo lo debe

hacer, entonces si ellos explican más o menos, a veces cambian, por ejemplo cambian los remedios, hay que poner atención ... casi siempre me lo apunto

Ent 10. *Lo que estamos haciendo en este momento, ta. Tu estas.... con la diferencia que a ti la participación de lo que nosotros venimos a hacer es el grupo entero, entonces vistes, estamos en éste momento, tu estas participando conmigo, o yo participo contigo, como tú quieras ver, pero en el grupo es así también, y no importa, es viejo, joven, mas viste, somos todos iguales en el momento.*

Ent 11. *Es buena porque incluso hacemos, este, hay momentos que hacemos gimnasia con ella, cuando venimos temprano.... hacemos yoga, hacemos gimnasia, este, hacemos fiestas también, así que.... Nos llevamos todos muy bien.*

Ent 12. *¿Cómo participación? ¿De qué conversamos en el grupo? En el grupo conversamos de los nietos, y cómo nos ha ido, cómo andamos, si hemos subido de peso, si hemos bajado, cómo andamos de la presión, todas esas cosas*

Ent 1. *Eh? Participación, no la comprendo, no sé.*

Ent 2. *Que nos controlan a nosotros como crónico, porque yo venía 1 día a por medio cuando empecé, después por semana, después cada 15 días y así*

Ent 3. *(suspiro) Ah, la verdad es que no sé cómo explicarte. Mirá, ahora nomá ellos, ¿como te voy a explicar?. Ellos tuvieron elecciones y ellos me dijeron así que si yo quería votar, ¿cómo no! le digo, si es para bien de acá y del barrio encantada. Viste, para mí era una cosa para el barrio, no sólo para mí, para todos los vecinos que vienen. Para mí sería bárbaro que se hiciera algo más, me encanta que ellos tengan esa decisión de hacer esas cosas. Claro, sí. sí, no, a mí me gustan todas esas cosas, si pudiera andar andaba mas, mirá (risas)*

Ent 4. *La verdad que nada, hoy no*

Ent 5. *A mí me parece que es tipo como escuela, que yo pregunto y me tienen que contestar, contestar bien.*

Ent 6.... *participar en la consulta es venir y no mentirle al profesional que tenés enfrente. También que el profesional que tenés enfrente te, te diga las cosas. No me gustaría que me ocultara algo que tenga y no me lo quiera decir. Eso creo que es lo que vengo a buscar con el profesional que me vengo a atender es eso.*

Ent 7. *No, y yo creo que es viniendo siempre cuando tenés fecha. No sé, como yo vengo siempre, no sé (Silencio) ... venir siempre, no sé ,en concurrir, en charlar.*

Para el análisis nos basamos en los niveles de participación definidos por Robirosa ; Cardarelli y

Lapalma (Buenos Aires 1990)⁷¹ que implican un grado de compromiso diferente, partiendo de una más restrictiva a una más amplia (Información, opinión y toma de decisiones); y los momentos definidos por Victor Giorgi, el cual propone tres momentos que deben ser respetados para que los procesos de participación sean auténticos (Recibir información, Construcción y reconocimiento de la opinión propia, y Expresión y Escucha). Considerando lo expresado anteriormente tenemos que tener presente que el proceso de participación es dinámico, que puede ser definido por el momento histórico - político, contexto social, así como el sentido en el cual se considera; un fin en sí mismo o un medio para lograr una meta. También los niveles de participación muestran el sentido que cada actor involucrado le da a la participación. Es por ello que en el discurso de los usuarios sus conocimientos y conceptos de participación en salud pueden agruparse y ordenarse alrededor de esas 3 categorías mencionadas: Información, opinión y toma de decisiones.

A continuación se comentan las ideas más relevantes asociadas a “participación” que surgieron con mayor fuerza y de manera transversal en todos o la mayor parte de los entrevistados cuando nos referimos a la temática de informarnos; la mayoría de los usuarios describían la participación en salud como un conjunto de acciones concretas que se circunscriben a la consulta y queda de manifiesto cuando hacen referencia a “sacarse las dudas”. Si todas las personas tienen toda la información al mismo tiempo se evitan suposiciones, malos entendidos, se evitan los conflictos y se facilitan el intercambio. Según Burin y otros 1998, se puede participar recopilando, suministrando y elaborando información, comunicando información, pidiendo asesoramiento.

Ent 9. Sí, a la Dra. le pregunto sí, si tengo alguna duda le pregunto. Sí, también, L. es divina sí, sí. Sí, en la consulta, sí. Ella me mide, me pesa y ¿qué más?, y me toma la presión.

Ent 10. Hace sólo algunas preguntas, me explica, este..., ningún inconveniente... sí, y cuando te controlan la presión, cuando..., todo lo más bien. ¿Y ella le hace preguntas a Ud. también? Si, y también se enoja con nosotros cuando venimos mas gorditas, nos dice que tenemos que adelgazar, y nos pregunta qué estamos comiendo. Ahí está, y Ud. me decía, Ud. le hace preguntas y ella...Nos contesta sí, y a veces, incluso hasta ella nos dice tienen que comer tal cosa, porque les está haciendo mal, porque está con la presión alta. Nos explica. Sí, sí, sí.

Ent 11 ...siempre pregunto, sí, eso siempre no es un rezongo Bueno entonces me dice bueno, hace el techo en el peso, no subas mas, trata de bajar, bueno, sí L. en ese sentido si nos tiene muy controlado. Que uno sepa que a tal hora está y uno puede

⁷¹ Robirosa, M., Cardarelli, G., y La Palma, A., Turbulencia y planificación social, Siglo XXI y UNICEF, Buenos Aires, 1990.

venir y hablar, porque claro uno hay cosas que no entiende, a uno le parece que está bien lo que está haciendo y no es. Pero cuando ella te empieza a hablar y te empieza a decir esto y esto, te das cuenta entonces como que tomás conciencia de lo que te está diciendo y decís bueno, en esto tengo que cambiar porque...

Ent 12. *Sí, le preguntamos, sí. “L” me ha aconsejado muy bien, siempre, en todo. Nosotros cuando no viene “L” la extrañamos. Porque ella lo contesta, y la Dra. Igual*

Ent 1. *...me dejan participar...yo hago una pregunta y bueno le digo a la Dra o a la Enfermera me puedes contestar esto?y ellos me contestan...”*

Sí, no sé, a veces sí, a veces no.¿Y ella le hace preguntas a usted? ¡Cómo no!

Ent 3. *Como ella me hace a mí yo le contesto, viste, le contesto todo...y no tengo que preguntarle.*

Ent 4. *No, no, no, yo siempre vengo apurada (RISAS). No soy de preguntar, no soy de preguntar, no, a mí a veces me preguntaba alguna cosa; si yo estaba sola, como andaba, si yo necesitaba, si no podía venir que estuviera en la cama, que la llamara a ella para ir a tomar la presión. Esas cositas.*

Ent 5. *Me dejan participar, te digo, como ser, yo hago una pregunta, bueno, y le digo a la Dra. o la enfermera, a la muchacha: ¿me podés contestar esto? Y ellas me contestan. Yo me siento bien cuando, no? Porque parece que yo estoy tratando la enfermedad, cómo tengo que ser, cómo tiene que ser*

Ent 6. *Seguro, principalmente con los remedios, para qué es, cómo es, porque los tengo que tomar... ¿Y ella le hace preguntas a usted? ...A veces si*

Ent 7. *Si a veces que comí de mañana, si comí algo fuera de la dieta, cosas así me preguntan...¿Y tú haces preguntas? ...No, no sé porque, no, es raro, no pregunto, no sé, porque ahora me dejó pensando (Risas)*

Ent 8. *No, depende cómo me diga de eso, algunas veces se van a enojar porque yo pregunto mucho y No, algunas preguntas le digo ta' yo pregunto también para saber qué me dan, para saber qué es, qué me hacen.*

Ante estos discursos manifestados por los entrevistados que participan en la CE pensamos que el/la enfermero/a que considere a cada paciente como un ser único, con una actitud de escucha activa, abierta hacia la expresión de sus sentimientos y una respuesta a sus miedos, percepciones y expectativas, logrará que el usuario y familia sienta que sus molestias, preocupaciones y dudas han sido evaluadas y que la experiencia de su enfermedad ha sido explorada.⁷²

⁷² Blancafort S. ¿Qué esperan los pacientes de los profesionales sanitarios? *Enferm Clin.* 2006;16(1): 1-2.

