



Universidad de Concepción

Dirección de Postgrado

Facultad de Enfermería - Doctorado en Enfermería

***DISEÑO DE INDICADORES DE CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA
PARA LA COBERTURA UNIVERSAL EFECTIVA DE LA DIABETES***

MELLITUS TIPO 2

POR SARA RAQUEL GUERRERO NÚÑEZ

*Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción
para optar al grado académico de Doctor en Enfermería*

Profesora Guía: Dra. Sandra Valenzuela Suazo

Profesora Co-Guía: Dra. Patricia Cid Henríquez

Mayo 2018

Concepción-Chile

© 2018. Sara Raquel Guerrero Núñez

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.



AGRADECIMIENTOS

Por ser parte de esta ardua y gratificante etapa, mi sincero agradecimiento a;

-Dios: porque sobreabundó su fidelidad y la excelencia de su conocimiento.

-Familia: por su amor y paciencia permanente. Su compañía, consejos y oraciones, han sido siempre un gran e incomparable tesoro.

-Amistades: Por su valiosa presencia y su fraternal afecto. Contribuyeron con innumerables alegrías que siempre recordaré.

*-Profesora Guía y Co Guía de tesis: por el conocimiento y confianza. Fueron fundamentales para alcanzar la madurez académica que deseaba.
Gracias por animarme en todo momento.*

-Personas que participaron del estudio: Por el tiempo, confianza, y voluntad. Sin ellos, esto no habría culminado.

-Universidad de Atacama: por otorgarme la comisión de estudio. Mi retribución es el compromiso con la Institución, los estudiantes, y la región.

-Universidad de Concepción, especialmente a las profesoras del programa académico: Por la oportunidad otorgada, el apoyo por medio de la beca, y el aprendizaje adquirido.

-Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica: Por el beneficio de la Beca de Doctorado Nacional año 2016.

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS.....	iii
TABLA DE CONTENIDOS.....	iv
INDICE DE TABLAS	vi
INDICE DE CUADROS.....	vii
INDICE DE ILUSTRACIONES.....	ix
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
1.1. Problema de Investigación.....	6
1.2. Justificación del problema.....	9
1.3. Objetivos de la investigación.....	13
1.4. Preguntas de investigación:.....	14
CAPÍTULO 2: MARCO REFERENCIAL.....	15
2.1. Marco Teórico y Conceptual.....	15
2.1.1. Cobertura y Acceso Universal a la Salud: Su incorporación en el Sistema de Salud chileno.	15
2.1.2. Cobertura Efectiva en Salud.....	25
2.1.3. Cobertura Universal en Salud en las Enfermedades no transmisibles.	30
2.1.4. Diabetes Mellitus Tipo 2 y la respuesta del Sistema de Salud chileno.	34
2.1.5. Modelo de Atención Integral en Salud.....	45
2.1.6. Atención Primaria de Salud.	47
2.1.7. Gestión del cuidado en Enfermería y su desafío en la Cobertura Universal a la Salud en la Diabetes Mellitus Tipo 2.....	51
2.1.8. Gestión de calidad y participación de Enfermería.	60
2.1.9. Teoría de la Atención Burocrática de Marilyn Anne Ray.	65
2.1.10. Teoría Fundamentada y su importancia para la creación de Microteorías de enfermería.	67
2.2. Marco Empírico.....	70
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	76
3.1. Método de investigación.	76
3.1.1. Primera Etapa de Investigación: Paradigma cualitativo.	78
3.1.2. Segunda Etapa de Investigación: Paradigma cuantitativo.	91
3.2. Plan de análisis de la información.....	93

3.2.1. Primera Etapa de Investigación: Procesamiento y análisis de información cualitativa.....	93
3.2.2. Segunda Etapa de Investigación: Procesamiento y análisis de información cuantitativa.....	95
3.3. Aspectos Éticos en la Investigación.....	97
CAPITULO 4: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	100
4.1. Primera Etapa de Investigación: Resultados Paradigma Cualitativo.	100
4.1.1. Fase 1: Comprensión de la práctica del cuidado de enfermería en personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2.	100
4.1.2. Fase 2: Teorización de percepciones sobre calidad del cuidado de enfermería para Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.	108
4.2. Segunda Etapa de Investigación: Resultados Paradigma Cuantitativo.	282
4.2.1. Recorrido metodológico para la identificación de dimensiones e indicadores.....	283
4.2.2. Evaluación de la validez de contenido.	299
CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	317
CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES.....	330
CAPÍTULO 7: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	333
CAPÍTULO 8: ANEXOS	351
Anexo N°1: Invitación Enfermero(a) del Centro de Salud Familiar	351
Anexo N°2: Invitación Director del Centro de Salud Familiar	352
Anexo N°3: Invitación al Subdirector y Jefe del Programa de Salud Cardiovascular.....	353
Anexo N°4: Invitación Gestor en Servicio de Salud o Departamento de Salud Municipal	354
Anexo N°5: Plan de Trabajo de la Investigación.....	355
Anexo N°6: Lineamientos para la codificación.....	356
Anexo N°7: Consentimiento Informado Pacientes.....	362
Anexo N°8: Consentimiento Informado Enfermera(o)	363
Anexo N°9: Consentimiento Informado Gestor(a) de Salud	364
Anexo N°10: Instrumento enviado a grupo de expertos para validación de contenido.....	365

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Distribución regional y nacional de población diabética, prevalencia de DM 2 estimada, controlados y cobertura efectiva.	41
Tabla N° 2: Evaluación de los indicadores de estructura en la dimensión desempeño y autonomía profesional.	300
Tabla N° 3: Evaluación de los indicadores de estructura en la dimensión vocación y competencia profesional.	302
Tabla N° 4: Evaluación de los indicadores de estructura en la dimensión condiciones del sistema y establecimiento.	303
Tabla N° 5: Evaluación de los indicadores de estructura en la dimensión programación de la gestión del cuidado y participación de enfermería.	305
Tabla N° 6: Evaluación de los indicadores de proceso en la dimensión cobertura del cuidado continuo y diverso.	306
Tabla N° 7: Evaluación de los indicadores de proceso en la dimensión gestión de la calidad del cuidado.	309
Tabla N° 8: Evaluación de los indicadores de resultado en la dimensión actitud profesional.	310
Tabla N° 9: Evaluación de los indicadores de resultado en la dimensión recepción y eficacia del cuidado.	312
Tabla N° 10: Evaluación de los indicadores de resultado en la dimensión relación de cuidado.	313
Tabla N° 11: Evaluación de los indicadores de impacto en la dimensión Cobertura Universal Efectiva del cuidado.	315

INDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1: Red Asistencial de Atención Primaria de Salud en la Región de Atacama, según comuna de pertenencia.....	50
Cuadro N° 2: Criterios para la validación de contenido	96
Cuadro N° 3: Escala de evaluación para la validación de contenido	97
Cuadro N° 4: Pauta de entrevistas individuales y grupales semi-estructuradas en enfermeras, pacientes y gestores de salud.	108
Cuadro N° 5: Codificación de los documentos primarios utilizados en la percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.....	111
Cuadro N° 6: Categorías iniciales en la codificación axial de la percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.	123
Cuadro N° 7: Codificación de los documentos primarios utilizados en la codificación de la percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.	187
Cuadro N° 8: Categorías iniciales en la codificación axial de la percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.	195
Cuadro N° 9: Codificación de los documentos primarios utilizados en la codificación de la percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.	234
Cuadro N° 10: Categorías iniciales en la codificación axial de la percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.	242
Cuadro N° 11: Recorrido metodológico para la identificación de las dimensiones en los indicadores de estructura.	284
Cuadro N° 12: Recorrido metodológico para la identificación de los indicadores de estructura en la dimensión desempeño y autonomía profesional.....	285

Cuadro N° 13: Recorrido metodológico para la identificación de los indicadores de estructura en la dimensión vocación y competencia profesional.....	286
Cuadro N° 14: Recorrido metodológico para la identificación de los indicadores de estructura en la dimensión condiciones del sistema y establecimiento.	287
Cuadro N° 15: Recorrido metodológico para la identificación de los indicadores de estructura en la dimensión programación de la gestión del cuidado y participación de enfermería.....	288
Cuadro N° 16: Recorrido metodológico para la identificación de las dimensiones en los indicadores de proceso.....	289
Cuadro N° 17: Recorrido metodológico para la identificación de los indicadores de proceso en la dimensión cobertura del cuidado continuo y diverso.	291
Cuadro N° 18: Recorrido metodológico para la identificación de los indicadores de proceso en la dimensión gestión de la calidad del cuidado.	292
Cuadro N° 19: Recorrido metodológico para la identificación de las dimensiones en los indicadores de resultado.....	293
Cuadro N° 20: Recorrido metodológico para la identificación de los indicadores de resultado en la dimensión actitud profesional.....	294
Cuadro N° 21: Recorrido metodológico para la identificación de los indicadores de resultado en la dimensión recepción y eficacia del cuidado.	295
Cuadro N° 22: Recorrido metodológico para la identificación de los indicadores de resultado en la dimensión relación de cuidado.	296
Cuadro N° 23: Recorrido metodológico para la identificación de las dimensiones en los indicadores de impacto.....	297
Cuadro N° 24: Recorrido metodológico para la identificación de los indicadores de resultado en la dimensión Cobertura Universal Efectiva del cuidado.	298

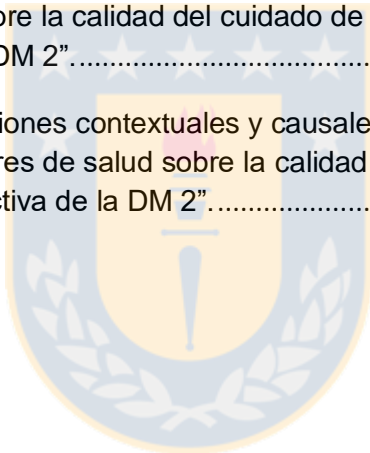
INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración N° 1: Proceso de investigación en el diseño secuencial exploratorio de métodos mixtos.	78
Ilustración N° 2: Fases del proceso de investigación en el paradigma cualitativo	79
Ilustración N° 3: Cuidado de enfermería en la Diabetes Mellitus Tipo 2, según Teoría de la Atención Burocrática de Marilyn Anne Ray.	101
Ilustración N° 4: Proceso de recolección y análisis de datos en la percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. 2016-2017.....	110
Ilustración N° 5: Categorías axiales en la percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.....	125
Ilustración N° 6: Red semántica de la categoría Autonomía profesional.	128
Ilustración N° 7: Red semántica de la categoría Continuidad en el cuidado.	131
Ilustración N° 8: Red semántica de la categoría Cuidado diferenciado.	134
Ilustración N° 9: Componentes del paradigma en la percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.	135
Ilustración N° 10: Red semántica de la Subcategoría Autoimagen profesional.	137
Ilustración N° 11: Red semántica de la Subcategoría Competencias cognitivas y actitudinales previas.....	139
Ilustración N° 12: Red semántica de la Subcategoría Condiciones de la red asistencial.	141
Ilustración N° 13: Red semántica de la Subcategoría Condiciones del paciente.....	143
Ilustración N° 14: Red semántica de la Subcategoría Condiciones institucionales.	145
Ilustración N° 15: Red semántica de la Subcategoría Enfoque económico del sistema.	146
Ilustración N° 16: Red semántica de la Subcategoría Innovación en el cuidado	148

Ilustración N° 17: Red semántica de la Subcategoría Prestaciones de salud garantizadas.	150
Ilustración N° 18: Red semántica de la Subcategoría Efecto en el cuidado de la persona.	153
Ilustración N° 19: Red semántica de la Subcategoría Relación interpersonal de ayuda.	155
Ilustración N° 20: Estructura diagramática de la Microteoría sustantiva “percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”.....	165
Ilustración N° 21: Condiciones contextuales y causales de la Microteoría sustantiva “percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”.....	166
Ilustración N° 22: Proceso de recolección y análisis de datos en la percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. 2016-2017.....	186
Ilustración N° 23: Categorías axiales en la percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.....	196
Ilustración N° 24: Red semántica de la categoría Acceso al cuidado.	199
Ilustración N° 25: Red semántica de la categoría Aprendizaje significativo.	201
Ilustración N° 26: Componentes del paradigma en la percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.	202
Ilustración N° 27: Red semántica de la Subcategoría Competencias profesionales. ..	203
Ilustración N° 28: Red semántica de la Subcategoría Entorno sociocultural y creencias.	204
Ilustración N° 29: Red semántica de la Subcategoría Estado emocional.	204
Ilustración N° 30: Red semántica de la Subcategoría Experiencia previa.....	205
Ilustración N° 31: Red semántica de la Subcategoría Vocación profesional.....	206
Ilustración N° 32: Red semántica de la Subcategoría Continuidad del cuidado.	207

Ilustración N° 33: Red semántica de la Subcategoría Cuidado en comunidad.	207
Ilustración N° 34: Red semántica de la Subcategoría Cuidado en comunidad.	208
Ilustración N° 35: Red semántica de la Subcategoría Cuidado significativo.	209
Ilustración N° 36: Estructura diagramática de la Microteoría sustantiva “percepción del paciente sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”	218
Ilustración N° 37: Condiciones contextuales y causales de la Microteoría sustantiva “percepción del paciente sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”	219
Ilustración N° 38: Proceso de recolección y análisis de datos en la percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. 2016-2017.....	232
Ilustración N° 39: Categorías finales en la codificación axial de la percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.....	244
Ilustración N° 40: Red semántica de la categoría Acceso al cuidado.	246
Ilustración N° 41: Red semántica de la categoría Cuidado centrado en el paciente. ...	248
Ilustración N° 42: Red semántica de la categoría Cuidado integral.	250
Ilustración N° 43: Componentes del paradigma en la percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.....	251
Ilustración N° 44: Red semántica de la Subcategoría Condiciones del paciente en control.....	252
Ilustración N° 45: Red semántica de la Subcategoría Condiciones del sistema de salud.	253
Ilustración N° 46: Red semántica de la Subcategoría Condiciones en la población estimada.....	254
Ilustración N° 47: Red semántica de la Subcategoría Condiciones institucionales.	255
Ilustración N° 48: Red semántica de la Subcategoría Competencia y compromiso profesional.	256

Ilustración N° 49: Red semántica de la Subcategoría Estrategias oportunas.	257
Ilustración N° 50: Red semántica de la Subcategoría Gestión de soluciones.	258
Ilustración N° 51: Red semántica de la Subcategoría Monitoreo de la calidad.	259
Ilustración N° 52: Red semántica de la Subcategoría Cuidado en la comunidad.	260
Ilustración N° 53: Red semántica de la Subcategoría Efectividad en indicadores institucionales.	261
Ilustración N° 54: Red semántica de la Subcategoría Efectividad en indicadores poblacionales.	262
Ilustración N° 55: Estructura diagramática de la Microteoría sustantiva “percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”.....	272
Ilustración N° 56: Condiciones contextuales y causales de la Microteoría sustantiva “percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”.....	273



RESUMEN

Objetivos: Teorizar la percepción de las enfermeras, pacientes, y gestores de salud, respecto a la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la Diabetes Mellitus tipo 2, durante el período 2015-2017. Validar los indicadores de calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la Diabetes Mellitus tipo 2, durante el segundo semestre de 2017. **Método:** Estudio de métodos mixtos, con diseño secuencial exploratorio. Se realizaron dos etapas. La primera se subdividió en dos Fases: Fase 1 fue descriptiva, aplicando observación no participante para comprender la práctica del cuidado de enfermería en personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2; la Fase 2 utilizó teoría fundamentada, aplicando entrevistas individuales y grupos focales en 15 profesionales de enfermería, 17 personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, y 6 gestores de salud. Aquí se teorizaron percepciones de los participantes. En la segunda etapa se evaluó la validez de contenido de los 55 indicadores de calidad, por un grupo de 10 expertos. Los indicadores fueron evaluados según tres criterios: pertinencia; claridad; e importancia, otorgando una calificación de 1 a 5 puntos. El criterio importancia se evaluó por la razón de validez de contenido, según modificación de Tristán a los criterios de Lawshe, manteniendo los indicadores con valores superiores o iguales a 0.58. Además, se incorporó una evaluación cualitativa. **Resultados:** Emergieron tres Microteorías sustantivas sobre calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la Diabetes Mellitus tipo 2. Éstas explican el fenómeno según diversos enfoques: Las enfermeras lo comprenden como un cuidado autónomo, continuo y diferenciado; para las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 es el acceso a la relación de cuidado; y para los gestores de salud es la gestión de un cuidado integral y centrado en el paciente. Esto permitió identificar 10 dimensiones de calidad: desempeño y autonomía profesional; vocación y competencia profesional; condiciones del sistema y establecimiento; programación de la gestión del cuidado y participación de enfermería; cobertura del cuidado continuo y diverso; gestión de la calidad del cuidado; actitud profesional; recepción y eficacia del cuidado; relación de cuidado; y cobertura universal efectiva del cuidado. Ellas contenían 55 indicadores de calidad, que posterior a la evaluación de validez de contenido, fueron reducidos a 53. **Conclusiones:** La calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la Diabetes Mellitus tipo 2, es un fenómeno multifactorial, y que integra diversas perspectivas. Las tres Microteorías y los 53 indicadores, explican y promueven la medición del progreso en la cobertura universal de salud. La ciencia de la enfermería, en tanto disciplina y profesión, contribuirá con la cobertura universal de salud, al implementar una gestión de la calidad del cuidado según necesidades en la población objetivo. **Palabras Claves:** Indicadores; Calidad; Enfermería; Cobertura universal de salud; Diabetes Mellitus Tipo 2.

ABSTRACT

Objectives: Theorize the perception of nurses, patients, and healthcare administrators, regarding the quality of nursing care for the Effective Universal Coverage of type 2 Diabetes Mellitus, during the 2015 and 2017 period. Validate the quality indicators of nursing care for the Effective Universal Coverage of type 2 Diabetes Mellitus, during the second semester of 2017. **Methods:** Sequential exploratory mixed-method design. Two stages were developed. The first was subdivided into two phases: Phase 1 was descriptive, applying non-participant observation to comprehend the practice of nursing care in people diagnosed with type 2 Diabetes Mellitus; Phase 2 used substantiated theory employing individual interviews and focus group in fifteen nursing professionals, seventeen people diagnosed with type 2 Diabetes Mellitus and six healthcare administrators. Here, participants' perceptions were theorized. In the second stage, a group of ten experts evaluated the content validity of the fifty-five quality indicators. The indicators were assessed according three criterion: appropriateness; clarity; and importance, qualifying them from one to five points. The criteria of importance was assessed for the reason of content validity regarding Tristan modification to the Lawshe criterion, keeping the indicators with superior values or equals to 0.58. Furthermore, a qualitative assessment was incorporated. **Results:** Three substantial micro theories emerged in relation to the quality of nursing care for the Effective Universal Coverage of type 2 Diabetes Mellitus. These explain the phenomenon according to diverse approaches: the nurses understand this as an autonomous, continuous, and distinguished care; for the patients diagnosed with type 2 Diabetes Mellitus is the access to the relation of care, and for the healthcare administrators is the management of an integral and focused patients care. This allowed identifying 10 dimensions of quality: performance and professional autonomy; vocation and professional competence, institutional and system conditions, programming of the care management and nursing participation; continuous and diverse care coverage, management of the care quality, professional attitude, reception and care efficacy, relation of care, and effective universal care. They contained fifty-five quality indicators that after the content validity assessment were reduced to fifty-three. **Conclusions:** The quality of nursing care for the Effective Universal Coverage of the type 2 Diabetes Mellitus is a multifactorial phenomenon that includes diverse perspectives. The three micro theories and the fifty-three indicators explain and promote the measurement of the progress in the Universal Health Coverage. The nursing science, as a discipline and profession, will contribute to the Universal Health Coverage by implementing a quality management regarding the needs of the targeted population. **Key Words:** Indicators; Quality; Nursing; Universal Health Coverage, Type 2 Diabetes Mellitus.

INTRODUCCIÓN

Se promueve el desarrollo sostenible de un país, cuando éste es compuesto por ciudadanos saludables, con acceso a una atención de salud en caso de enfermarse, y sin poner en riesgo su situación económica. Los países, por medio de políticas públicas, han intentado asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de salud, especialmente, aquellos Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuales se adhieren a los lineamientos internacionales promovidos por esta organización¹. En 2005, los Estados miembros asumieron el compromiso colectivo de alcanzar la cobertura sanitaria universal, convencidos que "todas las personas deberían tener acceso a los servicios de salud que necesitan sin correr el riesgo de ruina económica o empobrecimiento"². Se ratifica este compromiso a través del plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2008-2013, y posteriormente en el período 2014-2019, titulado "En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad"³, reconociendo a la cobertura universal de salud y a los Determinantes Sociales en Salud (DSS) como pilares articuladores para que un sistema sanitario impacte equitativamente en la salud de su población. Aunque la cobertura universal de salud no es suficiente por sí misma para garantizar la salud, bienestar, y equidad, ésta se constituye en uno de los fundamentos necesarios para alcanzarlos⁴.

La reforma de salud chilena instauró la política de cobertura universal para la población con diagnóstico de enfermedades priorizadas por el Sistema de Salud. La ley N°19.966 establece un Régimen General de Garantías en Salud⁵, instituyendo la aprobación de las Garantías Explícitas en Salud para distintos regímenes, los que han sido aprobados por los siguientes decretos: N° 170(2005); N° 228(2005); N° 44(2007); N° 69(2007); N° 1(2010); N° 4(2013); y N° 3(2016). Esta política chilena otorga derecho a la población, garantizando un listado de prestaciones de salud específicas para cada enfermedad incorporada. Estas enfermedades generan en el país las mayores cargas sanitarias.

Aunque el escenario es alentador, debido al incremento del número de enfermedades cubiertas, el país enfrenta desafíos en la consolidación del acceso a prestaciones garantizadas. Esto se manifiesta en una baja cobertura de patologías con relevancia en el país, tales como: Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM 2); Hipertensión Arterial; y entre otras, la Dislipidemia. Otro desafío consiste en la oferta de servicios de calidad, conexas a las necesidades de las personas, y que éstas hagan uso de ellas. Esto permitirá transitar de una cobertura universal a una Cobertura Universal Efectiva, siendo esto primordial en población con diagnóstico de patologías que ocasionan una importante carga sanitaria y económica para la persona, sus familias, y asimismo, para los diferentes sistemas y gobiernos. La transición de cobertura permitirá impactar substancialmente en los indicadores de salud con importancia nacional.

La DM 2, a nivel nacional e internacional destaca por su tasa de morbilidad; mortalidad; gasto económico asociado a complicaciones; además de la vinculación con DSS, que en ocasiones agrava desigualdades e inequidades en salud. En Chile, esta enfermedad pertenece al grupo de enfermedades cubiertas por el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, pero, aun así, la baja cobertura y el alto porcentaje de descompensación metabólica, la convierte en un grave problema de salud pública. En consecuencia, dicha enfermedad es una de las prioridades nacionales en el ámbito de la salud. Por esta razón, la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020, plantea transitar de la cobertura poblacional a una cobertura efectiva del tratamiento, estableciendo metas de cobertura efectiva que van desde 29,8% en 2010, a 31,8% en 2015, y a 35,8% para el año 2020⁶. En la Atención Primaria de Salud (APS) las enfermeras tienen un importante rol en la atención de personas con diagnóstico de DM 2, son responsables de realizar controles en salud acorde a las directrices declaradas en la guía clínica de esta enfermedad. De esta manera, se cumple con la garantía de calidad declarada en el Régimen de Garantía Explícita en Salud. El Régimen indica que dicha garantía ha de otorgarse por atenciones de prestadores acreditados⁵, siendo la guía clínica y el listado de prestaciones de salud, los lineamientos para la atención de personas con diagnóstico de enfermedades cubiertas por este Régimen.

La guía clínica y el listado de prestaciones garantizadas para personas con diagnóstico de DM 2, se orientan, principalmente, al diagnóstico y tratamiento médico, con el objetivo de alcanzar la cobertura efectiva del tratamiento. En ellas no se garantizan intervenciones de enfermería dirigidas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades y/o complicaciones, en el paciente y su respectiva familia. Esto, a pesar de que el Sistema de Salud ha declarado la incorporación de un enfoque de salud familiar y comunitario. Por tanto, es conveniente profundizar en el fenómeno de la calidad del cuidado de enfermería en este contexto y población, con la intención de conocer las diversas perspectivas de quienes participan en la relación de cuidado. Asimismo, es relevante integrar dichas visiones en el diseño de indicadores de calidad, porque contribuyen a la medición y mejora del cuidado, fortaleciendo desde enfermería los servicios y atenciones de salud.

Conforme al señalado contexto, en la investigación se plantearon dos objetivos generales. El primero consistió en teorizar la percepción de las enfermeras, pacientes, y gestores de salud, respecto a la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. El segundo planteó la evaluación de validez de contenido de los indicadores de calidad del cuidado de enfermería, los cuales emergieron de la teorización. Para responder a los objetivos se realizó un estudio mixto secuencial exploratorio, organizado en dos etapas. En la primera etapa de investigación se aplicó el paradigma cualitativo, y en la segunda el paradigma cuantitativo. A su vez, la primera etapa de

investigación se desglosa en la Fase 1 y Fase 2. En la Fase 1 se comprendió la práctica del cuidado de enfermería en personas con diagnóstico de DM 2, por medio de la observación no participante. En la Fase 2 se utilizó teoría fundamentada según la postura de Strauss y Corbin⁷, donde se teorizó la percepción de los participantes sobre calidad del cuidado de enfermería en el contexto y población de estudio. Esto se realizó por medio de entrevistas individuales y grupos focales. Finalmente, en la segunda etapa de investigación se realizó un estudio descriptivo, con un recorrido metodológico que permitió la identificación y definición de las dimensiones e indicadores de calidad, desde los resultados obtenidos en el paradigma cualitativo. Esta etapa finalizó con la evaluación de validez de contenido de los indicadores de calidad.

La investigación presenta un orden según el diseño mixto secuencial exploratorio seleccionado, es decir, primeramente se exponen los aspectos comunes de ambos paradigmas, a saber: el problema de investigación, y el marco referencial. Posteriormente, se exponen los apartados con presentación distinta en ambos paradigmas, cualitativo y cuantitativo respectivamente: metodología de la investigación y resultados de la investigación. Finalmente, con una integración de ambos paradigmas, es presentada la discusión de los resultados y la conclusión de la investigación.

CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Problema de Investigación

La cobertura universal en salud corresponde a una política sanitaria a nivel internacional, determinando que la intervención en este contexto enfrentará las desigualdades e inequidades en salud. La OMS ha generado diversas directrices con la intención de apoyar la gestión oportuna de los gobiernos, los cuales propendan a la cobertura sanitaria de los servicios requeridos en la población, pero, sin poner en riesgo la situación financiera de las personas^{8,4}.

Chile, en los últimos años, ha fortalecido su Sistema de Salud, generando políticas que han propiciado la cobertura universal en salud de la población. La DM 2 forma parte de las enfermedades cubiertas por esta política pública. Esto debido a su baja cobertura, en tanto, pesquisa y asistencia de quienes son diagnosticados; las complicaciones que le acompañan; y entre otras, las consecuencias económicas para el núcleo familiar⁹ y Sistema de Salud¹⁰. Ello explica su incorporación al Régimen de Garantías Explícitas en Salud, y a la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Es por medio de este documento, que el Sistema de Salud chileno se compromete en mejorar la cobertura efectiva del tratamiento para los años de evaluación, a saber: 2010; 2015; y 2020⁶. La cobertura efectiva de la DM 2 en personas de 15 años y más, corresponde a un indicador de medición de la cobertura universal en esta enfermedad, puesto que

incorpora en su medición a las personas con DM 2 compensadas ($HbA1c < 7\%$), según la prevalencia de esta enfermedad¹¹. Considerando aquello, en un estudio previo realizado por la investigadora¹¹, demostró que la Cobertura Universal Efectiva de esta enfermedad corresponde a menos del 20% a nivel nacional (17,69%), siendo la región de Atacama la zona geográfica con mejor promedio de pacientes con control metabólico en 2011-2013, pero asimismo, con la mayor tasa de mortalidad por diabetes, además de otros indicadores que agravan la situación de la región. Entre éstos, el bajo porcentaje de participación de enfermeras en el Programa de Salud Cardiovascular, siendo esto relevante, pues a mayor participación de estas profesionales, aumenta la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2¹¹. Considerando que investigaciones previas demuestran la importancia que ejerce la participación de enfermeras en el control metabólico de la DM 2^{12,13}, la limitada participación de ellas en el programa señalado, agrava el bajo control metabólico poblacional.

Las diferencias nacionales de la participación de enfermeras en este grupo y contexto de estudio, además de la inexistencia de prestaciones de salud garantizadas específicas de enfermería, en el área de la promoción de la salud y prevención de enfermedades y/o complicaciones en esta población y familia, manifiesta que el cuidado de enfermería no está estandarizado en la atención de este tipo de personas.

Las enfermeras, especialmente en la APS, participan en la atención directa de la persona con diagnóstico de DM 2, realizando sus actividades conforme a la

guía clínica de esta enfermedad, que escasamente da cuenta de la participación de estas profesionales. La guía clínica señala que la función de las enfermeras se dirige, principalmente, a educar al paciente en los aspectos básicos de su enfermedad, el autocuidado, y monitorear la adherencia al tratamiento⁹, soslayando la calidad del cuidado, al no estandarizar sus acciones en este grupo poblacional. De esta manera, el Ministerio de Salud no cuenta con indicadores o estándares del cuidado de enfermería para la persona con DM 2.

Dado que el derecho a la protección de la salud, la equidad, y la justicia, entre otros, son los fundamentos de la política cobertura universal de salud, es fundamental investigar distintos fenómenos en el ámbito de la Cobertura Universal Efectiva, ya que ésta incorpora implícitamente el concepto de calidad¹⁴. Esta cobertura garantiza prestaciones de salud al universo de personas que necesitan una determinada atención o servicio de salud, y no solamente a las personas inscritas en los establecimientos de salud. Por esta razón, responder a la Cobertura Universal Efectiva de esta enfermedad, desde la gestión de los cuidados, se convierte en una necesidad sanitaria clave, pues el diseño de indicadores de calidad contribuye a la implementación de un sistema de evaluación continuo de los cuidados de enfermería. En consecuencia, enfermería interviene en un concepto clave de la Cobertura Universal Efectiva, a saber: la calidad. Ésta es reconocida como una de las garantías en el Sistema de Salud chileno, pero, restringida a una atención por

prestador acreditado. El diseño de indicadores de calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva, se convierte en la propuesta de la investigadora para fortalecer, desde enfermería, la garantía de calidad en el ámbito y contexto de estudio. Esto facilitará la evaluación de las intervenciones dirigidas a la Cobertura Universal Efectiva, y además promoverá la gestión de la calidad del cuidado institucional, en cada establecimiento de APS.

Conforme a lo señalado, esta investigación se construyó con dos preguntas iniciales que surgieron en la investigadora: ¿Cuáles serán las percepciones de las enfermeras, pacientes y gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2?. Luego de responder a ello, ¿Cuáles serán los indicadores de calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2?.

1.2. Justificación del problema.

Es relevante intervenir en el fenómeno de la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, debido a la magnitud y problemas asociados a la enfermedad. La DM 2 ha presentado una prevalencia y tasa de mortalidad ascendente en el país^{6,7}. La prevalencia corresponde al 9,4% en población chilena mayor a 15 años, tres puntos porcentuales más alta que la informada en 2003⁶. La tasa de mortalidad asociada a diabetes, calculada por 100.000 habitantes, ha pasado desde 16,8(1999)^{6,7}; 19,1(2007)^{6,7};

a 19,86(2013)¹¹. Considerando la importancia de lo expuesto, esta investigación aborda el problema desde las siguientes perspectivas:

-Garantía de calidad: Chile reconoce la necesidad de otorgar cobertura universal de salud a las personas con diagnóstico de DM 2, generando prestaciones de salud con cuatro garantías. La propuesta de esta investigación, a saber, indicadores de calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, se relaciona y contribuye con la garantía de acceso, y especialmente, con la garantía de calidad. Esta última se restringe a una atención por prestador acreditado, conforme a los manuales del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta y cerrada. Esto se constituye en un sistema de evaluación de la calidad exigible a los establecimientos de salud públicos y privados en Chile¹⁵. El manual de la atención abierta, específicamente en el ámbito de la gestión clínica, contempla la aplicación de un "programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Atención de enfermería"¹⁵. Dicho enunciado se ha establecido en términos generales, transfiriendo la responsabilidad de diseño e implementación de estos programas a los respectivos establecimientos.

-Cobertura Universal Efectiva en su amplio espectro: Por medio de esta investigación, enfermería contribuye con las políticas públicas nacionales e internacionales relativas a cobertura universal en salud. La investigación promueve la calidad del cuidado y la calidad clínica de la institución, generando una fracción de máxima ganancia para el paciente y familia^{16,17}, contribuyendo

con la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. Para esta investigación, las ganancias se relacionan con la compensación, ausencia o postergación de las complicaciones, satisfacción de la atención recibida, y entre otros, mejora de la calidad de vida, además de la disminución de costos asociados por enfermedad y complicaciones. Esto genera efectos positivos en la gestión económica del Sistema de Salud, y el cumplimiento de las metas sanitarias establecidas para el período 2011-2020.

-Conocimiento de enfermería: Esta investigación contribuye al conocimiento de enfermería, específicamente en un sector donde poco se visibiliza el cuidado. Los últimos avances legislativos chilenos respecto a la autonomía de la gestión del cuidado, materializa la formulación de lineamientos en la atención cerrada en salud^{18,19}. Por esta razón, es fundamental visibilizar la gestión de los cuidados de enfermería, especialmente, como contribución a problemáticas de salud pública de gran relevancia en el país. Tal es el caso del bajo porcentaje de compensación metabólica, en personas con diagnóstico de DM 2. Hablar de Cobertura Universal Efectiva, debe ocasionar la asociación del efecto positivo, o de la ganancia en salud que ello conlleva. La ciencia de la Enfermería es capaz de impactar en los indicadores sanitarios, al identificar las dimensiones claves de la práctica de enfermería, y así, confeccionar indicadores de calidad que generen un sistema de evaluación permanente.

-Insumos para un mejoramiento continuo de la calidad del cuidado: Los resultados de esta investigación se convierten en el preámbulo de un

instrumento que integre estos indicadores, lo cual contribuya a una evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en el contexto político y sanitario del estudio. Esto permitirá la implementación de un sistema de control y evaluación permanente del cuidado, teniendo como gran meta la Cobertura Universal Efectiva. La gestión de la calidad del cuidado generará conocimiento científico que fortalecerá a la enfermería del sector, y hará más eficiente el uso de los recursos asignados.



1.3. Objetivos de la investigación.

1.3.1. Objetivos Generales:

-Teorizar la percepción de las enfermeras, pacientes, y gestores de salud, respecto a la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, durante el período 2015-2017.

-Validar los indicadores de calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, durante el segundo semestre de 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos:

-Describir la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, según percepción de enfermeras, pacientes, y gestores de salud.

-Identificar las dimensiones de la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, según percepción de enfermeras, pacientes, y gestores de salud.

-Definir las dimensiones de la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, según percepción de enfermeras, pacientes, y gestores de salud.

-Definir los indicadores de calidad del cuidado de enfermería, para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.

-Evaluar la validez de contenido de los indicadores de calidad del cuidado de enfermería, para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.

1.4. Preguntas de investigación:

-¿Cuáles serán las percepciones de las enfermeras, pacientes y gestores de salud, sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2?.

-¿Cuáles serán los indicadores de calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2?.



CAPÍTULO 2: MARCO REFERENCIAL

2.1. Marco Teórico y Conceptual.

2.1.1. Cobertura y Acceso Universal a la Salud: Su incorporación en el Sistema de Salud chileno.

Los Estados miembros de la OMS han intentado, por medio de diversas políticas públicas, asegurar el derecho a salud en su población^{4,20}. Éstos han asumido lo declarado en la constitución de la OMS, adoptada por la Conferencia sanitaria internacional en el año 1946. Dicha constitución, con sus respectivas reformas adoptadas por la 26^a, 29^a, 39^a y la 51^a Asambleas Mundiales de la Salud que entraron en vigor en 1977, 1984, 1994 y en 2005 respectivamente, incorporan un principio básico para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos, el cual consiste en que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social"²¹. Esto movilizó a los gobiernos a mejorar los Sistemas de Salud, incorporando así, la lucha contra las desigualdades y las inequidades en materia de salud, conceptos que hasta entonces no eran muy conocidos, pero, actualmente son fundamentales en toda política pública de salud.