La Enfermería es una disciplina cuyo objetivo primordial es el cuidado del individuo, la familia, su entorno, su comunidad. Un modelo donde la participación es un eslabón primordial para ir construyendo en conjunto el autocuidado y por ende la independencia del individuo y su familia; logrando una implicación mucho más activa de éste, un trabajo donde todos los actores deben estar comprometidos y donde las relaciones se planteen en un plano de horizontalidad. Como lo menciona la OMS “la insistencia en que la gente debe hacerse responsable de su propia salud es un aspecto importante del desarrollo individual y colectivo... en lo posible la salud nunca debe “darse” o “facilitarse” a la población. Por el contrario se debe ayudar a la gente a participar consciente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud”. (La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria (OMS, 1990) Participación como aportar ideas u opiniones en el transcurso de la CE; corresponde a un nivel más complejo y supone un nivel de participación más amplio que el anteriormente mencionado. El objetivo de la opinión podrá ser la modificación de decisiones o de acciones. En este último caso la opinión alimentará la certeza de los riesgos a que están expuestos aquellos que deben decidir. Este concepto de participación en salud para muchos de los usuarios se relaciona con la noción de aportar ideas y opiniones, la misma puede darse espontáneamente, a través del dialogo con la enfermera, o las actividades que se planteen en la consulta.

Ent 3. - “...Yo me siento bien cuando.....yo estoy tratando la enfermedad.....como tiene que ser....”

Ent 4. Sí, en el sentido que ayudo a lo que ella me pregunta, no sé si es así. Yo todo lo que ella me dice yo la ayudo...una vez me dijo sentate ahí porque te veo muy cansado y no puedo tomar la presión porque se puede dar alta, porque estás agitado, también eso. Porque la presión mía es 12/7, siempre de toda la vida fue, es lo único bueno que tengo en la vida es eso, la presión

Ent 3....Decisión de hacer esas cosas....para mí era una cosa para el barrio. Para mí sería bárbaro que se hiciera algo más, me encanta que ellos tengan esa decisión de hacer esas cosas.

Ent 9 ... podemos, de alguna duda que tengamos, por ejemplo, digamos hemos hablado de la droga, entonces cada uno expone lo que siente la persona. Yo bien, yo me siento bien. Es una opinión que uno da, cada uno Si hemos tratado otros temas, no me acuerdo, este....todo lo que nosotros tenemos, la seguridad del barrio, cantidad de cosas que nosotros nos acordamos entonces vamos apuntando en un pizarrón, van apuntando, y cada uno va dando la idea de lo que puede faltar en el barrio

Ent 10. Bien, por supuesto, porque si no me siento bien directamente te digo, mirá que

soy muy criolla, no vengo más, viste, así de sencillo y así de claro viste

Ent 11. *Bien... Sí, porque, un suponer, yo era una persona fumadora. Y después este..., mi nieto de 18 años, tenía 10 meses y le vino ataque de asma que lo tuvimos grave en carpa de oxígeno, entonces dije si él se sale de esta, a partir de ese momento no fumo mas, y así lo hice, ...y no fumé mas. Bueno, fue cuando empecé, al principio dije ¿para qué dejé de fumar tanto si ahora me siento tan mal? No, pero la enfermera me explicó y ahora la verdad es que me siento bien.*

Ent 12. *Bueno, lo que pasa que yo nunca pido cambio de remedios. A mí me los cambiaron. Y bueno, me siento como cuando tomaba los otros igual. .*

Ent 2. *De tomar medicamentos, porque a lo primero yo no era de tomar medicamentos estaba muy gorda, adelgacé un par de kilitos pero así como los adelgazo, subo otra vez. Este, y tomé la decisión de empezar a tomar los medicamentos y bueno ta' y empezar a cuidarme. Lo que sí que no hago es caminar, en caminar yo le dije mismo al Dr. y a M, caminar no camino.*

Ent 3. *....yo empecé a hacer lo que la Dra me había dicho, no? Pero yo me sentía mal, yo empecé ¿cómo decir?, yo empecé a quedar más delgada, más delgada y me mareaba, me mareaba y me dice mi hija: mamá porque no te vas hasta la policlínica y yo digo hoy vengo acá cerquita y me vine hasta acá y yo le expliqué a una de las muchachas. Dice: mirá vamos a hacer esto, dice, lo que pasa es que el Dr. Dijo: bueno vamos a hacerte todo esto, dice.... me dio tanta cosa para que no comiera y yo dejé todo de golpe, yo salí del Dr. y ella misma, la enfermera, me explicó todo ésto. Sí, sí, todo lo que tenía que comer, pero no dejes de golpe porque eso es lo que te está haciendo mal y por eso te mareas*

Ent 4. *Yo decido porque la presión no hay que descuidarla. Ah, no, no, no, hace poco, hace 4 meses que falleció una vecina por descuidarse por la presión, le subió impresionante en el mes de enero, y no hubo caso, no pudieron hacer nada. Le dio una hemiplejia, se quedó horrible y se fue nomás. Me siento bien, porque yo sé que estoy cumpliendo lo que tengo que hacer.*

Ent 5. *Bien, bien porque hay cosas que uno no entiende, no sabe y la diabetes nomá es una cosa que es brava la cosa*

Ent 6. *De parte de los profesionales bien atendido, aparte predisuestos a escuchar lo que yo, a veces el que no cumple con las normas es uno no? No son las enfermeras. No porque siempre tenemos una excusa, para no cumplir con una medicación, para no venir a una consulta. Pero después en general perfecto.*

La tercera categoría que corresponde a la toma de decisiones presupone, además de la adecuada y oportuna información, el reconocimiento de acuerdos, de diferencias y de mecanismos adecuados de discusión y de toma de decisiones. En la declaración de Alma Ata se puede distinguir el concepto de participación como acción o capacidad individual que se asocia al autocuidado, al conocimiento y actitudes que implican que las personas puedan tomar la salud en sus manos a la vez de poder conocer, exigir y controlar el derecho a la salud, a los servicios necesarios y la calidad de los mismos.

Ent 1. No, alcohol ya tomaba poco, porque yo quedé viudo, pero hace 10 años, pero la sal comía mucha sal. Tomé la decisión de dejarla y me sentí ah! muy, muy bien, soy diferente persona, me encuentro más seguro conmigo

Ent 7. Antes me quedé un poco, no estuve viniendo por un tiempo, bueno ta', por boludeces o porque y ta' después ta' decidí venir ta' los miércoles porque iba a terminar jodiéndome yo. Iba a ser peor y ta' hice eso, tomé esa decisión. De empezar a venir más seguido porque no daba para no venir, ya estaba jodido y me iba a joder más todavía, no ya estaba, y me he sentido bien, bien. No me he sentido mal.

Si se toman decisiones sin tener en cuenta la opinión del usuario y su familia (ya sea por falta de consulta o de interés de alguno/s de los participantes), esto generará problemas en el cumplimiento de los cambios propuestos ya que los que no han participado tienden a resistirse y a criticar las decisiones que se tomen. Tomar el concepto de participación como formar parte de un grupo; para Burin y otros (1998), es un proceso social que supone un ejercicio permanente de derechos y responsabilidades, reproduciendo un modelo de sociedad, por lo que una de sus claves es la adecuada combinación de derechos y responsabilidades. Debemos tratar, entonces, de asumir cada uno, en función de su propio interés y capacidad una responsabilidad. Esta temática es observada fundamentalmente en aquellos servicios donde la CE se desarrollaba en forma grupal ejemplo ODH (Obesos, Diabéticos e Hipertensos) y no fue manifestado en los discursos de los usuarios que concurren a las consultas donde el abordaje es usuario y familia.

Ent.10. ...sino una familia diferente a la que yo tenía, ta, a la que hoy día tengo igual, integré otra familia, entiendes, para mí no es solo venir a la policlínica, no, yo vengo a visitar mi familia que no es mía, que me la robé. Pero, bueno, me siento así yo acá, viste, con todos ellos. Si tu vienes un día, y estamos en reunión, tu vas a ver que no te estoy diciendo nada que no sea real, porque la gente que es entera, se da con todo el corazón, un corazón calentito, viste, muy calentito

E 9. Lo que estamos haciendo en este momento, ta. Tu estás.... con la diferencia que a tí la participación de lo que nosotros venimos a hacer es el grupo entero, entonces vistes, estamos en éste momento, tú estas participando conmigo, o yo participo

contigo, como tú quieras ver, pero en el grupo es así también, y no importa, es viejo, joven, mas viste, somos todos iguales en el momento.