Durante las últimas décadas se han formulado diferentes estrategias y políticas para el fortalecimiento de los Sistemas de Salud a nivel nacional, regional y

mundial, que han sido apoyados por la OPS y OMS²², y además, otras entidades como el Banco Mundial y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)²³⁻²⁵. De las estrategias y políticas más recientes, se encuentra la declaración política de Río en 2011 sobre los DSS, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el desarrollo sostenible (Río+20) del 2012, la resolución de las Naciones Unidas A/RES/67/81 en diciembre del 2012, la declaración de Panamá para reducir las inequidades en salud reproductiva, materna e infantil en 2013 y la resolución de la Asamblea Mundial de la salud WHA67.14 en 2014 sobre la salud en la agenda para el desarrollo después del 2015, planteando que la cobertura universal de salud y los objetivos de desarrollo del milenio no alcanzados, representan elementos importantes para alcanzar la equidad y el desarrollo humano³. En 2005, los Estados miembros de la OMS asumieron el compromiso colectivo de alcanzar la cobertura sanitaria universal, producto de la convicción de que "todas las personas deberían tener acceso a los servicios de salud que necesitan sin correr el riesgo de ruina económica o empobrecimiento"². Los Estados miembros ratificaron su compromiso en cobertura universal a través del plan estratégico de la OPS 2008-2013, y el del período 2014-2019, titulado "En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad"³, reconociendo a la cobertura universal de salud y a los DSS como pilares articuladores para un sistema sanitario que desea impactar equitativamente en la salud de su población.

La cobertura universal de salud es un tema de interés internacional²⁶, y se define como la "capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades en salud de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento"⁴. Si bien la necesidad de salud lleva muchas veces a la población a requerir servicios de salud, éstos no les deben poner en riesgo de ruina económica o empobrecimiento, ahora ni en el futuro². Para ello, se requiere de mecanismos de organización y financiación suficientes para cubrir las necesidades de toda la población. Es sabido que la cobertura universal no es suficiente por sí misma para garantizar la salud, bienestar y, equidad, pero se convierte en uno de los fundamentos necesarios para alcanzarlos. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo a los servicios⁴, por esta razón el acceso universal a la salud es un concepto muy relacionado con cobertura universal, pues se entiende como la capacidad que tiene un sistema de entregar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, de calidad y en el momento en que la persona lo necesita. En los países de América hay millones de personas que no pueden acceder a servicios de salud integrales, limitando su capacidad para lograr una vida saludable. El trabajar en estos países sobre políticas de acceso universal a la salud, contemplará la eliminación de barreras de tipo geográficas, económicas, socioculturales, de organización, y entre otras, de género. Tanto la cobertura como el acceso universal en salud son fundamentales para que un

sistema sea más equitativo, y por ende, para alcanzar la salud y el bienestar de la población.

Estos dos importantes conceptos (acceso universal a la salud y cobertura universal de salud) contribuyen al acceso sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, y de acuerdo con las necesidades en salud a nivel nacional. Todo lo anterior en lo relativo a prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos²⁷, además de acceder a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, personal sanitario suficiente y motivado, cercano a la población y con una combinación adecuada de diferentes tipos de profesionales, y sistemas de información que proporcionen de forma oportuna los datos necesarios para la toma de decisiones²⁷, asegurando la protección financiera de las personas, especialmente, de las más vulnerables⁴. Por esto es importante el planteamiento de políticas, planes y programas de salud eficientes y coherentes a las necesidades poblacionales, con la intención de optimizar los recursos para alcanzar los objetivos sociales determinados a nivel nacional. Situar la salud como una prioridad en el país, permitiendo un financiamiento suficiente, sostenible, solidario y eficiente, promueve el desarrollo humano y el crecimiento económico. La falta de financiamiento adecuado y la ineficiencia en el uso de recursos disponibles, se constituyen en retos para alcanzar el acceso y la cobertura universal de la salud en todos los países del mundo⁴.

Es preciso señalar que el Informe sobre la salud en el mundo del año 2010, define y representa el concepto de cobertura sanitaria universal en tres dimensiones: servicios de salud que se necesitan, número de personas que los necesitan, y costos para quien debe pagar, a saber, usuarios y terceras partes financiadoras²⁸. Es responsabilidad de los gobiernos decidir "qué servicios de salud son necesarios, y cómo asegurarse de que estén universalmente disponibles y sean asequibles, eficaces y de buena calidad"².

La OMS señala que en aquellos países donde se prioriza el método de prepago de la atención en salud, por sobre los pagos directos al momento de la prestación del servicio, la protección financiera es más eficaz y en consecuencia los gastos catastróficos para las personas y familias son menos frecuentes²⁹. Por esta razón los pagos directos del usuario se convierten en una de las fuentes de inequidad sanitaria, debido a que las personas con mejor situación financiera acceden a la atención de salud sin riesgo en sus finanzas. Por el contrario, la población más pobre se endeuda, o bien decide permanecer enferma, para así evitar el gasto económico que conlleva la atención en salud. Estas inequidades que son producto de la estratificación social y de desigualdades políticas, conjugada con otros DSS como la posición social, el lugar donde se vive, el tipo y condiciones de empleo, los estilos de vida, el estrés, la raza y muchos otros, determinan el Estado de salud de una población a nivel nacional, regional y global.

La APS es una de las esferas donde los resultados dirigidos a equidad han sido diversos entre los países, pero también es el lugar donde las reformas más eficaces producen los mayores beneficios. Por esta razón la OMS consideró a la cobertura universal en salud como uno de los cuatro principios rectores de la APS²⁷. Los sistemas de salud tienen una gran responsabilidad, pues producto de sus políticas, impulsan y mantienen un acceso y cobertura de salud universal, o bien profundizan las inequidades al excluir a las personas de una atención en salud. Si bien la cobertura universal no es suficiente por sí sola para garantizar la salud para todos y la equidad sanitaria, el que un país decida avanzar hacia la protección social en salud y la cobertura universal a los servicios de salud requeridos por la población, estará propendiendo a la equidad social entre sus ciudadanos. Lo anterior es de real importancia, al considerar que el compromiso del Estado en la formulación de políticas que aboguen por la equidad en salud, repercutirá directamente sobre el progreso en los indicadores sanitarios.

Para contribuir con los compromisos que un Estado desea establecer, la OMS en 2010 esclareció cómo los países pueden modificar sus sistemas de financiación de la salud, para tratar de alcanzar la cobertura sanitaria universal, enfatizando en la inversión eficiente del sistema, y encausando la atención por medio del pago directo y la mancomunación²⁸. Es importante considerar que el promedio de gasto público en salud de los países de la OCDE, equivale a un 8% del Producto Interno Bruto (PIB) en el 2011, mientras que el gasto público

en salud en los países en América Latina y el Caribe fue de apenas 3,8% respecto del PIB⁴. Se estima que un gasto público destinado a la salud de 6% del PIB es una referencia útil en la mayoría de los casos y una condición necesaria, pero no suficiente para la reducción de las inequidades, y para aumentar la protección financiera en el marco del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. En este mismo sentido, las estadísticas sanitarias mundiales de 2013 manifiestan que el gasto total en salud como porcentaje del PIB a nivel mundial pasó de 8,2% en 2000 a 9,2% en 2010. Este mismo indicador en Chile pasó de 7,7% en 2000 a un 7,4% en 2010. Respecto al gasto del gobierno general en salud como porcentaje del gasto total en salud, a nivel mundial estos aumentaron de 56,4% en 2000 a 58,9% en 2010. Este mismo indicador en Chile pasó de 43,7% en 2000 a 47,2% en 2010. Sobre el gasto del gobierno general en salud como porcentaje del gasto total del gobierno, a nivel mundial estos aumentaron desde 13,5% en 2000 a 15,1% en 2010. Este mismo indicador en Chile pasó de 14,1% en 2000 a 15,8% en 2010. Finalmente, el gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud a nivel mundial para el año 2010, corresponde a un 49,9%, cifra mucho mayor en Chile, el cual equivale al 69,1%³⁰.

Si bien es claro que Chile establece un porcentaje menor de inversión respecto al promedio a nivel mundial, es sabido que mayores niveles de gasto no garantizan mejores resultados en salud^{28,31}. Ello explica que los indicadores de salud no siempre se relacionan con el nivel de gasto en los sistemas sanitarios,

tanto así que países como Estados Unidos con un nivel de gasto muy elevado (17,6% del PIB como gasto total en salud para el año 2010), tiene un desempeño sanitario inferior a países de ingresos medios como Chile, el cual invierte menos del 50% de su valor (7,4% del PIB como gasto total en salud para el año 2010)³⁰. Si bien la inversión de los países no siempre garantiza una mejora de los indicadores sanitarios, la inversión y el uso eficiente de los recursos propende a una atención de calidad, impactando así en la salud de la población. La tasa de mortalidad mundial es una muestra de lo antes referido, pues, a nivel global se ha priorizado en estrategias conducentes a impactar en las enfermedades y factores de riesgo que generan una mayor morbilidad mundial. Es así que en 2008 esta tasa representaba menos de una quinta parte de las registradas hace 30 años. Chile destaca entre los países con esta característica, situándose como ejemplo en el acceso a una red amplia de atenciones en salud, producto de un compromiso político sostenido y un crecimiento económico que ha permitido consolidar ese compromiso²⁹.

Con la intención de enfrentar las desigualdades en salud aún existentes y orientar a los Estados Miembros en materia de acceso y cobertura universal de salud, el Consejo Directivo de la OMS en su 53ª Asamblea Mundial de la salud en 2014, estableció cuatro estrategias para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud⁴, a saber: ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; fortalecer la rectoría y la gobernanza, es decir que de manera explícita el

Estado de a conocer su deseo de transformar y/o fortalecer el sistema de salud; aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia; y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.

Si bien Chile, ha avanzado hacia el acceso y la cobertura universal de salud, gracias a la implementación de un Régimen de Garantía Explícita en Salud producto de la reforma sanitaria⁵, el país, actualmente, enfrenta diversos desafíos en la consolidación no sólo del acceder a las prestaciones de salud garantizadas conforme a la ley 19.966, sino que estos servicios sean ofertados conforme a las necesidades de las personas y comunidades, provocando así una cobertura efectiva, la cual impactará en los indicadores de salud a nivel país. Lo anterior, evidentemente, se podrá lograr por medio de una revisión permanente de las prestaciones ofertadas y garantizadas por el Sistema de Salud chileno.

Chile ha sido un país de referencia para muchos por sus excelentes indicadores de salud, los cuales reflejan la incorporación de políticas públicas en las últimas décadas. La respuesta política a la cobertura de salud es considerada modelo para otros países³², destacando la medicina social con la creación en 1952 del Servicio Nacional de Salud, desarrollando la cobertura universal básica para la década de 1960, la privatización neoliberal con la creación del seguro de salud privado en 1981, y últimamente, la ley que establece el Régimen de Garantía Explícita en Salud³². Conforme a lo señalado, en los años ochenta se incorpora

la Ley 18.469 que se convierte en el marco regulatorio de derecho constitucional a la protección de la salud, diseñando un régimen de prestaciones de salud. En el artículo N°1 de la Constitución Política señala "El ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y a aquellas que estén destinadas a la rehabilitación del individuo, así como, la libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse"³³. Actualmente, se ha regulado frente a esta declaración de intenciones, pues, por medio de la Ley 19.966 se fortalece la cobertura universal a prestaciones de salud por medio de cuatro garantías explícitas en salud: acceso; oportunidad; calidad; y protección financiera. Se garantiza el acceso de la persona a la atención que necesite, acelerando el diagnóstico y tratamiento por medio de la garantía de oportunidad, que corresponde a la existencia de un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud, garantizando la calidad, que es la oferta de la atención por un prestador registrado o acreditado y también, ofreciendo una protección financiera, que contempla el pago o copago que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones.

La ley contempla garantías para un conjunto priorizado de prestaciones, las cuales responden, actualmente, a 80 patologías. Cada tres años el Ministerio de Salud debe proponer una lista de patologías para ser incorporadas al Régimen de Garantías, las cuales son evaluadas por el Ministerio de Hacienda. De esta

manera, la Ley 19.966 se convierte en la declaración específica de la política pública para alcanzar la cobertura universal en Chile, la cual, posteriormente, fue especificada por medio de la estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020, y por las guías clínicas, que determinan las garantías para cada patología. El acceso universal en Chile a una atención de salud garantizada, corresponde a una de las pocas aplicaciones prácticas de garantía social para el desarrollo del derecho a la salud, basado en derechos exigibles y beneficios explícitos para condiciones de salud priorizadas³².

El transitar de una cobertura universal a una Cobertura Universal Efectiva es fundamental, especialmente si nos referimos a patologías que ocasionan una carga sanitaria y económica en la población y en los gobiernos. La OMS, OPS y el Fondo Nacional de Salud (FONASA), en 2009 señalaron que la cobertura efectiva no se logra debido a exclusión por factores culturales y administrativos de oferta³⁴. La exclusión puede deberse a diferentes ámbitos, y cada país debe examinar dichos factores para lograr que la cobertura universal genere un impacto en la salud de la población, es decir que sea efectiva.

2.1.2. Cobertura Efectiva en Salud.

Hasta ahora se puede comprender que la cobertura bruta consiste en la proporción de la población con una necesidad, y que debido a ello recibe una determinada intervención en salud. Este tipo de cobertura es la que se

acostumbra a medir, en cambio la cobertura efectiva corresponde a una métrica que permite precisar dónde y a quién se deben dirigir los recursos, con el único fin de otorgar el mayor beneficio a las personas con más necesidad. Corresponde a la utilización de una intervención, considerando la necesidad ajustada por calidad³⁵. La cobertura efectiva se debe entender como la medida de desempeño de los sistemas de salud, relevante para el seguimiento de los avances hacia el logro de la cobertura sanitaria universal¹⁴. En ella se combinan elementos en la prestación del servicio. Estos elementos corresponden a la necesidad de una intervención, al uso de ella, y también a su respectiva calidad¹⁴. Conforme a lo señalado, la medición de la cobertura efectiva requiere saber quiénes necesitan de la intervención en salud (necesidad), quienes la reciben (utilización) y si la intervención fue efectiva para los que la han recibido (calidad)³⁵.

Respecto a la necesidad, ésta no siempre es fácil de identificar, pues, muchas veces la percepción de las personas difiere de la intervención que realmente necesitan para mejorar su estado de salud. Identificar que una población necesita de una intervención, podrá ser desde criterios normativos, es decir, lo que se ha definido como necesario para una determinada población. En este sentido, las necesidades normativas se reflejan en las inmunizaciones para la población de mayor vulnerabilidad, o en el caso de la atención de salud para las mujeres embarazadas. Por otra parte, la necesidad de una intervención es factible de identificar conforme a una determinada condición de salud, a través

de una evaluación que diagnostique el estado de salud. En cuanto al uso, éste hace referencia a la proporción de personas que en necesidad reciben la intervención en salud.

En cobertura efectiva, la calidad se define como la ganancia de salud recibida a través de una intervención. Lo anterior, en relación al máximo de ganancia posible. Corresponde a la proporción de ganancia que una intervención es capaz de producir. La calidad daría cuenta de las personas que necesitan, utilizan, y que luego alcanzan el valorado resultado de una intervención¹⁴.

Cuando la cobertura bruta es semejante a la cobertura eficaz, reflejaría que la intervención es de calidad. Ahora bien, es importante reconocer que una baja cobertura eficaz, no representa, únicamente, una baja calidad de la intervención, sino, además, está relacionada con factores como la capacidad del proveedor, y otros, que pueden ser específicos a la intervención y/o población receptora del servicio.

Es conveniente resaltar que al realizar estas mediciones se supone que la calidad de las intervenciones otorgadas es similar, aun cuando se sabe que el resultado esperado varía según sea la efectividad de cada una de ellas. "La medición de la ganancia en salud tampoco es un asunto sencillo. Usualmente, se realiza calculando la efectividad de la intervención, mediante el análisis de los resultados de ensayos no aleatorios o la eficacia en ensayos clínicos aleatorios, comparando las condiciones de salud cuando no se recibe la intervención y cuando sí se recibe. Esta diferencia es la ganancia explicada por

la intervención. De hecho, una intervención es más efectiva mientras más salud recupera³⁵.

Para llevar a cabo la cobertura efectiva en un país, se debe primeramente identificar las necesidades y prioridades nacionales en salud, desarrollar estrategias específicas para recoger información sobre necesidades, uso y calidad de las intervenciones seleccionadas, y finalmente, se deben destinar recursos para mejorar la capacidad de mantener información en salud. Ahora bien, no sólo basta la identificación de las necesidades nacionales y la incorporación de estrategias que permitan abordarlas, sino también es fundamental la relación costo-eficacia y la respectiva sostenibilidad de las intervenciones que el sistema de salud ofertará. Para el seguimiento de la cobertura efectiva, deben seleccionarse las intervenciones coherentes a las necesidades en salud específicas de un país, las cuales se puedan ofrecer de manera sostenida en el tiempo, producto de la capacidad financiera y administrativa del país¹⁴.

Es evidente que Chile ha avanzado en cuanto a equidad sanitaria al reformar su sistema de salud, e incorporar la ley que establece el Régimen de Garantía Explícita en Salud para patologías seleccionadas y priorizadas conforme a la carga sanitaria que ocasionan al país. Pero aún en este escenario, y de acuerdo al contexto de Cobertura Universal Efectiva, es clave la evaluación de las medidas tomadas para responder a la mejora de los indicadores sanitarios del país. Las medidas pueden ser muchas, pero como política sanitaria

específica en los últimos años, se encuentra el Régimen de Garantía Explícita en Salud con sus respectivas prestaciones garantizadas, las guías clínicas que orientan toda prestación de servicio para patologías garantizadas y también la estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Para esto, es fundamental dirigir los recursos para alcanzar la eficacia máxima de lo propuesto para las patologías garantizadas, de tal manera que se pueda dar cumplimiento a lo declarado en las metas de la estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. La investigación de Frenz et al³², que tenía por objetivo analizar los datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) de 2000 y 2009, estimando los cambios en los niveles de necesidad insatisfecha de salud, manifiestan que el Sistema de Salud chileno se ha vuelto más equitativo y sensible a las necesidades en salud de la población, pero no pueden atribuir estos resultados a la incorporación del Régimen de Garantía Explícita en Salud. Los autores señalan que, los problemas de equidad sanitaria, los relativos a la calidad de la atención, las barreras del sistema de salud y el acceso diferenciado de las patologías no garantizadas, aún están presentes.

De acuerdo al fenómeno que se investigó, se analizaron las coberturas efectivas de algunas enfermedades crónicas en los países latinoamericanos, donde Chile destacó con los mejores indicadores³⁵. Esta situación es semejante en los resultados de vacunación por país, en lactancia materna exclusiva, y en

la atención del parto por profesional calificado. Aún en estas condiciones, persisten los desafíos en enfermedades que representan una mayor carga a nivel familiar, comunitario e institucional, y en las esferas nacionales e internacionales como es la DM 2, que forma parte de las enfermedades no transmisibles (ENT).

2.1.3. Cobertura Universal en Salud en las Enfermedades no transmisibles.

A nivel mundial se han realizado importantes progresos tendientes a la cobertura universal en salud, en lo que respecta al aumento de la cobertura por servicios de salud, población y nivel de protección contra los riesgos financieros. Aún en este escenario siguen existiendo muchos desafíos. Se estima que 1000 millones de personas viven en pobreza, y no reciben los servicios de salud que necesitan, además, los partos atendidos por profesionales sanitarios cualificados en el África subsahariana solo aumentaron del 44% al 45% entre 2000 y 2010, y la cobertura de los servicios de salud necesarios para prevenir o tratar enfermedades no transmisibles se considera baja en muchas regiones del mundo²⁷. Los niveles de los pagos directos siguen siendo elevados en muchas partes del mundo, calculando que 150 millones de personas sufren catástrofes financieras por carecer de cobertura suficiente y protección frente al riesgo financiero, y que 100 millones sufren de pobreza por el mismo motivo²⁷.

Los representantes de los países miembros de las Naciones Unidas en 2013, analizaron los progresos hacia la consecución de los actuales objetivos de desarrollo del milenio, decidiendo sobre los nuevos objetivos para después del 2015, señalando la importancia de acelerar las medidas para hacer frente al aumento de la carga de enfermedades que no están incluidas en la declaración del milenio, en particular las no transmisibles. Para ello, necesariamente se requiere el fortalecimiento de los sistemas de salud que encaminen la consecución del acceso y cobertura universal²⁷.

La Asamblea General de la Naciones Unidas en su documento final de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el desarrollo sostenible, titulado "El futuro que queremos", aprobado por resolución 66/288 del 11 de septiembre de 2012, señala la profunda preocupación por la carga y amenaza que representan las enfermedades no transmisibles a nivel mundial, pues, es uno de los principales impedimentos para el desarrollo sostenible en el siglo XXI. De esta manera ellos se comprometen a "reforzar los sistemas de salud para proporcionar una cobertura equitativa y universal y promover el acceso asequible a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con las enfermedades no transmisibles, en especial el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes"³⁵. También, se comprometen a "establecer políticas nacionales multisectoriales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles o reforzar las existentes"³⁶.

De acuerdo al informe final sobre el plan estratégico de la OPS 2008-2013 y la evaluación de fin de bienio del programa y presupuesto 2012-2013, se señala la necesidad de asegurar servicios de calidad integrados para las ENT como parte del enfoque de cobertura universal de salud. Existe un compromiso político para combatir este tipo de enfermedad. Las barreras al acceso a la atención de salud siguen siendo un importante reto en la Región. Alrededor de la mitad de los países todavía no han llevado a la práctica los planes para abordar la cobertura universal de salud con garantías explícitas de atención de salud y mecanismos financieros apropiados. Cerca del 30% de la población de la región se encuentra sin acceso a la atención por razones financieras y 21% se desalienta de buscar atención debido a las barreras geográficas. Estas barreras afectan desproporcionadamente a los grupos más necesitados que se encuentran en las situaciones más vulnerables, lo que da lugar a desigualdades en materia de salud. Favorablemente, el porcentaje de población cubierta por algún tipo de plan de protección social en la región aumentó de 46% en el 2003 a 60% en el 2013 y el gasto del sector público en la salud como porcentaje del PIB aumentó de 3,1% en el 2006 a 4,1% en el 2010³⁷.

Chile se encuentra entre los cuatro países de la región que ha establecido metas nacionales relativas a las ENT, la cual es posible de evidenciar en los objetivos estratégicos 2011-2020, estableciendo metas en relación a las Enfermedades Cardiovasculares, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedad Renal Crónica, Enfermedades Respiratorias Crónicas y Cáncer.

El informe del plan estratégico de la OPS antes señalado, refiere que Chile tiene una respuesta avanzada hacia las ENT, ejecutando un plan nacional para la prevención y el control de las enfermedades crónicas de acuerdo con el enfoque integrado de la OPS, en lo relativo a prevención, control, régimen alimenticio y también la actividad física. Lo señalado se evidencia en la guía clínica de Diabetes Mellitus, además del programa de actividad física para la prevención y control de los factores de riesgo cardiovasculares y también en la implementación del enfoque de riesgo en el programa de salud cardiovascular. Chile y otros países son líderes en sus subregiones en cuanto a la participación de otros sectores como la agricultura y la ganadería, el comercio, el transporte, la educación y el sector privado al configurar los procedimientos preventivos de las ENT. Casi todos los países de la región están aplicando las estrategias para integrar los cuidados crónicos con respecto a las ENT en la APS. Treinta y cuatro países recibieron capacitación sobre la organización de la atención de las ENT por medio de una colaboración de la OPS con la Universidad de Miami. Además, 21 países incorporaron el apoyo del abandono del hábito de fumar, incluido el tratamiento sustitutivo con nicotina, en los servicios que brinda el gobierno. A pesar de estos adelantos, queda mucho por delante. Es necesario seguir fortaleciendo la integración de las ENT y el control de sus factores de riesgo en la APS³⁷.

2.1.4. Diabetes Mellitus Tipo 2 y la respuesta del Sistema de Salud chileno.

Las enfermedades no transmisibles son consideradas como una de las enfermedades que ocasionan las mayores tasas de morbimortalidad, y también las mayores cargas económicas sanitarias producto de sus diversas complicaciones³⁸. De los 57 millones de muertes, 36 millones (63%) se debieron a ENT, principalmente, por enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas³⁸. Estas enfermedades están muy relacionadas con los DSS, pues, causan alrededor del 80% del total de muertes en aquellos países de ingresos bajos y medios³⁸. Se prevé que estas cifras seguirán en aumento producto del envejecimiento poblacional. Debido a ello, los países y organizaciones internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), OMS, y entre otros, la OPS, han estimado conveniente consolidar directrices que determinen una intervención global. La DM 2 es una de las ENT, siendo una preocupación internacional, producto del aumento de su prevalencia, la carga económica en las familias y sistemas sanitarios por complicaciones, y por la mortalidad y características de desigualdad que le acompañan.

La OMS establece que, mundialmente, hay 347 millones de personas con DM 2 y que el 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios, proyectando que en 2030 será la séptima causa de mortalidad a nivel global³⁹. Estas cifras se elevan según el informe de la Federación Internacional de Diabetes, Atlas de la Diabetes del año 2013, señalando que a

nivel mundial un 8,3% de los adultos tiene diabetes (382 millones de personas). Un 46% de estas personas se encuentran no diagnosticadas, lo cual genera que en ellas se desarrollen progresivamente complicaciones de las que no son conscientes⁴⁰. Para el año 2030 se estima una prevalencia del 9,9% (unos 552 millones de personas con esta enfermedad)⁴¹. De acuerdo a la situación de salud en las Américas, la tasa de mortalidad ajustada por DM en esta región corresponde a 32,2 por 100.000 habitantes⁴². Estas cifras mantienen en alerta a los sistemas sanitarios, quienes, junto a intervenciones transversales, han investigado y convenido hacer frente a la propagación de esta enfermedad. En este sentido, la OMS ha declarado su preocupación, estableciendo orientaciones para una intervención de carácter global, pues tal como lo señalan las estadísticas sanitarias mundiales de 2014, la DM 2 se ubica en la posición N°15 de las causas de muerte prematura en hombres y mujeres durante el año 2012⁴³.

Chile asumió este desafío en la estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020, planteando en su segundo objetivo estratégico: "Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos"⁶. Para esto se establece como objetivo en la Diabetes Mellitus: "Incrementar la proporción de personas con diabetes controlada"⁶. De acuerdo a este objetivo se determina una meta que permite mantener un control sostenido de la planificación, y esto es: "aumentar

20% la cobertura efectiva del tratamiento de DM 2⁶, proponiendo cifras que van desde el 29,8% en 2010, a 31,8% en 2015 y a 35,8% para el año 2020. Los objetivos y metas definidos en Chile tienen relación con la prevalencia de la enfermedad y su respectiva tasa de mortalidad. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010, la prevalencia de la enfermedad en Chile es del 9,4%⁴⁴, demostrando un importante aumento desde el año 2003 (6,3%)⁴⁵. Los indicadores básicos en salud del año 2013 señalan que las personas con diagnóstico de DM 2, y que asisten al control de salud en APS, corresponden a 641.569, las cuales tienen un valor relativo del 33,8%⁴⁶. Las defunciones nacionales causadas por DM 2 para el año 2011 corresponden a 3.426 personas, lo que equivale a una tasa de mortalidad de 19,86 por 100.000 habitantes⁴⁶, cifra que de acuerdo a la OMS y OPS descienden a 18,2 por 100.000 habitantes durante el año 2012⁴². Si bien la tasa de mortalidad nacional ha disminuido, sigue siendo un grave problema de salud pública debido a los bajos índices de cobertura efectiva. La ENS 2009-2010 señala que, de las personas con sospecha de Diabetes Mellitus, el 52,05% se encuentra en tratamiento farmacológico o no farmacológico y sólo el 34,32% presenta una HbA1c < 7%. De los que señalan estar en tratamiento farmacológico, solamente el 44% presenta HbA1c < 7%. De los pacientes en control en los servicios públicos de salud en Chile, el 38,6% presenta HbA1c < 7%⁴⁴. El Ministerio de Salud en Chile señala que el 36% de los pacientes diabéticos de la atención primaria en salud tiene un buen control metabólico⁹, lo cual es semejante a los

resultados encontrados en una investigación mexicana, que revela que uno de cada cinco personas con diagnóstico de DM 2 atendidos, estaba controlado metabólicamente al momento del estudio⁴⁷. Estas alarmantes cifras de descompensación debieran llamar la atención de los profesionales de la salud, y especialmente de la enfermera de atención primaria, quien dedica una importante proporción de su jornada laboral al Programa de Salud Cardiovascular, programa que incorpora a las personas con diagnóstico de DM 2⁴⁸.

Se calcula que anualmente las Cardiopatías, los Accidentes Cerebrovasculares y la Diabetes, provocan pérdidas de miles de millones de dólares en el gasto nacional de los países. La OMS señala que los análisis económicos prevén que cada aumento del 10% de las ENT, estará asociado a la disminución del 0,5% del crecimiento anual de la economía². Se ha calculado en un hospital del país que el gasto promedio en salud por persona con diagnóstico de DM 2 ha aumentado sostenidamente entre 2005 y 2010, con un incremento del 21,3%. Éste es mayor en pacientes no controlados metabólicamente ($HbA1c > 7\%$), aumentando en la medida que la descompensación es más grave ($HbA1c > 10,9\%$). Se estima una disminución del gasto en salud si todos los pacientes estuvieran compensados, calculando una reducción anual promedio de \$308 millones (US\$657.000) y de \$1.850 millones (US\$3,3 millones), si se considera el período bajo estudio¹⁰.

De acuerdo al Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), la población según metas de compensación en el Programa de Salud Cardiovascular por región y Servicio de Salud, señala que a nivel nacional el promedio de pacientes con HbA1C<7% para el período 2011-2013, corresponde a 41,77%. Es importante considerar, que esta cifra equivale a la cobertura bruta de compensación, y no a lo conocido por literatura como cobertura efectiva en salud. De la misma manera, es decir, sin el cálculo sobre población total prevalente, las tres regiones con mejor compensación corresponden a Atacama (49,17%), Tarapacá (47,30%) y Libertador Bernardo O'Higgins (47,20%). Las regiones con menor compensación corresponden a Los Lagos (37,52%), Antofagasta (38,22%) y Los Ríos (38,84%). La región de Atacama presentó la tasa más alta de mortalidad por Diabetes Mellitus, con un valor de 27,25 por 100.000 habitantes para el año 2013. Esta misma región presenta a nivel nacional el más bajo valor relativo de cobertura de obesidad⁴⁶, situación preocupante, al considerar lo señalado por la OMS respecto al sobrepeso y obesidad, que al menos 2,8 millones de personas muere cada año debido a esto. Los Sistemas de Salud deben estar alerta, puesto que un incremento del índice de masa corporal (IMC)³⁸, ocasiona en los pacientes un mayor riesgo de padecer Cardiopatías, Accidentes Cerebrovasculares y Diabetes. Esto es coincidente a lo señalado en un estudio mexicano, donde se calculó una prevalencia de sobrepeso y obesidad del 70% en los pacientes con Diabetes Mellitus⁴⁷. Las otras dos regiones con mejor cobertura bruta nacional

(Tarapacá y Libertador Bernardo O`Higgins), presentan una tasa de mortalidad por DM 2 menor al promedio nacional (19,86), con un 10,88 y un 18,50 respectivamente. Respecto a la cobertura de pacientes con obesidad, presentan un 39,29% y un 33,22%, teniendo el país un promedio de 36,16%.

Conforme a lo señalado, y a las estadísticas de cobertura de pacientes con diagnóstico de DM 2, es posible entender que, aunque en las mejores regiones con compensación diabética se realiza una pesquisa de pacientes sobre el promedio nacional, a excepción de la región Libertador Bernardo O`Higgins, la cobertura no está siendo efectiva, debido a diversos factores que podrían ser la causa de las mayores defunciones a nivel nacional.

Puesto que el interés de esta investigación es el diseño de indicadores de calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, es importante detenerse en la medición de la cobertura efectiva en salud, es decir, el cálculo de las metas sanitarias de acuerdo a prevalencia regional y nacional.

Entonces, para medir la cobertura efectiva de la diabetes se debe conocer, primeramente, la prevalencia de ella en la población. El resultado representará a las personas que necesitan de una atención de salud. Por otra parte, se debe disponer del porcentaje de personas con diagnóstico de diabetes que recibe una atención de salud, además de conocer la efectividad de la atención. Para las personas con DM 2, la efectividad se evidencia es la disminución del nivel de glucosa en ayunas¹⁴, o en la disminución de la Hemoglobina glicosilada. La

medición de la cobertura efectiva en salud, permitirá evaluar con mayor precisión las deficiencias de la atención ofertada por el sistema de salud. Esto se observará al comparar los niveles de cobertura efectiva y cobertura bruta. Esta medición se puede realizar en una intervención de salud, e incluso, en un programa de salud.

En virtud de lo anterior, la aprobación de las metas sanitarias y de mejoramiento de la APS para el año 2013, del 11 de septiembre de 2012, que considera "La necesidad de promover el incremento de la calidad y oportunidad de la atención de salud en los establecimientos del nivel primario"⁴⁹, establece la meta cuatro referente a cobertura efectiva de DM 2 en personas de 15 años y más, donde la meta nacional es "Incrementar a lo menos en un 2% la cobertura efectiva de personas de 15 y más años con DM 2 controlada, con hemoglobina glicosilada menor de 7%, (HbA1c <7%) respecto de lo logrado el año 2012"⁴⁹. Para ello, se establece que "El indicador de cobertura efectiva incorpora dos aspectos, la proporción de personas con DM 2 "controladas" o "compensadas" (HbA1c<7%), y el número total de personas con DM 2 estimadas para una determinada población según la prevalencia. Hasta el año 2011 se utilizaba el indicador de cobertura, por una parte, y el de compensación, por otra. El indicador de cobertura efectiva combina ambos y requiere que los establecimientos de salud hagan esfuerzos adicionales no sólo para mejorar el control metabólico de aquellos diabéticos que están bajo control, sino también el identificar a las

personas con diagnóstico de DM 2 que desconocen su condición⁴⁹. La Tabla N°1 presenta la cobertura efectiva de esta enfermedad:

Tabla N° 1: Distribución regional y nacional de población diabética, prevalencia de DM 2 estimada, controlados y cobertura efectiva.

Región	Población*	Prevalencia DM 2 estimada**	Controlados 2013***	Cobertura Efectiva****
De Arica y Parinacota	179615	16883,81	3.636	21,53
De Tarapacá	336121	31595,37	4.881	15,44
De Antofagasta	594555	55888,17	6.043	10,81
De Atacama	286624	26942,65	5.187	19,25
De Coquimbo	749374	70441,15	11.189	15,88
De Valparaíso	1814079	170523,42	32.704	19,17
Metropolitana De Santiago	7069645	664546,63	107.354	16,15
Del Libertador General Bernardo O'Higgins	908553	85403,98	17.076	19,99
Del Maule	1031622	96972,46	20.581	21,22
Del Biobío	2074094	194964,83	42.355	21,72
De La Araucanía	994380	93471,72	17.285	18,49
De Los Ríos	382741	35977,65	7.116	19,77
De Los Lagos	867315	81527,61	12.401	15,21
De Aisén del General Carlos Ibáñez del Campo	107915	10144,01	1.210	11,92
De Magallanes y de La Antártica chilena	160164	15055,416	3.065	20,35
País	17556815	1650340,61	292.083	17,69

Fuente: Elaboración propia, a partir de "Indicadores básicos de salud Chile 2013", y del informe del DEIS "Población en control, programa de salud cardiovascular, según metas de compensación, por Región y Servicio de Salud, SNSS 2013".

*Cifra extraída del documento Indicadores básicos de salud Chile 2013.

** Prevalencia DM 2 estimada (ENS 2009-2010). Es la prevalencia solicitada en las Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la APS para el año 2013.