E 3. *(suspiro) ah la verdad es que no sé cómo explicarte.. ... ellas me dijeron así que si yo quería votar, como no le digo, si es para bien de acá y del barrio encantada. Viste, para mí era una cosa para el barrio, no sólo para mí, para todos los vecinos que vienen. Para mí sería bárbaro que se hiciera algo más, me encanta que ellos tengan esa decisión de hacer esas cosas. Claro, sí, sí, no, a mí me gustan todas esas cosas, si pudiera andar andaba mas, mirá! (risas)*

Casi la totalidad de los entrevistados definen la participación como que les expliquen y dar opinión. Es en este contexto que se establece la Consulta de Enfermería (CE), como modalidad para gestionar el cuidado, definido el mismo como una acción terapéutica, interpersonal, única, contextual y dimensional, cuyos resultados se traducen en crecimiento para la persona cuidada y el cuidador, puesto que cuidar es ir más allá de los actos de observar y mirar.¹⁰ La misma se desarrolla a través de un conjunto de acciones permitiendo el análisis, interpretación, planificación y evaluación del cuidado enfermero. Además de posibilitar una relación formal educativa para promocionar la Salud a través de hábitos saludables, prevención de la enfermedad y factores de riesgos. En la mayoría de los discursos de los entrevistados hablan de la importancia de ser escuchados y escuchar, la información veraz, del intercambio, de preocuparse por el otro. La importancia de la comunicación, el compromiso de cumplir con lo que está planificado, la asiduidad, estar activo a través del dialogo.

Ent.10..... *Ya te dije es de un corazón muy calentito “L” Es servicial para todo. En todo sentido. Ella todo, viene, y tiene su oreja para ti. Que eso es muy importante para muchas personas, aunque, viste muchas veces crees que no pero es importante. Por lo menos para mí, viste, yo tengo sinceramente que, viste, que me escuches, viste, ya es bastante.*

Ent.6. *En mi caso es siempre predispuesto a escucharte, aconsejarte. Es decir, nunca sentí que una enfermera o un medico siempre me aconsejo hacer algo, nunca me obligó. Si yo cumpla o no con la Es problema mío ...*

Ent.7. *No, y yo creo que es viniendo siempre cuando tenés fecha. No sé como yo vengo siempre, no sé (Silencio)..... venir siempre, no sé ,en concurrir, en charlar..*

4.2 Discusión.

Señalábamos al comienzo del trabajo que su núcleo y objetivo principal era conocer la percepción que tienen los usuarios sobre su participación en la CE, con la finalidad de disponer de más conocimiento para incentivar dicha participación; contribuyendo a la incorporación de la opinión

del usuario en el ejercicio de su autonomía, a la toma de decisiones clínicas que afectan a su salud y que esta se consolide como una nueva cultura y/o concepción de la relación clínica entre las enfermeras y usuarios, integrándose plenamente en todas las intervenciones sanitarias. Para llevar a cabo dicha contribución hemos diseñado y realizado este trabajo de investigación desde el convencimiento de ser la mejor opción metodológica para poder recabar percepciones, conocimientos y saberes relacionados con la participación del usuario en la práctica clínica que realizan las enfermeras durante las consultas en los Servicios de Salud del PNA.

4.2.1. Planteamiento metodológico.

Un primer elemento para la reflexión y la discusión está representado por el marco teórico de nuestro trabajo, el cual es amplio y contiene conceptos que reflejan la variedad de conceptualizaciones coexistentes, que lejos de sumar al esclarecimiento del tema reflejan la complejidad de su término. Compartimos la idea de que el usuario debería ser el centro del sistema pero al mismo tiempo creemos que el sistema sanitario, la organización en definitiva debe estructurarse y configurarse de acuerdo a que esa realidad sea posible y que todo debe diseñarse y organizarse de un modo conforme a satisfacer y dar respuesta a las necesidades de los usuarios. La implementación de esta nueva realidad asistencial, basada en la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud con una reorientación clínica, con sustento en promover la participación desde la evolución de las instituciones en un intento por mejorar cada día la atención sanitaria que presta a las personas, la participación del usuario en la Consulta de Enfermería definida como el proceso de “compartir” información, opiniones y más concretamente compartir las decisiones dentro de la consulta, es un aspecto de la atención en Salud que debe ser relacionado con la calidad asistencial, porque ésta favorece la autonomía de las personas. Sin embargo, tanto por razones de influencia cultural, por una menor preparación o por una incapacidad cierta o simplemente por el deseo y decisiones personales, los usuarios demuestran que es muy variable la voluntad de participar, referido esto en nuestro marco teórico. En estos casos el sistema y los técnicos, deberán seguir tomando decisiones clínicas orientadas desde los modelos tradicionales, a favor de la salud de estas personas.

Entendemos que el contexto asistencial elegido para nuestro estudio, es decir PNA y en él, la CE, representan un entorno adecuado y propicio para explorar la implementación y el desarrollo de nuevos caminos y formulas de atención a la Salud. En este escenario el desarrollo de la relación enfermera- usuario representa una estrategia para este nuevo modelo de atención a la Salud, favorecido por una relación humanista. La necesidad de promover y desarrollar esta relación parece fuera de toda duda, y estamos convencidos de que su más amplia implementación y desarrollo contribuirá en nuestro entorno a alcanzar un atención de enfermería de mejor calidad prestada por

las instituciones y profesionales que la pongan en práctica.

De igual modo merecen una reflexión y un comentario nuestras hipótesis y nuestros objetivos específicos. Con referencia a nuestras hipótesis implícitas, debemos señalar que estas se sustentan en nuestra experiencia profesional. Nuestra percepción e intuición nos indicaba que la población tenía un conocimiento escaso del proceso de la participación; los comentarios con otros colegas, encuentros en talleres, trabajos en redes, están incluidos en dicho proceso y la propia revisión de la literatura. Estos planteamientos hipotéticos de alguna manera se nos han confirmado pese a la opinión implícitamente contraria que subyace en muchos de los profesionales. En nuestra opinión cabría cuestionarse esta realidad para conocer las razones que pueden explicarlas. Además, nos parecía interesante plantear si las diferencias que se pudieran apreciar podrían corresponderse con responsabilidades institucionales, la experiencia y actitud de los profesionales (no abordada en esta investigación), o atribuirles a los propios usuarios. Nuestra percepción indicaba que la relación clínica, aún siendo aceptable, tenía fuerte dosis de verticalidad, paternalismo y asimetría, y que la filosofía de atención centrada en el paciente y la toma de decisiones compartida está aún por llegar a este contexto asistencial.

En cuanto a los objetivos, consideramos que están justificados y en concordancia con el propósito general de nuestro trabajo, pero ¿podrían haber sido otros?, o, incluso siendo estos mismos ¿podrían haber tenido otra orientación? Sin duda podrían haber sido otros pero consideramos que son razonables y están adecuadamente fundamentados y justificados, además creemos que son pertinentes y acordes con este diseño. Básicamente, nos interesaba conocer qué se hacía, cómo se hacía, qué valoración merecía esa actividad desde uno de los actores involucrados: el usuario.

Consideramos que el abordaje metodológico se adecua al cumplimiento de los objetivos y que nos ha permitido dar respuesta a las preguntas que orientan nuestra investigación. En lo referente a la población, entendemos que puede suscitarse una discusión en cuanto a la selección de la misma, ya que hemos reconocido un sesgo de selección por la manera de seleccionar los usuarios bajo el criterio de poseer o disponer de una aceptable capacidad para el diálogo y la comunicación, sólo desde la medida de nuestra percepción subjetiva. Para nuestro diseño hemos elegido como técnica de recogida de información la entrevista semi estructurada porque entendemos que está absolutamente experimentada y consolidada, además de su utilidad clara y específica para nuestro planteamiento investigador. La observación participante nos ha permitido vivir en primera persona y como testigo directos el desarrollo de la entrevista, respetando en su totalidad las cuestiones éticas inherentes a nuestro trabajo investigador y hemos intentado tener y demostrar la sensibilidad suficiente como para impedir que la realidad asistencial habitual pudiera sufrir ninguna variación o modificación debido a nuestra presencia. Las entrevistas a los usuarios incluidos en la investigación

se configuran como la riqueza de nuestro trabajo. Reconocemos la dificultad de esta tarea principalmente en el momento de concretar la entrevista, asunto que ha resultado difícil, por otra parte, otra dificultad adicional advertida, ha sido la del momento inicial de la entrevista, es decir, “romper el hielo”, eliminar los prejuicios y generar cuanto antes la tranquilidad suficiente y el ambiente adecuado para permitir abordar toda la riqueza y potencialidad de una conversación diseñada, semi estructurada y construida con cierta artificialidad previa, pero neutral y productiva desde la perspectiva de los objetivos de la investigación y con una garantía total de confidencialidad para favorecer una apertura en la comunicación desde la desigualdad que se configura cuando existe un posible conflicto de intereses. En algunas oportunidades resultó necesario estar atentos para reconducir con cierta frecuencia la conversación para ajustarnos al guión previamente establecido, dichas situaciones vividas quedaron registradas en el diario de campo.