*** Cifra extraída del documento Población en control, programa de salud cardiovascular, según metas de compensación, por Región y Servicio de Salud, SNSS 2013. Corresponden a los personas en control con HbA1c <7%.

**** (Controlados 2013 x 100)/ Prevalencia DM 2 estimada

Algunos autores refieren que la falta de adherencia al tratamiento es una de las causas de descompensación, lo cual requiere de una atención desde la perspectiva del autocuidado y la responsabilidad, para una correcta administración de la terapia farmacológica, que debería ser reforzada con educación continua por todo el equipo de salud⁵⁰. Otros autores señalan que, debido a la alta proporción de pacientes con mal control metabólico, esta debiera ser una prioridad para los profesionales de la salud, y en particular las enfermeras, pues, para prevenir las complicaciones es fundamental la intervención por medio de educación del autocuidado en las personas, especialmente, en lo relativo a adherencia al tratamiento, apoyo, y seguimiento⁴⁸, es decir, un cuidado y gestión del mismo de modo efectivo y continuo.

Conforme a lo señalado, la evidencia es clara sobre el grave problema de descompensación actual en los pacientes diabéticos⁵¹, pues, una proporción importante se encuentra en alto riesgo de fallecer, o de padecer enfermedades cardiovasculares⁵² que signifiquen un desgaste económico y emocional en los pacientes y familias, y en consecuencia un importante gasto económico a nivel país. De esta manera la cobertura efectiva de la diabetes sigue siendo un desafío substancial para el Sistema de Salud chileno y en consecuencia para el sistema de cuidado, conocido en Chile como la gestión de los cuidados⁵³. El país ha sido ejemplo de diversas naciones y sistemas sanitarios en lo que dice relación a la cobertura universal en salud³⁷. La Constitución de 1980 consagra

el derecho a la protección de la salud, pero no sólo ello, sino el Sistema de Salud chileno ha transitado desde un paciente receptor de beneficios, hacia un ciudadano portador de derechos³³. Esto último concretado por la reforma de salud, especialmente por la Ley 19.966 que establece un Régimen General de Garantías en Salud, donde se "establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo"⁵. Este régimen incorpora Garantías Explícitas en Salud (GES), "relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente"⁵.

La DM 2 es una de las patologías incorporadas al Régimen de Garantías Explícitas en Salud, lo cual permite hacer frente a las inequidades y desigualdades en salud, pues, esta patología se encuentra asociada a la presencia de DSS, como el nivel educacional³⁹ y el nivel de ingreso³⁸. Por medio del acceso universal, la persona con sospecha tendrá acceso a la confirmación diagnóstica, al tratamiento y su continuidad. Respecto a la garantía de oportunidad, recibirá su diagnóstico en 45 días desde la primera consulta con glicemia elevada, e iniciará tratamiento dentro de las 24 horas desde la confirmación diagnóstica, además de una atención por especialista dentro de 90 días desde la derivación, según indicación médica. Además, este régimen ofrecerá garantía de protección financiera para evitar el empobrecimiento de la población, especialmente la más vulnerable, ofreciendo

además la garantía de calidad, resguardando una atención en salud que será proporcionada por prestadores acreditados, estandarizando la atención por medio de guías clínicas^{5,54}.

La guía clínica de la DM 2 señala que "la proporción de personas con diabetes en control médico con un buen control metabólico (definido como HbA1c <7%) es deficitaria tanto en el sistema público como en el sistema privado de salud"⁹. En este documento se establecen las directrices para hacer frente a este problema, entregando recomendaciones para apoyar la toma de decisiones de los equipos de salud en el manejo clínico de las personas con DM 2, con la intención de mejorar los resultados del tratamiento, y lo referente a la prevención o retardo de las complicaciones de la enfermedad, y mejorando la calidad de vida y la sobrevida de estos pacientes.

Finalmente, y si bien es posible reconocer que el sistema sanitario chileno ha incorporado entre sus políticas el acceso y cobertura universal en salud como prioridad, siguen existiendo desafíos importantes en lo que dice relación a cobertura efectiva de la Diabetes Mellitus, enfermedad que se ha convertido en un problema de salud pública para el Sistema de Salud chileno. Los antecedentes antes referidos deben llamar la atención de las autoridades sanitarias y de la profesión de enfermería, sobre la necesidad de reforzar estrategias tendientes a mejorar el control metabólico de pacientes diabéticos, pues, esto produciría un impacto en la calidad de vida de las personas, y también sobre el gasto del sistema de salud.

La cobertura efectiva en personas con DM 2, debe ser comprendida en el contexto donde se realizan los mayores esfuerzos para alcanzarla, esto es en la APS del país. Es en este sector, donde se articulan lineamientos ministeriales con el fin de enriquecer la mirada sanitaria y hacer frente a los desafíos en salud, uno de estos lineamientos corresponde al Modelo de Atención Integral en salud.

2.1.5. Modelo de Atención Integral en Salud.

Según las orientaciones para la planificación y programación en red del año 2011, el modelo de atención integral en salud se constituye en un elemento eje de la Reforma del sector, siendo aplicable a toda la red de salud. Entre sus elementos centrales, destaca el enfoque familiar y comunitario, que orienta la entrega de servicios en el sector salud. El enfoque familiar y comunitario concibe que la atención de salud debe ser un proceso continuo, que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas, antes de que aparezca la enfermedad y entregándoles herramientas para el autocuidado. Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludable, en fomentar la acción multisectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud.

Está orientado a proporcionar en los individuos, familia y comunidad, condiciones para el mantenimiento y el cuidado de la salud, dar respuesta a sus

necesidades de manera integral e integrada, continua, oportuna y eficaz, accesible y de calidad. Para ello, los centros de salud deben contar con equipos que hayan desarrollado habilidades y destrezas adecuadas para tener una mirada amplia en la atención de salud de las personas y por ende abordar, además, el trabajo con familias y comunidades para su acompañamiento a lo largo de su ciclo vital⁵⁵. El enfoque de salud familiar y comunitario se ha establecido como requisito necesario de las intervenciones realizadas en toda la red asistencial. La red asistencial de cada Servicio de Salud contempla al “conjunto de Establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los Establecimientos municipales de APS de su territorio y los demás Establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población”¹⁸.

Conforme a lo anterior, la reforma de salud y su reglamento orgánico, clasifican a los establecimientos en dos grandes tipos: establecimientos de salud de menor complejidad y establecimientos de autogestión en red⁵⁶. Las orientaciones para la planificación y programación en red año 2011, declara que los Establecimientos de menor complejidad, se subdividen en establecimientos de complejidad mediana y establecimientos de complejidad baja. Entre los establecimientos de complejidad baja se encuentran los centros de atención primaria, lugar físico donde se realizó la actual investigación.

2.1.6. Atención Primaria de Salud.

En la Conferencia de la OMS-UNICEF de Alma-Ata, se definió la APS, como la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación⁵⁷.

La APS se constituye en el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria, representando el primer nivel de contacto de los individuos, familias y comunidades con el sistema nacional de salud. La atención primaria se ha fortalecido en los últimos años al incluir en sus acciones el modelo de salud familiar, el cual ha permitido un abordaje integral del individuo, familia y comunidad. En este contexto, la APS, a través de sus distintos programas en salud, entrega sus servicios en actividades de prevención, promoción, tratamiento y recuperación de la salud. La OPS señala que la renovación de la APS debe ser fundamental en el desarrollo de los sistemas de salud, ya que, se considera la estrategia más adecuada para mejorar de manera sostenible y equitativa la salud en los países de las Américas. Al desarrollar la APS en los sistemas de salud, se estará contribuyendo en alcanzar el derecho universal a la salud con la mayor equidad y solidaridad⁵⁸.

Con la finalidad de fortalecer a este sector, el Ministerio de Salud instauró como nueva estrategia el concurso de consultorio de excelencia. De lo anterior se desprende el desafío que involucra la implementación de un sistema de gestión, con cultura de calidad que propenda a la satisfacción de sus usuarios.

Los centros de salud familiar (CESFAM), corresponden a establecimientos que han adquirido la certificación como centros de salud integral, con enfoque familiar y comunitario. La certificación se obtiene mediante un trabajo sistemático de los equipos de salud; quienes desarrollarán competencias y destrezas específicas para aplicar las actividades trazadoras de dicho modelo. Éstos han sido certificados periódicamente mediante instrumentos de medición especialmente formulados para su evaluación en las diversas áreas de desarrollo propuestas. Cuentan entre sus estrategias el trabajar en forma sectorizada, con equipos de cabecera a cargo de familias; su programación se hace por sector, se trabaja con familias con enfoque biopsicosocial, se fomenta el autocuidado y los estilos de vida saludable, se trabaja con las redes sanitarias y sociales, con constantes nexos con el intersector⁵⁹.

Los centros de salud familiar otorgan importancia al trabajo multisectorial, a la participación social de la red sanitaria y, muy especialmente, de la comunidad. Orientan principalmente sus acciones a la promoción y prevención de patologías crónicas, disminuyendo de esta manera las hospitalizaciones evitables. Ejercen un destacado trabajo con las familias, centrándose más que en la salud individual, en una salud integral de las familias y comunidades. La

salud familiar, ejercicio destacado en los centros de salud familiar, ha de ser comprendida como una relación entre individuo, familia y sociedad, dependiendo de la interacción entre factores personales (psicológicos, biológicos, sociales), factores propios del grupo familiar (funcionalidad, estructura, economía familiar, etapa del ciclo vital, afrontamiento a las crisis) y factores sociológicos (modo de vida de la comunidad, de la sociedad)⁶⁰.

La red asistencial de APS en la región de Atacama contempla a un conjunto de establecimientos de salud bajo el área de jurisdicción del Servicio de Salud Atacama, y administrado por las municipalidades. La red se complementa para responder a las necesidades de salud en la población, articulándose con otros establecimientos de mayor complejidad en la región. Esta red está constituida por:

- Centros de Salud Familiar (CESFAM)
- Centros de Salud (CES)
- Centros Comunitarios de Salud familiar (CECOSF)
- Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU)
- Servicios de Urgencia Rural (SUR)
- Posta de salud Rural (PSR)

El Cuadro N°1 demuestra la red asistencial de la APS en la región de Atacama:

Cuadro N° 1: Red Asistencial de Atención Primaria de Salud en la Región de Atacama, según comuna de pertenencia.

Comuna	Red Asistencial de Atención Primaria de Salud de la Región de Atacama
Copiapó	CESFAM Paipote
	CESFAM Juan Martínez
	CESFAM Pedro León Gallo
	CESFAM Manuel Rodríguez
	CESFAM Santa Elvira
	CESFAM Bernardo Mellibovsky
	CESFAM Rosario-Palomar
	Consultorio Candelaria de Rosario
Chañaral	CESFAM Dr. Luis Herrera
	Posta Salud Rural El Salado
Diego de Almagro	Consultorio El Salvador
	Posta Salud Rural Inca de Oro
Caldera	CESFAM Rosario Corvalán
	CECOSF Orfelía Rojas Lavín
Tierra Amarilla	CESFAM Salvador Allende
	Posta Salud Rural Los Loros
Huasco	Consultorio Juan Verdaguer
	Posta Salud Rural Carrizal Bajo
	Posta Salud Rural Canto del Agua
	Posta Salud Rural Jeremías Cortés
Freirina	CESFAM Freirina
	Posta Salud Rural Carrizalillo
Vallenar	CESFAM Baquedano
	CESFAM Hermanos Carrera
	CESFAM Estación
	CESFAM Joan Crawford
	Posta Salud Rural Domeyko
	Posta Salud Rural Hda. Ventana
	Posta Salud Rural Cachiyuyo
	Posta Salud Rural Incahuasi
Posta Salud Rural Hacienda Compañía	
Alto del Carmen	CESFAM Alto del Carmen
	Posta Salud Rural San Félix
	Posta Salud Rural El Transito
	Posta Salud Rural Conay

Fuente: Elaboración propia, según información extraída de la página web del Servicio de Salud Atacama.

La red asistencial de APS en la región de Atacama será de especial interés a la hora de seleccionar a los establecimientos donde se ejecutará la primera etapa de investigación, a saber, teorización de la percepción de enfermeras, pacientes y gestores de salud, sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.

2.1.7. Gestión del cuidado en Enfermería y su desafío en la Cobertura Universal a la Salud en la Diabetes Mellitus Tipo 2.

El cuidado de la salud es comprendido hoy como un servicio de carácter profesional, que corresponde a una destacada proporción de la atención sanitaria en Instituciones de carácter público y privado. La enfermería a nivel mundial corresponde a la mayor fuerza laboral en salud⁶¹, con alrededor del 70% de las intervenciones ofertadas por los Sistemas de Salud⁶². Por lo anterior, y debido al reducido número de enfermeras⁶³, éstas profesionales y los administradores de la institución de salud, deben propiciar el fortalecimiento de la gestión de los cuidados, por ser indispensables para la calidad y seguridad del paciente⁶⁴.

En Chile, se ha establecido por medio del código sanitario en su artículo 113 el que hacer de la enfermera; "Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber

de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente"⁵³. Ahora bien, es posible encontrar diversas definiciones sobre la gestión de los cuidados, lo cual evidentemente enriquece la perspectiva de dicha función y responsabilidad. Zárata señala a la gestión del cuidado como una actividad estratégica que transforma la administración tradicional de recursos⁶⁵. De acuerdo a esta definición, se entiende que quien gestiona los cuidados no sólo debe poseer conocimientos en planificación, organización, dirección y control de los recursos financieros, materiales y humanos, sino también, la incorporación de valores, actitudes y conocimientos de la ciencia de Enfermería, lo cual le brindará una visión integral e innovadora de la gestión de los cuidados. Lo anterior permitirá la transformación de una administración, con distinción de la que cualquier otro profesional de la salud pueda realizar.

Susan Kérouac también definió la gestión del cuidado enfermero, señalándola como un "Proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud"⁶⁵.

Por otra parte, la comisión de legislación en enfermería en Chile (Ministerio de Salud 1995-1997), también definió la gestión del cuidado, señalando que correspondía a "la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución"¹⁹. De lo referido, se

desprende que este acto autónomo del profesional de enfermería lleva en si la aplicación del proceso administrativo, a saber: planificación; organización; dirección; y control. Esto, con la finalidad de gestionar un adecuado uso de los recursos materiales y humanos destinados a la atención de enfermería. Por esta razón, las enfermeras deberán adquirir las herramientas conferidas por la administración y desarrollarlas durante la dirección del sistema de cuidado.

La gestión del cuidado conlleva a la administración de recursos utilizados en la atención del paciente. Este tipo de administración se dirige a tres focos: el recurso humano calificado; la disponibilidad de recursos materiales; y la mantención de un nivel de asistencia prestado⁶⁶. Es por tanto fundamental que la gestión del cuidado aborde de manera integral los focos de atención, administrando eficientemente los recursos materiales y humanos para brindar cuidados enfermeros de calidad, oportunos y que respondan a las necesidades y problemáticas de la sociedad. Para la administración integrada de estos elementos se deben considerar los factores que favorecen a dicha gestión, algunos de ellos corresponden al apropiado tiempo destinado a la asistencia del paciente, sistematización de la asistencia de enfermería, y también la comunicación eficiente con el equipo de salud⁶⁶.

De las definiciones y alcances de la gestión del cuidado, que entiéndase han sido declaradas en diferentes contextos, se logran identificar elementos comunes, los cuales se relacionan con la incorporación de componentes propios a la ciencia de la administración, pero necesariamente conjugados con

el cuerpo de conocimientos de la ciencia de la enfermería, satisfaciendo así la demanda de necesidades de cuidados. Zárate citando a Meleis dice que “la gestión de los cuidados se ejerce no solamente con los recursos que dan las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería; es el cuidado de la persona, el centro del servicio de enfermería”⁶⁵. En sintonía a lo señalado por Meleis, en Chile la Norma General Administrativa N° 19, señala que la gestión del cuidado de enfermería es “entendida como el ejercicio profesional de la enfermera sustentada en su disciplina”¹⁹. Por esta razón, resulta conveniente profundizar en la gestión de los cuidados desde la administración, y asimismo, desde la disciplina de enfermería, teniendo presente el escenario clínico e institucional en el cual impacta.

Es por tanto la gestión del cuidado, la complementariedad entre la mejor administración de todos los recursos destinados a la atención de las personas, familias, grupos y comunidades, con orientación al cuidado en el continuo salud-enfermedad y durante todo el ciclo vital individual y familiar.

La enfermería chilena cuenta con destacables avances legislativos en materia del reconocimiento de sus funciones autónomas, destacando así, el importante rol que cumple en lo que respecta a la gestión de los cuidados^{62,19,67,68}. Por medio de dicha gestión, la enfermería debe responder a las expectativas de cuidado en la población. En Chile, el sistema de salud se ha fortalecido al articular cinco leyes que se constituyeron en los pilares y fundamentos de la

reforma en salud¹⁸. Cuando un sistema de salud experimenta reformas sanitarias, es fundamental considerar el rol que cumple la gestión de enfermería, pues ella formula una relación estrecha entre los servicios de salud y el paciente⁶⁹, en otras palabras, se convierte en el nexo o articulación de todo el sistema sanitario, enfrentando así la conciliación de las nuevas demandas sanitarias, en el contexto de las necesidades de salud y cuidado de los pacientes.

Se debe reconocer que en los últimos 16 años la enfermería chilena se ha consolidado, pero a pesar de ello siguen existiendo retos al considerar las estadísticas sanitarias mundiales de la Organización Mundial para la Salud para el año 2013, los cuales establecen que el personal de enfermería y partería por 10.000 habitantes para el periodo 2005-2013, corresponde a 1,4 en Chile, muy inferior a la media total de los países que corresponde a 33,2³⁰. Es necesario acumular mayor evidencia de investigaciones de enfermería en cuanto a eficacia, para demostrar así la contribución de la profesión de enfermería en la atención de salud, puesto que ha aumentado la demanda, y en consecuencia el cuidado, lo que ha acrecentado el debate de recursos asignados. La importancia de la mirada costo-efectiva es mayor, pues, ésta influye en la priorización de las decisiones⁷⁰. La Cobertura Universal Efectiva en la DM 2 es un gran desafío para enfermería, ya que, por medio de las garantías establecidas en el Régimen de Garantía Explícita en Salud, debe dar respuesta al grave problema que enfrenta la persona que vivencia descompensación

diabética, siendo este profesional proactivo en el diseño de métodos que permitan la concreción de la garantía de calidad.