El siguiente paso de nuestra tarea ha sido la transcripción de todas las grabaciones en textos escritos para poder realizar después el análisis de su contenido. La tarea mimética y repetitiva de escribir aquello que escuchas desde un reproductor de sonido, teniendo en cuenta que, en nuestro caso, la cantidad de material era considerable, nos ha resultado la tarea más tediosa de todo el trabajo y, ciertamente agotadora.

4.2.2. Resultado del análisis.

En cuanto al análisis de contenido, señalamos que, fundamentalmente hemos seguido las proposiciones teóricas de Bardin (15), por cuanto hemos considerado que sintetiza y recoge de manera más fidedigna y clara las aportaciones que la literatura ofrece al respecto. Desde esa base o proposición teórica, nosotros intentamos adaptar nuestra tarea analítica a la especificidad de nuestro trabajo. De acuerdo a la valoración, interpretación y discusión de los resultados seguiremos una sistemática para el análisis y discusión de los resultados sobre la base de las diferentes unidades de análisis que hemos presentado, en el intento de ir un paso más allá de nuestra tarea investigadora. Desde ese planteamiento, las unidades que hemos considerado para abordar esta tarea son las siguientes:

- 1- Información de la Consulta de Enfermería.
- 2- Proyección del Rol que desempeña la Enfermera.
- 3- Valor y significado de la relación con la Enfermera
- 4- Proceso de la participación. (Conocimiento; condiciones, y niveles alcanzados)

Nos disponemos, pues, y procedemos a desarrollar esta tarea de conformidad con las consideraciones antes descritas.

1- Información de la Consulta de Enfermería

En cuanto a la información que los entrevistados poseían previa a la CE, debemos señalar, en

primer lugar que el total de los entrevistados por el criterio de inclusión de la muestra, han transitado por la consulta como tiempo mínimo 6 meses, por lo cual hemos apelado a su recuerdo sobre el conocimiento o información previa a su primera consulta. No poseían información previa y cuando eran derivados por el médico tratante, se puede decir que la información y/o comunicación era inefectiva o defectuosa sobre la CE, cuando manifiestan en sus discursos: *“una consulta nada más”* *“una cosa vulgar”*, *“no esperé nada más”*, *“no tenía idea”*, *“el tema empieza por una propuesta del Dr”*, *“empezando por el Dr”*. Se observa que culturalmente se mantiene el paradigma hegemónico médico generando en el usuario un rol pasivo, *voy porque me mandan, los usuarios no eligen*; la asocian sólo con los controles realizados previa a la consulta médica; dejando en evidencia el desconocimiento del proceso integral de la atención de Enfermería. Surge aquí una situación para el debate y la discusión, que tiene su fundamento entre el marco político- legal y la implementación e instrumentación en el territorio de la CE en los Servicios de Salud. Sería deseable que, dada la importancia y trascendencia de la tarea educativa de la enfermera en el desarrollo de su trabajo, así como también su metodología y las herramientas utilizadas para dicho cometido, requiriendo una capacitación, experiencia y dotación que permita su desarrollo, los servicios contaran con una dotación acorde a las necesidades poblacionales. Nuestra investigación nos ha permitido observar la dificultad que hayamos para encontrar lugares donde se desarrolle la consulta a cargo de una Licenciada.

2- Proyección del Rol que desempeña la enfermera.

En cuanto a la percepción que poseen los usuarios sobre el rol que desempeña la enfermera en la consulta, la mayoría coincidieron en que es la responsable de realizar los controles de rutina y registro previo a las consultas médicas. Explicitado cuando dicen *“sabía que me iban a tomar la presión y todas esas cosas “*, *“porque solo la presión es lo que me tomo” yo antes de ir al Doctor tengo que ir a la enfermería primero, por eso ahí me hacían todos los controles para ir al Doctor”*. Una minoría manifestó haber recibido algunos contenidos educativos en la consulta, pero las recomendaciones generalmente son brindadas por el médico, y ocasionalmente la enfermera explica o refuerza la información para asegurarse que ha sido captada adecuadamente.

Podemos apreciar a través de estos diálogos que el usuario percibe fundamentalmente a la enfermera como hacedora de procedimientos, no logrando vivirlo como un proceso de relación entre el usuario- familia y el profesional; dejando en evidencia que aspectos relevantes como la promoción, prevención y educación para la salud no son reconocidos dentro del accionar de enfermería en su área independiente; se favorece los servicios predominantemente curativos y aparentemente más cercanos a la demanda de la población; entonces ¿cabría pensar que el funcionamiento de la organización de los servicios de salud son favorecedores de esta imagen?

En un estudio realizado por Rodríguez Ramírez (76), sobre la percepción de la imagen social de la enfermera, encontraron que los mayores porcentajes correspondieron a: ayudar a los enfermos interesándose por sus problemas (75%), poner inyecciones y curar (70%), hacer examen físico (56%) y ayudar al médico (55%).⁷³ Las enfermeras también reproducimos estos modelos como técnico y como usuario debido a que somos parte de esta cultura a pesar de los esfuerzos y la política favorecedora del cambio sanitario, la opiniones de los usuarios son coincidentes sobre el rol profesional de la enfermera, por lo que se visualiza un punto de reflexión y de mucho trabajo en esta área, puesto que nuestras funciones en el PNA son muy variadas y relevantes. Cuando son consultados los usuarios acerca de si frente a un caso de enfermedad acuden a consultar a una enfermera, la mayoría planteó que no lo realizan. El técnico sabedor del conocimiento para la resolución de temas de enfermedad es el médico. La valoración que podemos realizar en cuanto a este aspecto desde la información generada por las entrevistas viene a ratificar nuestras apreciaciones desde la observación. En todo caso, las entrevistas ofrecen matices que refuerzan el discurso que venimos manteniendo, toda vez que la reducida percepción de enfermedad se ve subrayada por el discurso de los pacientes quienes en términos generales otorgan a la salud una definición reducida a lo biológico. Esta vivencia nace de una evolución histórica de la concepción del proceso salud– enfermedad, el cual se centra en lo biológico, curativo y del cual nosotros estamos impregnados y los evidenciamos en la pregunta realizada, donde hacemos énfasis en *Cuando ha vivido casos de enfermedad, ¿ha consultado a alguna enfermera?*, presuponiendo que al usuario se le representaba más claramente dicha situación para relacionarlo con un técnico.

Según los modelos citados en el marco teórico de Betty Neuman y H Peplau, se asume que las enfermeras tienen dentro de su accionar la tarea de enseñar, aconsejar y guiar a los individuos ayudándolos a mantener su salud. De acuerdo a lo hallado en la investigación esta tarea no se realiza plenamente, pasando por alto el aspecto del cuidado, elemento básico para fomentar a lo largo de todo el proceso vital, como lo define Weinstein.