En la guía clínica de la DM 2 se determina la responsabilidad de la enfermera, la cual consiste en "educar al paciente en los aspectos básicos de su enfermedad, el autocuidado y monitorear la adherencia al tratamiento"⁴¹. En este sentido, puede ella, y una vez confirmado el diagnóstico de DM 2, participar en la evaluación clínica general del paciente que establece la guía clínica, especialmente, en el cumplimiento de los objetivos; Investigar factores psicosociales que perjudiquen o dificulten la terapia, establecer los objetivos terapéuticos a corto y mediano plazo y proponer un plan de manejo: educativo, apoyo psicológico, no farmacológico, farmacológico y derivaciones, según corresponda a su cuadro actual. Pese a ello, el listado de prestaciones específicas en el Régimen de Garantías Explícitas, se orienta principalmente a aspectos farmacológicos, y a una atención médica, restringiendo la participación de las enfermeras a la "consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista" en la confirmación del diagnóstico y en la evaluación inicial del paciente con DM 2. En cuanto al listado de prestaciones en el tratamiento del primer y segundo año, vuelve a señalar la "consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista", incorporando esta vez la "educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista". Estas restricciones y la no determinación de acciones y/o estándares de calidad que propendan a un cuidado integral, pudiendo sustituir el rol de la enfermera por otro profesional como la matrona y

nutricionista, se contrapone a lo encontrado en un estudio chileno que obtiene mejores resultados de compensación que los del promedio nacional. Los autores de este estudio relacionan sus resultados con un mayor ingreso económico en las familias y con características de la institución como la provisión de un arsenal farmacológico vasto, un diagnóstico temprano, un manejo adecuado de complicaciones, pero además con un seguimiento activo y sistemático de enfermería³⁰.

La escasa participación de enfermería que establece la guía clínica de la DM 2, se condice con las estadísticas encontradas en los registros 2013 del DEIS, señalando que, del total de controles en el programa de salud cardiovascular, el control por profesional enfermera corresponde al 26,62% de las atenciones. En la región de Atacama este indicador disminuye a un 21,59%⁷¹. Y respecto a la responsabilidad que entrega la guía clínica a estas profesionales sobre la educación al paciente, es posible evidenciar que las estadísticas manifiestan una escasa participación de las enfermeras en las consejerías individuales, en cuanto a estilos de vida y conductas de autocuidado, las cuales corresponden al 27,08%, cifra que nuevamente disminuye en la región de Atacama a un 20,50%. Enfermería está llamada a responder por medio de la gestión del cuidado a la gestión clínica de las instituciones, poniendo como centro de su interés a las personas y familias que demandan un cuidado de su salud. La enfermería chilena debe contribuir a los avances hechos en materia de acceso y cobertura universal en salud, pues esto se constituyen en los elementos claves para

contravenir las desigualdades e inequidades sanitarias. De esta manera, enfermería debe proporcionar un cuidado de calidad basado en las necesidades de la población y ofertando sus atenciones bajo estándares de calidad, los cuales propendan a una evaluación continua del cuidado. Es de esta manera interesante que las profesionales de enfermería contribuyan especialmente en la garantía de calidad, estableciendo indicadores de calidad en el cuidado de enfermería, los cuales contribuyan a la cobertura efectiva en pacientes con DM 2. Lo anterior es absolutamente coherente a lo referido por en la 64^a Asamblea Mundial de la Salud del año 2011⁷², donde la OMS señala la importancia de la participación de enfermeras en las "investigaciones de gran calidad que aporten mejores conocimientos científicos y datos de investigación para apoyar las políticas sanitarias y de los sistema de salud"⁷², instando a los Estados miembros a que "aprovechen los conocimientos teóricos y prácticos de los investigadores en los ámbitos de la enfermería y la partería para aportar datos científicos que ayuden a lograr la innovación y la eficacia de los sistemas de salud"⁷² y además a utilizar "activamente"⁷² la experiencia de las enfermeras y parteras en la planificación, el desarrollo, la aplicación y la evaluación de las políticas y los programas sanitarios y de los sistemas de salud"⁷².

La OMS señala que la cobertura efectiva corresponde a un objetivo intermedio para evaluar el desempeño de los sistemas de salud⁷³, donde se pasa de una cobertura destinada a la medición de la proporción de población que recibe una intervención en salud requerida, a una integración de acceso de la población a

los servicios de salud requeridos, con la medición de la calidad de los mismos ^{16,74-76}, es decir la incorporación de una potencial ganancia que un sistema de salud genera producto de una intervención sanitaria¹⁶. "Para aportar ganancia en salud es necesario que los servicios estén disponibles, que las personas en los hogares perciban una necesidad y demanden el servicio, que los proveedores brinden la intervención correcta y que los pacientes se apeguen a dicha intervención"⁷⁶. Enfermería debe tener una postura estratégica y proactiva frente a la concepción de cobertura efectiva en la DM 2, pues, además de reconocer la problemática existente en cuanto al escaso control metabólico, debe determinar los cuidados que generen la ganancia en salud que se espera para este problema de salud pública, a saber, la cobertura efectiva del tratamiento.

Es así que hoy, enfermería, cuenta con la responsabilidad de incorporar un cuidado de calidad en el persona con diagnóstico de DM 2 que consulta especialmente en la atención primaria en salud, pues en este lugar es donde el programa de salud cardiovascular se desarrolla, operacionalizando las prestaciones de salud señaladas en la guía clínica de Diabetes Mellitus. La responsabilidad de las enfermeras es vital en la cobertura efectiva de la Diabetes Mellitus, pues, tal como lo señalan algunos autores, "un gran aliado de las organizaciones de salud en la búsqueda por la calidad de las acciones es el enfermero y, en este sentido, existe expectativa de los gestores en cuanto al papel de este profesional en la administración del cuidado"⁷⁷. Lo anterior tiene

relación por la dinámica del contacto directo que tiene enfermería con la persona receptora del cuidado, posibilitando conocer sus necesidades y expectativas. Por esta razón es necesario contar con un sistema de calidad en enfermería, seleccionando procesos críticos que permitan el proponer indicadores de calidad⁷⁸. La cuantificación de la calidad de la atención en salud ha sido un gran desafío, que se inicia con la decisión de lo que debe ser medido y, después, en encontrar medidas estadísticas de calidad⁷⁷. Los indicadores de calidad permiten la medición de un fenómeno o suceso, y deben ser medibles, objetivos, aceptables, relevantes y basados en la evidencia, son utilizados para controlar la calidad de un aspecto de la atención en salud y permiten ser utilizados para mejorar la calidad del cuidado⁷⁹.

Las condiciones actuales han generado la oportunidad de confeccionar indicadores del cuidado que promuevan el cumplimiento de metas establecidas por el Sistema de Salud chileno, permitiendo un control efectivo y continuo del cuidado requerido por una persona con diagnóstico de DM 2, incluyendo a la población no diagnosticada, la cual no es beneficiaria de las prestaciones de salud en la APS chilena.

2.1.8. Gestión de calidad y participación de Enfermería.

La calidad es un concepto amplio y abordado por diferentes áreas y disciplinas, y también desde diferentes perspectivas e interpretaciones. Etimológicamente proviene del vocablo griego "kalos", cuyo significado corresponde a bueno,

hermoso, apto, favorable, y desde el vocablo latino "qualitem", cuyo significado es propiedad⁸⁰. Calidad debe ser entendida como un concepto dinámico, el cual se encuentra en permanente cambio, pues depende de factores que evolucionan, tales como, las expectativas, preferencias o motivaciones del consumidor. Por esta misma razón se convierte en un proceso de mejora continua⁸¹. Es posible medir este concepto por medio de diferentes enfoques, estrategias o metodologías, y para ello, es importante considerar que a modo general puede ser evaluada en términos objetivos y subjetivos. La primera perspectiva "deriva de la comparación entre un estándar y un desempeño, referidos a características de calidad medibles cuantitativamente"⁸¹, la perspectiva subjetiva se basa en el juicio de valor y en la percepción de las personas, para ello se ha de medir cualitativamente por medio de la satisfacción del cliente. Desde lo señalado, es necesario que enfermería disponga de una mirada no reduccionista, es decir, considerar que la evaluación de la calidad de su cuidado, puede ser analizado desde estos dos importantes paradigmas, lo cual enriquecerá la comprensión del fenómeno calidad del cuidado.

Es posible encontrar perspectivas diferentes en cuanto a la comprensión del concepto calidad, pasando por una calidad como excelencia que inicia desde los tiempos de Platón, donde se resaltaba la calidad del diseño. El concepto técnico de calidad como conformidad con las especificaciones, es considerado el primer concepto ampliamente aceptado en la literatura sobre calidad. El concepto estadístico de calidad como uniformidad, que centra su interés en los

procesos, "la calidad es consecuencia de reducir la variabilidad de los comportamientos en los procesos: no se puede garantizar una calidad uniforme y su mejora continua sin disminuir la variabilidad de las características del producto y del servicio"⁸¹. A diferencia de este concepto donde el fabricante es quien establece las características de la calidad del producto y sus respectivos estándares de calidad, en el concepto de calidad como aptitud para el uso, las características de calidad son definidas conforme a lo que el cliente desea. Esta perspectiva tiene relación con el concepto histórico utilizado por la industria. De esta manera se entenderá que un producto es de calidad, no por tener el mejor diseño, sino que este satisfaga las necesidades del cliente en cuanto a prestaciones, precio y uso previsto. También está el concepto de calidad como satisfacción de las expectativas del cliente, donde semejante al concepto anterior, tiene una clara orientación hacia el cliente, es muy sensible a los cambios del mercado, pues está determinada directamente por la percepción del cliente⁸¹.

Los cinco conceptos antes señalados poseen una aproximación parcial hacia la eficiencia interna y hacia la eficacia externa, pero finalmente el concepto de calidad total intenta conjugar ambos enfoques de manera complementaria. En este se entiende la calidad como valor creado, donde se enfatiza en la satisfacción de las expectativas de todos los actores claves. La gestión de la calidad total tiene su desafío en una gestión holística, eficaz y eficiente, pues intenta hacer coincidir la calidad esperada, programada y la realizada⁸¹.

Así como, los conceptos de calidad fueron evolucionando a través de la historia, es posible controlar y gestionar la calidad de formas diferentes, las cuales han ido yuxtaponiéndose con el paso del tiempo. La gestión de la calidad era abordada de manera parcial, hasta la incorporación de la gestión de la calidad total (GCT), pues posee una mirada multidimensional. Los enfoques de la gestión de la calidad presentan aproximaciones parciales a diferencia del enfoque integrador como gestión de la calidad total. Este enfoque consiste en el "conjunto de acciones orientadas a planificar, organizar y controlar la función de calidad de una organización, con vistas a la mejora continua de la calidad del producto y de la posición competitiva, así como, a optimizar la creación de valor para los grupos de interés considerados clave"⁸¹. De esta manera, enfermería debe ser parte de esta GCT en el fenómeno propio a su disciplina, a saber, el cuidado y en consecuencia la gestión del mismo. El gestionar los cuidados de manera multidimensional, manifiesta una intención eficaz y eficiente, respondiendo a las expectativas de los actores participantes del cuidado. Es así, que la incorporación de estos actores en la programación del cuidado es fundamental.

Ahora bien, algunas de las dificultades con las que se puede encontrar la enfermera al intentar hacer operativa la gestión de la calidad, tiene relación con: identificación de los elementos que forman parte de las dimensiones o contenido de la gestión de la calidad, y precisar la forma de interrelación para formar el constructo. Para lograr identificar el contenido de la gestión de la

calidad, se han confeccionado diversos instrumentos multi-ítem, con la intención de medir de manera global las dimensiones. Respecto a la segunda dificultad, es preciso "analizar el modo en que las diferentes dimensiones se reúnen para configurar el constructo y la manera en que el conjunto de indicadores se resume para configurar cada dimensión del constructo"⁸¹.

Lo señalado se relaciona con la responsabilidad de las enfermeras respecto a la gestión de la calidad del cuidado, pues requerirá la identificación de las dimensiones de este cuidado, además de los elementos que conforman estas dimensiones, y de su interrelación para la comprensión del fenómeno calidad del cuidado. En lo operativo, las enfermeras deberán generar la construcción de indicadores de calidad del cuidado de enfermería, lo cual dé cuenta del constructo que se está evaluando. Se ha señalado que la enfermería chilena no cuenta con indicadores de calidad del cuidado de enfermería en Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, por esta razón, esta investigación que pretende el diseño de los mismos, generará la apertura para iniciar una gestión de la calidad total en el cuidado de enfermería para este tipo de personas, las cuales frecuentan con periodicidad la APS, además de abordar este importante problema en la salud pública chilena.

El diseñar indicadores de calidad en salud se convierte en una herramienta de evaluación necesaria, pues dirige el trabajo de los profesionales a una mejora y control de la calidad de la atención. Para ello, y una vez diseñados, éstos deben

ser validados, con la intención de garantizar su correcta aplicación durante los procesos de evaluación de la calidad⁸².

2.1.9. Teoría de la Atención Burocrática de Marilyn Anne Ray.

El conocimiento científico es comprendido por la filosofía de la ciencia, siendo en ella discutido y organizado distintamente⁸³. Bunge lo organiza en función de la ciencia que produce, distinguiendo la ciencia formal y la ciencia fáctica, que estudian ideas y hechos respectivamente⁸⁴. En enfermería, Fawcett propone una organización de la estructura del conocimiento, que va desde lo más a lo menos abstracto. En este orden, se reconoce al Metapadigma, Filosofías, Modelos conceptuales, Teorías de distinto alcance, e Indicadores empíricos⁸⁵. Marriner y Raile (2007) clasifican a la Teoría de la Atención Burocrática de Marilyn Anne Ray como una filosofía⁸⁶, pero, Smith y Parker (2015) como una teoría de rango medio⁸⁷. Independiente de ello, la formulación teórica de la Dra Ray, considera el cuidado de la persona como el todo, pero, asimismo, como parte de la complejidad organizacional⁸⁸. Esta teoría se generó por diversos estudios, realizados por más de treinta años⁸⁷. En ellos se aplicó, principalmente, teoría fundamentada, etnografía y fenomenología, con el objetivo de comprender el cuidado en la organización de las instituciones de salud.

En la Teoría de la Atención Burocrática se define un proceso relacional transcultural complejo, el cual se encuentra asentado en un contexto ético y

espiritual, con múltiples ingresos al sistema, e interconectados con el cuidado en el contexto de la cultura organizacional⁸⁹. En el cuidado influye la estructura social de la organización, donde intervienen elementos burocráticos como factores educativos; físicos; socioculturales; legales; tecnológicos; económicos; y políticos⁸⁷. La Teoría de la Atención Burocrática ha contribuido en la comprensión del cuidado de enfermería en contextos complejos como los establecimientos de salud, incluso, de ella han surgido propuestas teóricas que son de gran utilidad a nivel internacional⁸⁸⁻⁹¹.

En el contexto del estudio, la Teoría de la Atención Burocrática "permite una comprensión del cuidado en un escenario complejo como lo es un centro de salud familiar, donde surge un orden implícito (el todo) y un orden explícito (la parte), representados en la interconexión del cuidado espiritual y ético con la estructura social de la organización"⁹².

De acuerdo a esta mirada filosófica del cuidado en interacción con los siete factores mencionados, la investigadora prestó mayor atención a los elementos observados en la práctica, los cuales fueron clasificados en las categorías emergentes descritas en el capítulo de resultados. Esta filosofía permitió a la investigadora comprender que el cuidado de la persona con diagnóstico de DM 2, interactúa permanentemente con los factores educativos; físicos; socioculturales; legales; tecnológicos; económicos; y políticos.

2.1.10. Teoría Fundamentada y su importancia para la creación de Microteorías de enfermería.

Autores como Morse han clasificado a la teoría fundamentada como uno de los diseños del método cualitativo, siendo actualmente el más usado⁹³. El origen de la teoría fundamentada recae en la sociología, en el libro *The Discovery of Grounded Theory* (1967)⁹⁴ de Strauss y Glaser, utilizando técnicas de recolección como las entrevistas y la observación participante, entre otras. Los autores creían que las teorías utilizadas en las investigaciones eran a menudo inadecuadas, o mal adaptadas para los participantes del estudio^{95,96}. La finalidad de la Teoría Fundamentada, consiste en la generación de teorías a partir de los datos y no de supuestos a priori^{95,96}. Los dos enfoques más populares de la teoría fundamentada son los procedimientos sistemáticos de Strauss y Corbin (1990, 1998) y el enfoque constructivista de Charmaz (2005, 2006)⁹⁶. Para esta investigación se utilizó el primero, realizando un ordenamiento conceptual y finalizando con la teorización, que consiste en la construcción teórica del fenómeno estudiado⁷.

Glaser y Strauss distinguen dos tipos de teorías, a saber: teoría sustantiva y teoría formal⁹⁴. La teoría sustantiva es la que deriva de áreas específicas de investigación, siendo la teoría formal una "gran teoría"⁹⁷. De acuerdo a lo señalado por Facett, las teorías son el cuatro componente en la estructura del conocimiento contemporáneo de enfermería⁸⁵. Éstas son menos abstractas que

los modelos conceptuales, pero más complejas que los indicadores empíricos. Contienen una relación de conceptos, definiciones y proposiciones, que representan sistemáticamente un fenómeno de estudio⁹⁸. Otorgan un punto de partida y representan la piedra angular sobre la cual reposa la enfermería, y de la cual surge la práctica de la enfermería⁹⁹.

De esta manera, enfermería requiere de teoría para la práctica e investigación. "El conocimiento abstracto es el que permite que los hallazgos científicos derivados de investigación se desarrollen en teorías que, guiadas por un soporte filosófico, puedan sustentar la práctica. En síntesis, podemos asegurar que la teoría es uno de los componentes de la estructura del conocimiento que nos permite dar sentido al mundo empírico y, por tanto, entender de una manera más coherente y controlada nuestra práctica"¹⁰⁰. En consecuencia, las teorías contribuyen con una propuesta de conceptos abstractos que explican los fenómenos de estudio y dirigen las acciones de cuidado¹⁰¹. Facett y Downs indican que las teorías son descriptivas, explicativas, y predictivas, y que de ellas depende el tipo de investigación¹⁰². Las teorías descriptivas requieren investigación cualitativa descriptiva o cuantitativa descriptiva, las teorías explicativas necesitan investigación cualitativa exploratoria o cuantitativa correlacional, y las teorías predictivas necesitan de investigación cuantitativa experimental¹⁰².

Aún cuando Facett clasifica a las teorías en Grandes Teorías y Teorías de Rango Medio, también reconoce la existencia de Microteorías⁸⁵. Éstas son de

especial interés en la actual investigación, puesto que emergieron tres Microteorías sustantivas. Estas Microteorías sustantivas poseen valor regional, al estar arraigadas a las percepciones y significados de los participantes del estudio.

Las Microteorías son menos compleja y con mayor especificidad que las Grandes Teorías y Teorías de Rango Medio, y son entendidas como un conjunto de enunciados teóricos sobre fenómenos muy concretos. Consiste en la explicación de un problema específico de la práctica de enfermería^{103,104}. Su naturaleza es equivalente a las Teorías de la Práctica, las cuales son reconocidas por Smith y Parker como el penúltimo componente en la estructura del conocimiento de la disciplina de enfermería, ubicándolas posterior a las Teorías de Rango Medio⁸⁷.

Las Microteorías, así como las teorías de mayor alcance y los modelos conceptuales, incorporan el desarrollo de conceptos y proposiciones. El desarrollo de conceptos está estrechamente relacionado con la evolución y mejora del conocimiento de enfermería¹⁰⁵. Por esta razón, la investigación científica de enfermería describe, explora y prueba estos conceptos, con el propósito de producir evidencia científica para confirmar, negar o modificar las teorías propuestas.

2.2. Marco Empírico.

La búsqueda de un marco referencial para el fenómeno de estudio, en el contexto y población objetivo, se realizó en dos períodos durante la investigación. El primero al inicio de la investigación (segundo semestre de 2015), con la finalidad de recoger información documental, que contribuyera en la identificación de áreas o dimensiones de la calidad del cuidado. Esto se descartó debido a los resultados de búsqueda, que no otorgaron evidencias del fenómeno de estudio en el contexto y población objetivo. La segunda búsqueda se realizó durante el término del periodo de recolección y análisis cualitativo de los datos (mayo-junio de 2017), con la intención de enriquecer la teorización de las percepciones de los participantes. La primera búsqueda se realizó en Web of Science, y la segunda en Web of Science y SciELO, con los descriptores de búsqueda "calidad del cuidado"; "calidad de enfermería"; "percepción de calidad"; y "cobertura universal de salud", en español e inglés. El período de búsqueda contempló los últimos 10 años.

Los resultados abordan la calidad en el cuidado o en la atención de salud, en contexto y población distinta, y algunos efectúan el diseño de indicadores con distinta metodología, contexto y población. De esta manera, a continuación se exponen algunos estudios sobre la calidad o percepción de calidad del cuidado de enfermería, y así también, sobre la construcción o uso de indicadores de calidad. La búsqueda demuestra evidencia sobre el fenómeno de la calidad del cuidado de enfermería o percepción de ésta, en estudios realizados en

contextos nacionales e internacionales. Principalmente, los estudios abordan el fenómeno desde el paradigma cuantitativo, en contextos hospitalarios, y en población con situación de salud que ocasionó un ingreso hospitalario. Aún cuando las investigaciones encontradas son disímiles a lo aquí efectuado, sus resultados pueden profundizar la comprensión y explicación, en tanto semejanza o diferencia con las Microteorías que emergieron y la redacción final de los indicadores de calidad.

En Colombia se realizó un estudio que determinó la reproducibilidad del Cuestionario de Calidad de Cuidados de Enfermería (CUCACE) en pacientes hospitalizados. Se aplicó el cuestionario a 250 pacientes de los servicios de medicina interna y quirúrgica, durante el año 2014. Los resultados manifestaron que el instrumento es una herramienta útil para medir la calidad de la atención de enfermería en sus dos dimensiones, a saber: experiencia y satisfacción con los cuidados¹⁰⁶. De esta manera, se realizó otro estudio en el mismo país y con el mismo instrumento, determinando la calidad percibida del cuidado de enfermería por pacientes hospitalizados. Tanto la satisfacción y las experiencias de los pacientes con el cuidado de enfermería fueron calificadas sobre el 70 %. Los resultados manifiestan que la calidad percibida de los pacientes es buena. Estos estudios son interesantes para la actual investigación, al considerar que el instrumento CUCACE incorpora aspectos relacionados a la cantidad de tiempo que las enfermeras pasan con el paciente; la capacidad de ellas para hacer bien su trabajo; la manera en que hacían sentir como en casa; la cantidad

y tipo de información acerca de la situación y tratamiento; la amabilidad; la manera en que explicaban las cosas; el trato; la forma como escuchaban las preocupaciones del paciente; la disponibilidad para responder; y entre otros, el grado de intimidad proporcionado¹⁰⁷.

Considerando que la calidad debe responder a las necesidades del paciente, son relevantes los resultados de un estudio que comparó las necesidades de cuidados percibidas por el paciente y equipo de enfermería, investigando factores sociodemográficos asociados a ellas. Se construyó y validó un cuestionario sobre necesidades de cuidado, incorporando 45 afirmaciones contenidas en cuatro dimensiones: planificación y organización del cuidado; ambiente de cuidado; comunicación e información; y cuidados básicos. En planificación y organización del cuidado se encuentran afirmaciones relacionadas a la participación del paciente y acompañante en las decisiones de cuidado; el conocimiento del equipo sobre necesidades de cuidado; la satisfacción de estas necesidades; y también la resolutivead. En el ambiente de cuidado se establecen afirmaciones relacionadas al ruido; confort; atención; gentileza y educación; soporte espiritual y emocional; confidencialidad; respeto y ética; seguridad; y competencia profesional, entre otros. En comunicación e información están las afirmaciones relacionadas a las orientaciones sobre el estado de salud; hospitalización y cuidado; la comunicación del paciente y familia con el equipo; las orientaciones del cuidado en casa; la claridad de las orientaciones orales y escritas; y entre otros, el tiempo destinado a responder

consultas. Finalmente, en los cuidados básicos se encuentran afirmaciones relacionadas a higiene; alimentación; y otras relacionadas a intervenciones realizadas durante la hospitalización del paciente, tales como: manejo de catéter; ostomías; movilización del paciente; cuidados de piel; náuseas y vómitos; etc. Existió mayor concordancia entre la percepción de los pacientes y equipo de enfermería en ambiente de cuidado y comunicación, ambos con un 92,6% de concordancia. Fue seguido por los cuidados básicos con un 74,1% de concordancia, y la menor concordancia estuvo en planificación y organización del cuidado con un 64,3%¹⁰⁸.

Otro estudio sobre calidad del cuidado en la enfermería oncológica, realizado en pacientes de tres países europeos con diagnóstico de cáncer, utilizó el instrumento Quality of Oncology Nursing Care Scale (QONCS). Éste incorpora cinco dimensiones que abordan la relación, cercanía y compatibilidad con la enfermera; los cuidados religiosos o espirituales; el sentido de pertenencia; el sentirse valorado; y el sentirse respetado. Los resultados destacan que la dimensión de los cuidados religiosos o espirituales es la dimensión que recibió los puntajes más bajos en los tres países participantes¹⁰⁹.

Una investigación chilena, realizada en el contexto de la gestión del cuidado en hospitales complejos, determinó el concepto y las dimensiones asociadas a la gestión del cuidado. Los investigadores se preguntaron por las dimensiones, procesos y resultados que debieran considerarse en la certificación de la calidad de la gestión del cuidado en hospitales complejos¹¹⁰. Aún cuando esta

investigación aborda un contexto distinto, los resultados pueden ser interesantes, considerando que la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, debe ser abordada por medio de una gestión de la calidad del cuidado. La investigación mencionada utilizó metodología Delphi, para obtener conceptos; dimensiones; procesos; y resultados desde los expertos participantes. Se validaron las respuestas en grupos focales de profesionales clínicos de hospitales públicos y privados, y se obtuvo un modelo con las dimensiones pertinencia y costo efectividad de las acciones de enfermería; poder y relación con otros; e investigación y formación en enfermería. Para ellas se identificaron los procesos, resultados e indicadores. En la dimensión pertinencia y costo efectividad de las acciones de enfermería se consideraron aspectos relacionados con condiciones ambientales; infraestructura; necesidades humanas; juicio enfermero; la coordinación; y el abastecimiento de insumos. En la dimensión poder y relación con otros se consideraron aspectos relacionados con soporte emocional; voluntad anticipada y consentimiento; talentos, competencias y preferencias; continuidad de la atención; y negociación y comunicación de logros de la gestión del cuidado. La dimensión investigación y formación en enfermería considera aspectos relacionados a la profesionalización de la atención; mejoramiento continuo; producción de evidencia; y formación de capacidades. En otro estudio, se diseñó y validó un instrumento para medir percepción del paciente sobre la calidad de atención de enfermería en instituciones

hospitalarias. Se diseñó el instrumento por investigación bibliográfica; grupos de discusiones con diferentes participantes; y grupos de expertos. Posteriormente se obtuvo la validez y confiabilidad, aplicando el instrumento a una muestra de pacientes, que permitió el diseño final del instrumento. Éste fue compuesto por 36 ítems, los cuales fueron clasificados en ocho factores, a saber: aspectos interpersonales; eficiencia; competencia; comodidad; entorno físico; limpieza; información personalizada; e instrucciones generales¹¹¹.

Finalmente, un estudio realizado en Portugal durante el año 2014, permitió la construcción y validación de una escala para medir la percepción de los enfermeros sobre las actividades que contribuyen a la calidad de la atención de enfermería. El instrumento se construyó por revisión de literatura y participación de expertos. Para obtener la validez y confiabilidad, el instrumento fue aplicado a 775 enfermeros de un hospital en Portugal. El instrumento contiene 25 ítems, agrupados en 7 dimensiones, a saber: satisfacción del cliente; promoción de la salud; prevención de complicaciones; bienestar y autocuidado; readaptación funcional; organización de los cuidados; y responsabilidad y rigor¹¹².

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Método de investigación.

La investigación corresponde a un estudio con métodos mixtos, de diseño secuencial exploratorio. Se dirigió al desarrollo de información, pues la comprensión del fenómeno de estudio fue enriquecida por medio de los paradigmas cualitativo (CUAL) y cuantitativo (CUAN). De esta manera, los hallazgos del método CUAL contribuyeron a desarrollar la información del método CUAN^{113,114}.

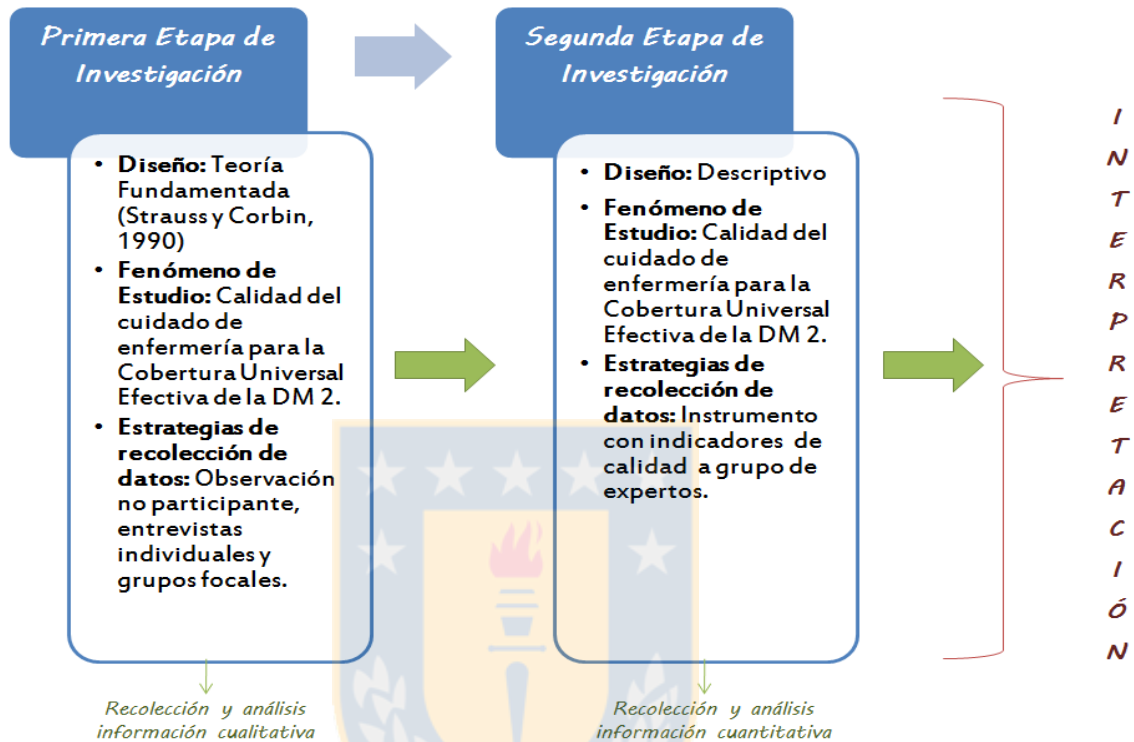
Los métodos mixtos o multimétodos son menos conocidos, pues surgen a finales de la década de 1950, cuando Campbell y Fiske utilizaron varios métodos para estudiar la validez de rasgos psicológicos¹¹⁵. En estos métodos se utilizan ambos paradigmas, a saber, cualitativo y cuantitativo, tanto en la recolección y análisis de los datos. Existen diferentes diseños, utilizando en esta investigación el diseño secuencial exploratorio, conocido también como diseños vinculados o modelos de dos etapas por derivación¹¹⁶. Este tipo de diseño inicia con la recopilación y análisis de datos cualitativos en un número reducido de participantes, con la intención de explorar el fenómeno de investigación. Posteriormente, se construye un instrumento para recolectar los datos cuantitativos en un número mayor de participantes, efectuando un análisis para explicar las relaciones encontradas en los datos cualitativos¹¹⁷.

En esta investigación se exploró el fenómeno de la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, conforme a la percepción de los participantes, y luego se construyó un instrumento con los indicadores de calidad. Tal como indica Morse, en este tipo de investigación las enfermeras pueden medir y describir una experiencia en un mismo proyecto¹¹³. De esta manera, los resultados permitirán, en un próximo estudio, la medición del fenómeno de estudio por medio de los indicadores, es decir, la calidad del cuidado de enfermería en el contexto y población objetivo.

La combinación de métodos cualitativos y cuantitativos ofrece una visión e interpretación global del fenómeno de estudio¹¹⁸, una visión holística en el ámbito de la enfermería¹¹³. Por esta razón, fue relevante la aplicación de un método mixto, pues no existiendo investigaciones chilenas en esta temática o fenómeno de estudio, fue necesario conocer el fenómeno en detalle, para luego diseñar los indicadores de calidad.

Conforme a lo señalado, el método de implementación de los enfoques fue secuencial, con un nivel de interacción de métodos independiente, siendo éstos integrados durante la interpretación final del estudio, esto es, la discusión de los resultados. La prioridad de ambos métodos es la misma, debido a que la secuencia de ellos es relevante para el diseño de los indicadores (CUAL-CUAN). El tipo de control es secuencial, pues los datos fueron recolectados en dos fases distintas, y el proceso de mezcla o mixtura de los datos se realizó en la discusión del estudio. Lo anterior es posible de observar en la Ilustración N°1:

Ilustración N° 1: Proceso de investigación en el diseño secuencial exploratorio de métodos mixtos.



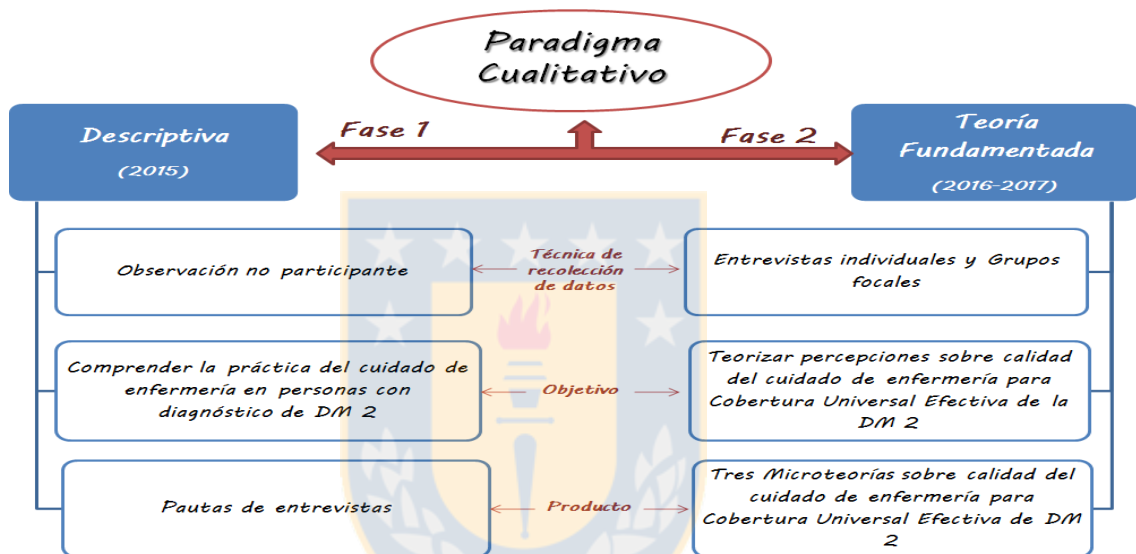
Fuente: Extraído con modificaciones mayores de Educational research: planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research (John W. Creswell, 2012).

3.1.1. Primera Etapa de Investigación: Paradigma cualitativo.

La evolución del paradigma cualitativo tiene sus raíces en diferentes áreas de las ciencias sociales, como la antropología y sociología, las cuales han permitido entender este tipo de investigación¹¹⁹⁻¹²⁰. Debido a que el enfoque cualitativo no pretende medir, sino cualificar y describir el fenómeno de estudio, conforme a la percepción de los que están presentes en la situación estudiada¹²¹, esta investigación exploró e interpretó el fenómeno de la calidad

del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. Esta primera etapa de investigación se realizó en dos fases, las cuales se describen en la Ilustración N° 2.

Ilustración N° 2: Fases del proceso de investigación en el paradigma cualitativo



Fuente: Elaboración propia.