3– Valor y significado de la relación con la enfermera

Este es otro aspecto de nuestro trabajo que merece nuestro esfuerzo de valoración e interpretación. Hemos señalado, en términos generales que la interacción entre profesionales y usuarios durante la consulta es de cercanía, familiaridad, de respeto, comprensión y empatía, esta última como una herramienta esencial en la comunicación efectiva; manifestada en los discursos de la totalidad de los usuarios. Nuestra formación profesional basada en el paradigma biomédico, con una actitud racional apoyada en lo científico-técnico, busca más las causas de la enfermedad que los factores que la determinan. La CE propone un enfoque holístico, donde importa no sólo el individuo sino su entorno,

⁷³ Rodríguez R, Escalona JR. Percepción de la imagen social de la Enfermera. *Educare* 21 2007;21 (38): 1- 14.

su familia, los cuales inciden fuertemente en su salud física, espiritual y mental. En la actividad asistencial, nos encontramos con una variedad inmensa de personas, realidades y problemas de salud. Personas que tienen su propia forma de percibir sus afecciones, por lo tanto necesidades variables frente al sistema de salud, ya sean estas en el orden de la prevención o curación. En las entrevistas se escuchó a los usuarios decir en forma reiterada “*me escuchan*”, “*me atienden*”, “*me llaman por el nombre*”, “*me reconocen fuera de la policlínica*”, “*me saludan*”, lo cual los impulsa a continuar concurriendo a la consulta con ese enfermero. Consideramos que la empatía es el instrumento para establecer un vínculo efectivo con el usuario, efectivo en la percepción de éste, en la medida que establecemos empatía facilitamos nuestro accionar, el entendimiento y adhesión de las personas al cuidado de su salud, con el objetivo de lograr su autocuidado.

4- Proceso de la participación. (Conocimiento, condiciones y niveles alcanzados)

La participación no es estática, sino que es un proceso dinámico, por el cual los usuarios pueden ganar grados de participación a lo largo de su ejercicio. Geilfus (2000) asocia este proceso llamándolo “*escalera de la participación*” que grafica cómo es posible pasar de la pasividad casi completa, donde el usuario es solo el beneficiario, al control de su propio proceso, donde pasan a ser los actores de su autocuidado. Debemos mencionar que el escenario y el ambiente de interacción observado eran propicios y favorecedores de la participación. Los usuarios en varias oportunidades resaltaron el ambiente “*familiar*”, lo “*cómodo*” que se sentían, que eran “*escuchados*”; sin poner en contradicción lo anterior debemos mencionar que se observó a través de los discursos cierta asimetría hacia el poder-saber del técnico- profesional, manteniendo dentro del modelo biomédico una actitud paternalista por parte de los profesionales, un clima que más bien invita a la pasividad, a guardar la forma para no perder la compostura, que de dar la opinión y/ o tomar decisiones. Es importante destacar que cada individuo organiza la información que recibe a través de sus sentidos, mediante un proceso mental, la percepción. La misma es distinta de una persona a otra. Es por ello que decimos que la percepción es siempre selectiva, y además siempre se ve influenciada por la historia personal de los sujetos y el clima que los rodea. Debido a que esta percepción selectiva se encadena de una manera peculiar cuando dos o más personas se encuentran reunidas e intercambian opiniones, estas percepciones tienden a potenciarse entre ellos.

Esta misma característica selectiva hace que no todos los usuarios perciban, entiendan y sientan del mismo modo ante las diferentes circunstancias que van atravesando conjuntamente, esto podría estar explicándonos la variedad de grados de participación que se analizaron de los discursos.

Encontramos en ellos principalmente la importancia de recibir información, así como también muchos explicitaban que se sentían cómodos a la hora de dar su opinión.

Según afirman A Kroeger y R Luna (p. 10): "*La estrategia de atención primaria de salud cobra un*

*significado especial cuando se examinan las relaciones entre la comunidad y la institución prestadora de esos servicios. El cambio fundamental implícito en APS es que la comunidad y los individuos dejan de ser objeto de atención y se convierten en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud, y asumen responsabilidades específicas ante ella. Los factores ideológicos, políticos, sociales y culturales influirán en este proceso, y condicionarán la claridad con que se vean las relaciones entre la salud y otros aspectos de la vida de la comunidad."*⁷⁴

Reconocemos que una posible limitación de nuestro trabajo se genere de la posibilidad de no haber podido acceder a todas las regiones territoriales de Montevideo en el ámbito público, debido a la ausencia de la CE en los Centros de Salud del PNA. Creemos que una fortaleza de nuestro trabajo está dada por la credibilidad del mismo, debido a que en forma sistemática hemos explicitado nuestra recogida de datos, las observaciones, refrendando nuestras interpretaciones con suficientes y extensos ejemplos del material de las entrevistas. La neutralidad y confiabilidad de nuestros hallazgos, entendemos que está garantizada a través de nuestros registros, las transcripciones textuales y citas directas que hemos incluido en nuestros resultados y, además, en soportes digitales de voz. Como estrategia para aumentar la credibilidad realizamos la triangulación mediante el análisis integrado y crítico de los datos obtenidos en investigaciones realizadas en servicios públicos y servicio privado de salud. Finalmente reafirmando la validez y calidad solicitamos la auditoría externa, la cual fué realizada por el tutor, solicitándole a este las críticas y correcciones pertinentes a lo largo del proceso. En lo que se refiere a propuestas de nuevas líneas de investigación, consideramos que nuestro objetivo de investigación fue novedoso, en lo referente a la participación en la CE, puesto que no hemos hallado estudios similares en este campo disciplinar. Creemos, que en Enfermería hay mucho por hacer en este terreno, el horizonte se amplía con este tipo de investigaciones, generando inquietudes y nuevos abordajes desde los actores: usuario, profesional; y desde lo territorial: urbano- rural, capital- interior; así como también desde la técnica elegida en este tipo de metodología.

Capítulo 5

Conclusiones.

Los resultados obtenidos en este estudio de investigación, así como la discusión del mismo sobre la base de los fundamentos teóricos, los antecedentes y los resultados de otros trabajos afines nos han permitido responder a los objetivos que inicialmente nos habíamos planteado. A lo largo del trabajo

⁷⁴ Kroeger, A. y Luna, R.(comp.): *Atención Primaria de Salud. Principios y métodos*. Segunda Edición. Organización Panamericana de la Salud y Editorial Pax México. México, 1992.

hemos podido apreciar como es la atención durante la CE, la misma se construye sobre la base de un modelo asistencialista, esencialmente biomédico, paternalista, alejado de los enfoques centrado en el usuario, la horizontalidad, la relación de ayuda y la toma de decisiones compartida. En relación a la imagen que se proyecta de la enfermera hacia los usuarios nos preocupa; como se observó en los resultados la percepción de los mismos era de ayudante del médico, de hacedora de procedimientos; las funciones del personal de Enfermería no están claramente definidas, lo que evidencia una deficiencia, ¿del sistema?, ¿de la organización?, ¿de las instituciones?, ¿del profesional?. En primer lugar señalaremos que nuestra primera hipótesis nos situaba en el terreno del desconocimiento de la percepción de los usuarios con respecto a su participación en la CE. A lo largo de esta investigación nos hemos acercado al conocimiento de dicha percepción sin llegar a ser la misma un tema agotado, se presentó la dificultad por parte de los usuarios de definir el concepto de participación en la consulta, recurriendo a imágenes, ideas y actividades concretas de la vida cotidiana. La CE en nuestro país no es conocida. El usuario cuando concurre a la misma no posee información o conocimiento previo, la asocia a la consulta médica porque es lo conocido, la cual se desarrolla con un encare biomédico. Aún con el cambio de modelo del SNIS el mismo no garantizó su aplicación y desarrollo, porque aplicar programas, guías, o protocolos depende no solo de que estén escritos, sino de los actores involucrados en su aplicación, que en este caso se ven influenciados por la cultura de la organización. Igualmente, en relación a la CE nuestra posición inicial reconocía este desconocimiento, que luego se reafirma en el discurso de los entrevistados. La CE como proceso de atención integral es una herramienta capaz de dar respuesta a las necesidades de los usuarios, y lo manifestamos así porque estamos convencidos de ello. La optimización de su potencialidad está condicionada por múltiples variables de naturaleza institucional, planificación de recursos y por supuesto ligada a los profesionales, y esta está por desarrollarse y aplicarse en toda su extensión y potencialidad. En virtud de todo ello a modo de conclusiones generales de este trabajo:

- 1 Los usuarios que concurren a la CE, basan su conocimiento de ésta en la experiencia de la consulta médica. No todos los servicios de PNA cuentan con la CE dentro de su cartera de prestaciones; generando una reducida experiencia por parte de los profesionales, así como el desconocimiento de la existencia de la misma por parte de las personas.
- 2 El escaso número de Licenciados en Enfermería en los servicios limitan la implementación de la CE, dejando espacios vacíos; no viéndose reflejado el cambio de modelo planteado desde nuestro marco político legal; favoreciendo aspectos curativos, asistencialistas en detrimento de aspectos relevantes como la promoción, prevención y educación para la salud.
- 3 La relación que mantiene la enfermera con el usuario es de empatía, vista ésta como un factor

facilitador para el proceso de la participación.

- 4 La participación en salud para los actores involucrados no es un ejercicio en construcción, es necesario un aprendizaje. Para lograr la participación hay que romper muchos esquemas consolidados, cambiar estructuras anquilosadas,
- 5 En el proceso de participación, ¿qué lugar les cabe a los profesionales del PNA? ¿El de expertos o directores con control sobre la transformación que ellos planifican? ¿El de acompañantes facilitadores de un proceso que ocurre en el territorio?; preguntas éstas disparadoras de una reflexión a nuestro accionar cotidiano, y no abordados en esta investigación.

Como estudiantes de la maestría en Salud Comunitaria de la UdelaR hemos transitado un largo proceso de formación, estudio y trabajo personal, que iniciamos hace algunos años con el deseo y el objetivo de profundizar y alcanzar una formación superior y nuevas y mejores competencias profesionales en el ámbito de nuestra disciplina enfermera. Éste camino nos ha permitido conocer otras realidades, otros pensamientos, otras herramientas. Hoy sentimos que ha valido la pena, que hemos alcanzado la maduración personal y profesional que contribuirán a lo que siempre realmente hemos pretendido, servir a la sociedad a la que pertenecemos y en la que vivimos para intentar devolverle de manera sincera y honesta la gratitud que le debemos.

Siglas utilizadas

APS. Atención Primaria en Salud

CE. Consulta de Enfermería

FONASA. Fondo Nacional en Salud

RAP. Red de Atención Primaria

ASSE. Administración de los Servicios de Salud del Estado

IAMC. Institución de Asistencia Médica Colectiva

ONU. Organización de Naciones Unidas

OMS. Organización Mundial de la Salud

PNA. Primer Nivel de Atención

SNIS. Sistema Nacional Integrado en Salud

UDELAR. Universidad de la República

Capítulo 6

Referencias bibliográficas.

6.1 Citada

- 1- Jovell A, Navarro M, Fernández L, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Aten Primaria*, 2006;38(3): 234-7.
- 2- González A, Fabrellas N, Agramunt M, Rodríguez E, Grifell E, et al. De paciente pasivo a paciente activo. Programa Paciente Experto del Institut Catalá de la Salut. *RISAI 2008 | Vol 1 | N° 1*
- 3- Ruiz Moral R, Alba Dios A, Dios Guerra C, Jiménez García C, González Neubauer V, Pérula de Torres L, et al. Preferencia, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería en los centros de salud. *Enferm Clín*, 2011;21(3): 136-142.
- 4- Joosten EA, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA. Systematic review of the effects of shared decision-making on Patient Satisfaction, Treatment, Adherence and Health Status. *Psychother Psychosom*. 2008;77(4):219-26.
- 5- Vázquez ML, Siqueira E, Kruze I, Da Silva A, Leite IC. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gac Sanit* 2002; 16(1): 30-38.
- 6- Delgado Gallego ME, Vázquez Navarrete ML, Zapata Bermúdez Y, Hernán García M. Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. *Rev Esp Salud Pública*. 2005; 79(6): 697-707.
- 7- Gilliam S. Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care? *BMJ*.2008;336:536-8.
- 8- Méndez C, Vanegas López J. La participación social en salud: el desafío de Chile. *Rev Panam Salud Pública*. 2010; 27(2):144-147.
- 9- Perfil de los sistemas de Salud. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Octubre 2009. 3a edición. OPS\ OMS.
- 10- Chaparro L. Cómo se constituye el “vínculo especial” de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. *Aquichan*.Abril 2011.11(1). 7-22
- 11- Giorgi V. La participación de Niños, Niñas y Adolescentes en las Americas a 20 años de la convención de los Derechos del Niño. Documento elaborado a solicitud del Instituto Interamericano del Niño. OEA Instituto Interamericano del Niño, Niña y Adolescente. 2010.
- 12- La Rosa, Liliana. (2001). Empoderamiento y Programa Subsectorial de Irrigación. Banco Mundial- PSI. Print, Junio 2001.
- 13- Velásquez Fabio. Crisis municipal y participación ciudadana en Colombia., en *Revista Foro*, N° 1, Bogotá, septiembre de 1986, p. 22.
- 14- Anderg- Egg 1992. Reflexiones en torno a los métodos de trabajo social. México DF : Editorial El Ateneo. Linares C 1996. Participación: ¿solución o problema? La Habana: Centro de investigaciones y desarrollo de la cultura cubana Juan Marinello.
- 15- Villanueva A, Nebot C, Galán A, Gómez G, Cervera M, Mira J, et al. Puntos de vista de pacientes, ciudadanos, profesionales y directivos sobre como llevar a la práctica una atención sanitaria centrada en el paciente. *Rev Calidad Asistencial*. 2006; 21(4):199-206
- 16- Láuz Iris. La participación ciudadana en salud. *Revista Regional de Trabajo Social* 2006, Vol 33; 31-39.
- 17- Menéndez E.L.; Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social, *Cuadernos Médicos Sociales*, Rosario, 1998;73:5-22
- 18- Linares C 1996. Participación: ¿solución o problema? La Habana: Centro de investigaciones y desarrollo de la cultura cubana Juan Marinello.
- 19- Morón C 1995 Políticas y estrategias para la seguridad alimentaria en el hogar. *Archivos latinoamericanos de nutrición*; 45 (1: 374-378)
- 20- Gonzalez Ortuya P; Etchebarne L; Bozzo E; Garay M. Programación Participativa en Salud

Comunitaria. Facultad de Enfermería. Comisión Sectorial de Educación Permanente. Universidad de la República. Montevideo Uruguay.

- 21- Vergara Quintero M. Tres concepciones históricas del Proceso Salud-Enfermedad. Hacia la promoción de la Salud. Vol 12. Ene-dic 2007. 41-50.
- 22- Arredondo Armando. Análisis y reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad. Cad Saúde Públ. Rio de Janeiro,8(3); 254-261.jul/set 1992.
- 23- Devillard MJ. La construcción de la Salud y de la Enfermedad. Trabajo expuesto en la IV Reunión de la Sociedad Española de Historia de la Medicina (mayo 1989), bajo el título *Las dimensiones de lo social en la construcción de la salud y de la enfermedad*.
- 24- Weinstein, Luis Salud y Autogestión 1978 Edit. Nordan. Montevideo, Uruguay p. 46 y 47.
- 25- Barrenechea,C; Menoni ,T; et al. Actualización en Salud Comunitaria y Familiar: Herramientas metodológicas para el trabajo en el primer nivel de Atención 2009, Fac. de Enfermería, Dep. de Enfermería Comunitaria, Comisión Sectorial de Educación Permanente, UdelaR. Montevideo, Uruguay. Pag.17
- 26- Ferrara F. Teoría Social y Salud". Catálogo Editorial. Buenos Aires 1985.
- 27- Declaración de Alma- Ata. Salud Pública Educ Salud 2002; 2(1):22-24.
- 28- . Oliva López A, Escudero J y Dary Carmona L. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES Medicina Social (www.medicinasocial.info) volumen 3,número 4, noviembre 2008
- 29- Reyes Alvarez y col Participación social en los programas locales de salud. Programas de desarrollo de servicios de salud. Serie de desarrollo de servicios de Salud. Washington 1988 .
- 30- Antero Souza Machado MF, Francenely Cunha Vieira N. Educación en Salud: perspectiva del equipo de salud de la familia y la participación del usuario. Rev Latino-Am. Enfermagem 2009. Marzo-abril.17 (2).
- 31- Peplau HE Relaciones Interpersonales en Enfermería. Ed Masson. Salvat Enfermería. Barcelona.1990
- 32- Colegio de enfermeras del Uruguay (CEDU), Comité de Enfermería Comunitaria. Competencias de la Licenciada en Enfermería Comunitaria. Material no editado.
- 33- Marriner, A. y Raile, M. Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid: Edit. Harcourt Brace 4ª Edición.1999
- 34- Salazar Molina A, Valenzuela Suazo S. Teoría de Orem aplicada a intervenciones durante embarazo y climaterio. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 jul-ago; 62(4): 613-9.
- 35- López, M. (2002), Atención domiciliaria y enfermería: Análisis del perfil socio-sanitario del paciente que recibe visita domiciliaria como consulta de enfermería desde atención primaria. Trabajo de investigación. [On-line]. Disponible en [www. en fe valencia. org/ei/](http://www.enfevalencia.org/ei/)
- 36- Mas Server, M. (2004) Gestión De Una Consulta De Enfermería Neurológica Orientada Al Paciente. Trabajo de investigación [On-line]. Disponible en [www. en fe valencia. org/ei/](http://www.enfevalencia.org/ei/)
- 37- Mazarrasa, L y Cols. (2003) Salud Pública y Enfermería Comunitaria. (2º ed.) Madrid: Edit. McGraw – Hill Interamericana. Vol. I, II y III
- 38- Rigol Cuadra, A; Lluch Canut, T; Ugalde Apalategui, M. Consulta de enfermería en Salud Mental. Revista ROL de Enfermería. 1989;125:17-20
- 39- Silva MG. Da. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpersonal – a percepção do cliente. Rev.latino-am.enfermagem,Ribeirão Preto,v6,n1,p. 27-31, Janeiro 1998.
- 40- Alarcón AM, Vidal A, Neira Rozas J. Salud Intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Med Chile. 2003;131: 1061-1065.
- 41- Tavares Machado M, Mesquita Leitão G, Xavier de Holanda F. El concepto de acción comunicativa: una contribución para la consulta de enfermería. Rev Latino-Am. Enfermagem 2005. Setembro- outubro.13 (5):723-8.
- 42- Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE Jr, Yano EM, Frank HJ. Patients´ participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. J Gen Intern Med. 1988 Sep-Oct;3(5):448-57.

- 43- Greenfield S, Kaplan S, Ware JE Jr: Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcome. *Ann Intern Med.* 1985 Apr;102(4):520-8.
- 44- Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care.* 1989 Mar;27(3 Suppl):S110-27.
- 45- Martínez Urionabarrenetxea K. Hacia un nuevo modelo de relación clínica. *SEMERGEN.* 2001; 27: 291-296.
- 46- Blancafort S. ¿Qué esperan los pacientes de los profesionales sanitarios? *Enferm Clin.* 2006;16(1): 1-2.
- 47- Ruiz Moral R, et al. Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia. *Aten Primaria* 2011. doi: 10.1016/j.aprim.2010.12.011
- 48- Ruiz-Moral R, Gavilán-Moral E, Pérula de Torres LA, Jaramillo-Martín I. ¿Cuáles son las expectativas de los pacientes cuando acuden a una consulta de atención primaria y qué piensan los médicos de ellas?. *Rev Calidad Asistencial.* 2008;23(2):45-51.
- 49- Levison W, Kao A, Kuby A, Thisted R. Not All Patients Want to Participate in Decision Making. *J Ger Intern Med.* 2005;20;531-535.
- 50- Delgado A, López-Fernández LA, Luna J, Saletti Cuestas L, Gil Garrido n, Puga González A. Expectativa de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud. *Gac Sanit* 2010;24(1): 66-71.
- 51- Ruiz Moral R, Alba Dios A, Dios Guerra C, Jiménez Garcia C, González Neubauer V, Pérula de Torres L, et al. Preferencia, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería en los centros de salud. *Enferm Clín,* 2011;21(3): 136-142.
- 52- Dibarboure H. *Historias.* Oficina del Libro. Montevideo 1996 p17.
- 53- Palacio Lapuente F, Silvestre Busto C. Participación del paciente como estrategia de mejora de la calidad. *Aten Primaria.* 2006;38(8): 461-4.
- 54- Prados Torres D, Leiva Fernández F. Incertidumbre en Medicina de Familia y toma de decisiones compartida con el paciente. *Aten Primaria.* 2006;38(10):531-4.
- 55- Kiesler DJ, Auerbach SM. Optimal matches of patient preference for information, decision-making and interpersonal behavior: Evidence, models and interventions. *Patient Education and Counseling* 61 (2006) 319-341.
- 56- .Lopez, M.(2002),Atención domiciliaria y enfermería: Análisis del perfil socio-sanitario del paciente que recibe visita domiciliaria como consulta de Enfermería desde atención primaria. Trabajo de investigación.(On-line).Disponible en www.enfe.valencia.org/ei/.
- 57- Forgas R, Melamed M. Percepción. Estudio del desarrollo cognoscitivo. 2ª Edición. México. Trillas 1989. Reimp 1999. P 1-21)
- 58- González García G. la Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo. Argentina; 2007
- 59- Villar, H y Capote,R. Exposición de motivos. Ley 18221, SMIS, Montevideo, 2008.
- 60- Ley 18335 – Pacientes y usuarios de los Servicios de Salud. Derechos y Obligaciones
- 61- Beltrán ÓA. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería. *Invest. educ. enferm.* 2006; 24(2): 144-150.)
- 62- Medina JL. (1998). La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes Psicopedagogía.
- 63- Robirosa M., Cardarelli G., y La Palma A., *Turbulencia y planificación social, Siglo XXI y UNICEF,* Buenos Aires, 1990.
- 64- Blancafort S. ¿Qué esperan los pacientes de los profesionales sanitarios? *Enferm Clin.* 2006;16(1): 1-2.
- 65- Rodríguez R, Escalona JR. Percepción de la imagen social de la Enfermera. *Educare* 21 2007;21 (38): 1- 14.
- 66- Kroeger A. y Luns R.(comp.): *Atención Primaria de Salud. Principios y métodos.* Segunda Edición. Organización Panamericana de la Salud y Editorial Pax México. México, 1992.

6.2 Consultada

- 1- Bardin L. Análisis de Contenido. Ediciones Akal. Madrid España. 3ª Edición. 2002.
- 2- Barrenechea C, Bonino M, Celiberti A, Ciganda E, Echenique E, Echenique L. Marco general, objetivos y desafíos del programa. En: Acción y participación comunitaria en salud. Montevideo. Uruguay. Editorial Nordan Comunidad. 1993.
- 3- Etchebarne, I. Temas de Medicina Preventiva y Social. Atención Primaria de la Salud y Primer Nivel de Atención. 2ª ed. Montevideo: Oficina del libro AEM, 1998.
- 4- Granda E. ¿A que llamamos Salud Colectiva hoy?. Revista Cubana de Salud Pública. 2004;30(2)
- 5- Levcovitz E, Antonioli G, Sánchez D, Fernández Galeano M, ed. Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Montevideo: OPS; Octubre 2011
- 6- Margel Geysler. Desentrañar el sentido del trabajo. Hacia la comprensión de las configuraciones identitarias laborales. Editorial El Colegio de México. México DF. Primera edición 2010.
- 7- Méndez C, Vanegas López J. La participación social en salud: el desafío de Chile. Rev Panam Salud Pública. 2010; 27(2):144-147.
- 8- OMS Carta de Ottawa para la Promoción de Salud. 1986.
- 9- Padro M.; Souza M.; Carraro T. Investigación cualitativa en Enfermería: contexto y bases conceptuales. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex Salud y Sociedad 2000 n 9. 2008.
- 10- Pineda Elia B., Albarado Eva Luz de. Metodología de la investigación. Organización Panamericana de la Salud. 3ª edición 2008.
- 11- Rebellato, José Luis. La Encrucijada de la Ética. Edit. Nordan. Uruguay, Montevideo. 1995.
- 12- Scorsolini-Comin F, Santos MA. El estudio de la felicidad y la promoción de la salud: revisión integradora de la literatura. Rev Latino-Am. Enfermagem [Internet], mai.-jun. 2010 [acceso 30/08/11]; 18(3):[08 pantallas]. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
- 13- Tarrés M. Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social. Editorial Miguel Ángel Porrúa. México DF. Segunda reimpresión mayo 2008.
- 14- Vasilachis de Gialdino I. Estrategias de investigación cualitativa. Editorial Gedisa. Barcelona España. Primera edición noviembre de 2006.
- 15- <http://www.expertpatients.co.uk/public/> [acceso 16/09/11]
- 16- Margel Geysler. Desentrañar el sentido del trabajo. Hacia la comprensión de las configuraciones identitarias laborales. Editorial El Colegio de México. México DF. Primera edición 2010.
- 17- Testa M. Vida señas de identidad. SALUD COLECTIVA. La Plata, 2005 1(1): 33-58.

Capítulo 7

Anexos

7.1 Guía de la entrevista .

Dinámica y desarrollo de entrevista.

Saludo y presentación personal, agradecimiento por haber aceptado la participación en el estudio. Breve explicación de los objetivos del mismo, asegurando la confidencialidad de la identidad. La necesidad de la formalidad del consentimiento el cual deberá ser firmado avalando su participación voluntaria.

Guión de entrevista semi-estructurada.

Fecha: ___/___/___	N Formulario: _____
Nombre (Iniciales): _____	Edad: ___ años Sexo: ___(F-M)
Tel/cel: _____	
Ocupación: _____	Nivel de instrucción: _____
Nombre de la institución: _____	Antigüedad en la CE _____
Número de consulta que concurre: _____ veces	

Introducción: *“Nosotros somos enfermeras que trabajamos en una policlínica y nos encontramos haciendo un trabajo para conocer cómo y cuanto participan las personas cuando se encuentran siendo atendidos por enfermeras en las Consultas de Enfermería.*

Le aseguramos que los contenidos vertidos por usted/es en la entrevista serán manejados con total confianza y privacidad”.

1) Información y conocimiento sobre la Consulta de Enfermería

- a. ¿Qué pensaba que era la Consulta de Enfermería antes de venir, qué pensaba encontrar?

2) Planteamiento de expectativas, opiniones y preferencias

- a. Cuando ha vivido casos de enfermedad, ¿ha consultado a alguna enfermera?
- b. ¿Cuáles son las decisiones que ha tomado respecto a su salud? ¿Cómo se ha sentido?

3) Valoración y características identificativas de la relación-vínculo asistencial que mantiene con su enfermera

- a. ¿Cuánto tiempo hace que viene, cómo se sintió usted en esta consulta?
- b. ¿Cómo diría que es el trato que recibe?
- c. ¿Qué influye en la relación entre la enfermera y usted?

4) Significado del término participación para el usuario en la Consulta Enfermería

- a. ¿Qué entiende usted por participación en la consulta?
- b. Durante la consulta, ¿realiza Ud preguntas? ¿Le hacen preguntas?
- c. ¿Cómo ve la participación ?.....y ¿cómo le gustaría que fuera?
- d. ¿Quisiera decirnos algo que no le hemos preguntado?

7.2 Consentimiento informado.

Montevideo, _____2014.

Policlínica de _____

Por la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

Percepción del usuario sobre su participación en la Consulta de Enfermería.

El objetivo de estudio es: *Conocer la percepción de los usuarios sobre su grado de participación en salud, en la Consulta de Enfermería.*

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: concurrir a la Consulta de enfermería participando de un cuestionario de preguntas abiertas las cuales serán grabadas por el entrevistador y durante la entrevista habrá otra enfermera que sólo tomara apuntes y observará como se desarrolla la misma. Declaro que se me ha informado de la intervención propuesta y los beneficios derivados de mi participación en el estudio, que consiste en:

Conocer aspectos de participación en la Consulta de Enfermería.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención de enfermería ni médica que recibo en la institución.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de dudas o preguntas relacionadas con el estudio: _____

7.3 Triangulación

Queremos presentar el análisis de los significados categóricos desde donde poder realizar la triangulación de los datos y de los investigadores del sector público y privado, con el fin de aumentar la credibilidad y apreciar así con mayor claridad las concordancias y discordancias.

1- Información de la Consulta de Enfermería.

ACTORES	UNIDAD DE ANALISIS Información de la Consulta de Enfermería	RESULTADO
Investigador Observador Participante Público	El discurso de los usuarios deja de manifiesto el desconocimiento de la CE, asociándola a la consulta médica. Algunos casos puntuales referían a la CE como complemento de la consulta médica.	Observamos que existe un amplia concordancia entre el discurso de los actores. Evidenciamos el desconocimiento de la Consulta de Enfermería y una asociación permanente con la Consulta Médica.
Investigador Observador Participante Privado	Se aprecia que concurren a la consulta por una propuesta del médico tratante, desconocen totalmente la existencia de la misma, y/o como complemento a la consulta médica.	
Usuarios Entrevistas Público	<ul style="list-style-type: none"> - Es vivenciado como algo vulgar, algo sencillo. - Un consulta nada más. - No tenía idea de que se trataba. - Como cuando te enfermas y el Dr te atiende. 	
Usuarios Entrevistas Privado	<ul style="list-style-type: none"> - No tenía idea de que se trataba. - Todo empieza con una propuesta del Dr. - Venía a ver que era. 	

2- Proyección del Rol que desempeña la Enfermera.

ACTORES	UNIDAD DE ANALISIS Proyección del rol que desempeña la Enfermera	RESULTADO
Investigador Observador Participante Público	En los discursos de los usuarios se podía apreciar que identificaban a la enfermera como la hacedora de intervenciones, como la ayudante del médico. Sólo en una policlínica y en algunos de los discursos de la misma se refleja a la enfermera como referente de salud.	Consideramos que, en general existe concordancia de los actores respecto a este tema. Son muy pocos los usuarios que transmitieron contar con la enfermera como referente de salud.
Investigador Observador Participante Privado	El discurso generado por los usuarios refleja el rol de la enfermera como hacedora de procedimientos, no visualizándola como referente a quien consultar.	
Usuarios Entrevistas Público	<ul style="list-style-type: none"> - Sabía que me iban a controlar y todas esas cosas. Ya me lo esperaba. - Insumos para después la Dra. poder evaluar las cosas. - Cuando la llamo desesperada para preguntarle siempre me ha contestado. - Encontré la enfermera que necesitaba. 	
Usuarios Entrevistas Privado	<ul style="list-style-type: none"> - Sólo los controles me realiza. Son los insumos para que tenga el Dr/Dra. - Cuando va a hacerse los controles médicos. 	

3- Valor y significado de la relación con la Enfermera

ACTORES	UNIDAD DE ANALISIS	RESULTADO
Investigador Observador Participante Público	Valor y significado de la relación con la Enfermera Los usuarios se manifiestan en forma directa y a través de gestos y actitudes de sentirse como en familia, contenidos, escuchados, apreciados, valorados. Identificados como personas, se genera un trato empático.	Consideramos que existe concordancia de los actores respecto a la relación usuario - enfermera. Manifestando sentirse satisfechos con la atención que reciben por parte de estas. Se genera un vínculo afectivo.
Investigador Observador Participante Privado	Manifestaron sentirse como en una gran familia, las expresiones y actitudes corporales acompañaban y reafirmaban lo expresado. Los escuchaban, tenían tiempo para dedicarles.	
Usuarios Entrevistas Público	<ul style="list-style-type: none"> - Estamos como en familia. - Se sienten escuchados. - Tienen paciencia. - Siempre encuentran la respuesta. 	
Usuarios Entrevistas Privado	<ul style="list-style-type: none"> - Excelente, se valora el tiempo que nos dedican. - Me siento como en familia. - Nos hemos hecho amigos. 	

4- Proceso de la participación.

ACTORES	UNIDAD DE ANALISIS Proceso de la participación	RESULTADO
Investigador Observador Participante Privado	A través del análisis se observa la reproducción de un modelo paternalista asimétrico, saber- poder. En él aparece la necesidad de recibir información y compartir su opinión, no así la práctica de la toma de decisiones.	Existe una concordancia entre el discurso de los actores. No creemos que se den las condiciones organizacionales para que se pueda practicar la participación en su máximo nivel como es la toma de decisiones, ni tampoco las condiciones personales de los distintos actores lo promueven, quizás por falta de ejercicio de la misma.
Investigador Observador Participante Privado	No observamos a través de los discursos la práctica de la toma de decisiones, pero si el intercambio de información, el dar opinión, el ser escuchados. Se genera un ambiente para que se produzca. El técnico como sabedor.	
Usuarios Entrevistas Público	<ul style="list-style-type: none"> - Nos dejan participar haciendo preguntas. - Nos sentimos bien cuando tratamos la enfermedad. - Hay confianza para poder preguntar. - Podemos sacarnos algunas dudas. - Cada uno va dando su idea sobre los temas. 	
Usuarios Entrevistas Privado	<ul style="list-style-type: none"> - Se hace de todo, consulta las dudas o le preguntan a uno. - Se va dando me parece el ida y vuelta. - Tratar de cuidarme dentro de todo lo que me dicen. 	