3.1.1.1. Diseño de investigación.

La Fase 1 del paradigma cualitativo consistió en una investigación descriptiva, con aplicación de observación no participante como técnica de recolección de datos. Tuvo como objetivo la comprensión de la práctica del cuidado de enfermería en el contexto y población de estudio, y contribuyó al diseño de las pautas de entrevista utilizadas en la segunda fase. La Fase 2 utilizó Teoría Fundamental, recolectando datos por medio de entrevistas individuales y

grupos focales. Aquí se efectuó una teorización de las percepciones sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.

Los resultados de este paradigma contribuyeron con la identificación y descripción de las dimensiones, lo que algunos autores han indicado como una de las finalidades en esta etapa¹²².

3.1.1.2. Pre reflexivo: El rol y experiencia de la Investigadora

En este tipo de estudio el investigador se convierte en el principal instrumento de recolección de datos. Debido a las experiencias laborales y personales, mis valores e intereses se vinculan al fenómeno de estudio. Mi primera experiencia laboral se desarrolló en la APS de la región de Atacama, familiarizándome con los bajos porcentajes de compensación en la DM 2, la organización del cuidado en torno a este tipo de pacientes, y la demanda laboral de las enfermeras, lo cual dificultaba la continuidad de los cuidados. El desempeñarme en el área académica me permitió estar en contacto periódico con diferentes enfermas y gestores de los establecimientos de APS en la región, familiarizándome frecuentemente con las necesidades regionales. En cuanto a las experiencias personales, vinculadas a los círculos familiares y de amistad, centran mi atención en la necesidad de profundizar en este tipo de fenómeno, pues muchos de ellos no alcanzan la compensación metabólica y sufren frecuentemente de las complicaciones propias a la enfermedad, aún cuando

estén insertos y acudan a las atenciones ofertadas en la APS. Inicio la investigación convencida de la importancia de disponer de indicadores de calidad en el cuidado de enfermería en pacientes con DM 2, pues considero que las enfermeras son claves en la cobertura efectiva de esta enfermedad. Contar con indicadores como resultado de esta investigación, permitirá tener presente la mirada del fenómeno desde los principales actores en la relación de cuidado.

3.1.1.3. Delimitación del estudio en la recolección de los datos.

-Contexto: La investigación se realizó en establecimientos de APS de la región de Atacama (Copiapó, Vallenar y Chañaral), los cuales fueron seleccionados posterior a la invitación realizada a todos los departamentos de salud municipal en la región. La selección de esta zona se sustentó en el origen geográfico de la investigadora. En un estudio previo, se observó que Atacama presentó la mayor tasa de mortalidad por DM, además de presentar el máximo porcentaje de pacientes diabéticos en control metabólico¹¹.

-Muestra: Se utilizó un muestreo teórico, útil en investigaciones que aplican teoría fundamentada. Esto quiere decir que no se programó un número a priori de participantes, pues, éste se constituyó conforme a la saturación de las categorías. La invitación de participación se extendió a todos los establecimientos de APS de la región de Atacama. Inicialmente se planificó un muestreo estratificado intencionado, que era factible de utilizar en

investigaciones cualitativas¹²³, donde se consideró por estrato a las nueve comunas de la región de Atacama. Esto finalmente fue modificado debido a la respuesta tardía de los respectivos departamentos de salud municipal.

En cada establecimiento de APS de la región de Atacama, la selección de enfermeras, pacientes y gestores de salud se hizo por una muestra de participantes voluntarios¹¹⁶. Se invitó a todos(as) los(as) enfermeros(as) que participaban de la atención directa del paciente con DM 2 (Anexo N°1). Los pacientes fueron invitados a participar por medio de los contactos realizados en los mismos establecimientos de salud durante la observación no participante. Fueron contactados por medio de llamadas telefónicas y visitas domiciliarias. Algunos de ellos pertenecían a la agrupación de diabéticos "Desierto Florido", lo cual facilitó el contacto con pacientes interesados de participar en las entrevistas individuales y grupo focal. La invitación a los gestores de salud se circunscribió a directores (Anexo N°2), subdirectores, jefes del programa de salud cardiovascular (Anexo n°3), funcionarios del Servicio de Salud Atacama y funcionarios de los Departamentos de Salud Municipal (Anexo N°4).

3.1.1.4. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterio de inclusión:

-Enfermeras con un desempeño mínimo de 6 meses en el actual establecimiento de salud, y aquellas que hayan firmado el consentimiento informado.

-Pacientes mayores de edad ingresados al programa de salud cardiovascular, hace al menos un año, y que firmaron el consentimiento informado.

-Gestores de salud con un desempeño mínimo de 6 meses en el cargo, y que firmaron el consentimiento informado.

Criterio de exclusión:

-Enfermeras que no participan de la atención directa de los pacientes con DM 2 (Sin participación en el programa de salud cardiovascular).

-Pacientes que no han asistido hace un año al control realizado por la enfermera.

3.1.1.5. Estrategias de recolección de datos.

Una de las maneras más adecuadas para diseñar indicadores es la triangulación de métodos, lo cual ha sido ampliamente usado por otros investigadores¹²⁴⁻¹²⁶. Esto permite un consenso en torno a la proposición de indicadores¹²⁷. Por esta razón, se realizó una triangulación metodológica secuencial, donde los indicadores diseñados en este enfoque cualitativo fueron esenciales para el desarrollo del enfoque cuantitativo. La combinación de métodos y técnicas para la recolección de datos maximiza la calidad de la información recolectada, reduciendo la posibilidad de prejuicios¹²³. Debido a esto, los datos fueron recolectados desde octubre de 2015 hasta julio de 2017 (Anexo N°5), utilizando técnicas cualitativas en el siguiente orden: observación

no participante; entrevistas individuales; y grupos focales.

Se programó iniciar la investigación con una revisión sistemática de trabajos sobre el fenómeno de estudio, lo cual permitiera un acercamiento a las dimensiones e indicadores de calidad del cuidado de enfermería. El iniciar con investigación documental era respaldado por algunos estudios sobre el levantamiento de indicadores^{127,128}, pero la revisión de publicaciones en Web of Science no evidenció investigaciones sobre indicadores de calidad del cuidado de enfermería en el contexto y población objetivo. Por esta razón, la investigación inició con observación no participante.

Observación no participante:

Por medio de esta técnica se recolectó información cualitativa en dos CESFAM de la ciudad de Copiapó, durante los meses de octubre y noviembre del año 2015. Se realizaron reuniones de coordinación con la dirección y el equipo del Programa de Salud Cardiovascular de cada establecimiento. Esta técnica fue el fundamento para las entrevistas individuales y grupos focales, porque se dirigió a conocer las principales actividades y características de la práctica del cuidado de enfermería en personas con diagnóstico de DM 2, además de la formulación de líneas temáticas para las pautas de entrevistas en profundidad, y la identificación de futuros participantes para las entrevistas individuales y grupos focales. Con el fin de sistematizar la recolección de información, se trabajó con

la Teoría de la Atención Burocrática de Marilyn Anne Ray como referente filosófico⁸⁶, lo cual permitió dirigir las observaciones y clasificar con posterioridad las categorías que emergieron.

La observación fue de tipo no participante, pues el papel de la investigadora consistió en mantenerse ajena a la situación observada, en tanto intervención activa como indicaciones, procedimientos, educación y otros. Esto no limitó que la observación fuera consciente y dirigida a los fines del estudio.

De acuerdo a los medios utilizados, la observación fue de tipo estructurada o estandarizada, pues se estableció con anticipación los aspectos o dimensiones a observar, a saber, la observación de las actividades de enfermería señaladas en el listado de prestaciones garantizadas para este tipo de pacientes, con excepción de la curación de pie por lesión o herida. La investigadora ingresó a la sala de curación en los días en que se programó dicha actividad, pero en todas las ocasiones hubo inasistencia del paciente. En consecuencia, la observación se realizó en dos actividades de enfermería:

-Control de salud: En box de enfermero(a), o en su defecto, en box de otro profesional destinado momentáneamente para la atención de enfermería. Esto último sucedió cuando el(la) enfermero(a) no tenía box asignado en su centro de salud familiar.

-Educación grupal: En sala multipropósito donde se encontraba la enfermera, la investigadora, y el grupo de pacientes asistentes.

Las observaciones fueron realizadas solamente por la investigadora, con registros en notas de campo de tipo no sistemático. Se realizaron dos tipos de registros: notas descriptivas, que reflejaban lo que sucedía en el contexto, sea esto una conducta, un diálogo o situaciones que llamaron el interés de la investigadora; y las notas reflexivas, que fueron analíticas e interpretativas, donde se reflejaron los propios pensamientos, emociones o sentimientos. Este tipo de registro es muy útil para investigaciones cualitativas exploratorias, pues permiten ser el paso previo a la construcción de un sistema de observación más sistemático, facilitando la identificación de categorías. La jornada de observación se fragmentó en observación directa, transcripción (notas descriptivas) y análisis de lo observado (notas reflexivas), consolidando los registros en un documento word y analizándolos en su conjunto durante el mes de diciembre de 2015. El diario de campo no es anexado, pero la investigadora mantiene registro de todas las notas realizadas.

Entrevistas individuales:

Inicialmente se contactó por correo electrónico y llamado telefónico a todos los Directores de los Departamentos de Salud Municipal en la región de Atacama, o en su ausencia, el representante del mismo. Se envió el resumen ejecutivo de la investigación y se concertó una reunión para explicar el estudio y resolver inquietudes. Siete de los nueve Departamentos respondieron a la invitación. De

igual manera se invitó al Servicio de Salud Atacama y Secretaría Regional Ministerial de Salud. De ambos no hubo respuesta.

Posteriormente, se enviaron las invitaciones personalizadas por correo tradicional a los enfermeros(as) y gestores de salud que cumplían con los criterios de inclusión. Las invitaciones incorporaban los consentimientos informados respectivos al tipo de participante, y a los correos electrónicos se envió el resumen ejecutivo de la investigación. Seguidamente, se visitó a todos los Directores de CESFAM de las tres comunas que respondieron oportunamente, las cuales contemplan la adscripción de 13 CESFAM. Aquí se efectuaron reuniones con los jefes del Programa de Salud Cardiovascular y enfermeras participantes del programa. La investigadora se contactó por medio de correos electrónicos, llamadas telefónicas y reuniones en los CESFAM para conocer interés de participar en la investigación y concertar fecha y hora de entrevista. Finalmente, esta técnica fue aplicada a quienes cumplieron los criterios de inclusión y con quienes se logró concertar la entrevista en profundidad.

La invitación para los pacientes se realizó de manera presencial en la sala de espera del CESFAM. Mientras el paciente esperaba su control de salud, la investigadora se acercaba a ellos para explicar el estudio, e identificar a quienes deseaban participar en las entrevistas. Además, la investigadora acudió con esta misma invitación a las reuniones de la Agrupación de Diabéticos

Desierto Florido. La investigadora accedió a esta Agrupación por invitación de una de sus integrantes, a quien conoció durante la observación no participante. La recolección de la información se realizó en las dependencias de los Departamentos de Salud Municipal y de los CESFAM de Copiapó, Vallenar y Chañaral, en la Agrupación de Diabéticos Desierto Florido, y en algunos domicilios de personas con diagnóstico de DM 2. Para ello, se grabaron las entrevistas en dos equipos (celular y tablet), con la intención de disminuir los riesgos de pérdida de la información y/o errores durante la grabación. Las entrevistas fueron transcritas fidedignamente por la investigadora, y en algunos casos por transcripores preparados previamente por la investigadora. A los transcripores se les entregó indicación verbal y escrita de criterios para la transcripción, y posteriormente, la misma investigadora corroboró la correcta transcripción al comparar todas las grabaciones con su respectivo escrito. La entrevista fue entregada en papel o correo electrónico a los participantes, con la intención de verificar si la transcripción transmite la intención del mensaje que deseaban compartir. Los participantes tuvieron la opción de efectuar cambios al relato, incorporando o eliminando contenido. Ningún participante solicitó modificación del relato. Las grabaciones fueron enriquecidas con notas de campo reflexivas, escritas posterior a cada entrevista, con el propósito de incorporar elementos que no se logran percibir en una transcripción. Esta técnica tuvo en promedio un tiempo aproximado de 30 a 45 minutos.

Estas entrevistas permitieron la identificación de las principales categorías que emergieron respecto a la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, lo cual contribuyó en la explicación del fenómeno de estudio.

Grupo focal:

Esta técnica se aplicó con un fin exploratorio y también confirmatorio en dos grupos de participantes: enfermeras y pacientes. Puesto que no fue factible reunir a los gestores de salud, esta técnica se obvió en el mencionado grupo. En el caso de las enfermeras se decidió invitar a un grupo de profesionales con experiencia en APS y dedicados actualmente a la docencia, puesto que en reiteradas ocasiones el grupo focal con enfermeras de APS tuvo que ser suspendido por inasistencia de las participantes. En el grupo de los pacientes, se invitó a todos los que participaron de las entrevistas individuales y se concertó un horario y lugar cómodo para todos los participantes. En el grupo focal se dialogó sobre las categorías emergentes en las entrevistas individuales y se continuó explorando el fenómeno de estudio. En esta técnica se procedió de igual forma que en las entrevistas individuales, a saber, grabación en dos equipos (celular y tablet) y notas de campo. Esta técnica grupal tuvo un promedio de tiempo aproximado de 1 hora.

Esta técnica grupal permitió la identificación de las principales categorías que emergieron respecto a la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, lo cual contribuyó en la explicación del fenómeno de estudio.

3.1.1.6. Criterios de rigor.

Fiabilidad: Se utilizaron registros sistemáticos para el proceso de codificación y análisis, los cuales pueden encontrarse en el anexo N°6. Se utilizaron técnicas de recolección confirmatorias, donde se corroboró la repetición de las categorías emergentes y se evaluó la estructura teórica.

Validez: Se realizó triangulación de datos, pues los datos fueron enfrentados entre las técnicas seleccionadas. Las transcripciones fueron enviadas a los actores que participaron de la investigación, con el fin de asegurar el sentido de lo relatado y la interpretación futura de los datos. Se realizó una triangulación entre la investigadora y un experto externo, de profesión psicólogo y con experiencia en análisis de investigación cualitativa. Asimismo, los resultados fueron posteriormente analizados con las profesoras guía y co-guía de tesis.

Strauss y Corbin⁷ establecen ocho criterios para la evaluación de las investigaciones sustentadas en Teoría Fundamentada, a saber: generación de datos; conceptos interrelacionados sistemáticamente; vínculos conceptuales y categorías bien desarrolladas; con densidad conceptual; incorporación y explicación de condiciones en que puede encontrarse la variación; tener en

cuenta el proceso; importancia de los hallazgos teóricos; y resistencia de la teoría al paso del tiempo, relacionada con ideas y discusiones de grupos profesionales y sociales. Todos estos criterios logran ser evidenciados en los resultados de la investigación. Por tanto, este estudio posee la calidad de una investigación que tiene por objeto la creación de una Microteoría sustantiva enraizada en las experiencias, valores y significados locales. De esta manera, la Microteoría sustantiva contiene percepciones locales de los actores claves que participan en el fenómeno de estudio.

3.1.2. Segunda Etapa de Investigación: Paradigma cuantitativo.

3.1.2.1. Diseño de investigación.

Consistió en un estudio descriptivo, donde se obtuvo la validación de contenido de los indicadores de calidad del cuidado de enfermería, por medio de la evaluación de un grupo de expertos. El producto final en esta segunda etapa de investigación consistió en la definición final de los indicadores de calidad, con la obtención de una de las propiedades psicométricas realizadas a los instrumentos. El proceder de esta etapa es coherente a lo señalado por otros autores ^{77,82,120,122,128,129}.

3.1.2.2. Muestra.

Se invitó a 25 enfermeros(as) en calidad de expertos, ubicados en diferentes regiones del país y en el extranjero.

3.1.2.3. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterio de inclusión:

-Enfermeros reconocidos por su experiencia laboral en APS, y en calidad del cuidado, o con reconocimiento en el ámbito profesional o científico. Esto último por difusión del conocimiento sobre la temática de estudio.

Criterio de exclusión:

-Expertos que no respondieron a la invitación por correo electrónico.

3.1.2.4. Estrategias de recolección de datos.

El trabajo de campo, entendido como aquel que se obtiene por medio de la observación no participante y entrevistas, para esta investigación, entrevistas individuales y entrevistas grupales (grupo focal), son deseables de efectuar en la etapa previa a la confección de un instrumento, puesto que contribuyen a la elaboración del mismo¹³⁰. Por esta razón, se construyó el instrumento con los indicadores de calidad a partir de los resultados obtenidos en el paradigma cualitativo, y posteriormente, se envió al total de expertos seleccionados,

llegando a un consenso sobre el diseño de indicadores propuestos^{127,129,131}. En el anexo N°10 se encuentra el instrumento con los 55 indicadores de calidad, los criterios de evaluación y la puntuación respectiva.

3.2. Plan de análisis de la información.

3.2.1. Primera Etapa de Investigación: Procesamiento y análisis de información cualitativa.

3.2.1.1. Fase 1: Comprensión de la práctica del cuidado de enfermería en personas con diagnóstico de DM 2.

Observación no participante: La información recolectada fue analizada por medio de lectura repetitiva de las notas de campo. En la medida que las categorías emergieron con las principales actividades y características de la práctica del cuidado de enfermería, a éstas se les añadió un comentario inicial que las describía. Mientras se avanzó en la lectura de las notas de campo, la descripción de las actividades y características se enriquecía y tendían a la saturación. Las categorías que emergieron fueron organizadas según la Teoría de la Atención Burocrática de Marilyn Anne Ray. Lo anterior facilitó la clasificación de las categorías en los factores que señala esta filosofía de enfermería.

3.2.1.2. Fase 2: Teorización de percepciones sobre calidad del cuidado de enfermería para Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.

Entrevistas individuales y grupos focales: En esta etapa, el experto externo que participó de la triangulación, recibió un documento sobre los lineamientos de codificación (Ver Anexo N°6). Se utilizó el software Atlas ti versión 7.5.7, realizando una triangulación de datos por medio de las dos técnicas de recolección, lo cual es recomendado para la comprensión del fenómeno de estudio¹¹⁸. Esto permite contrastar la información recabada sobre el objeto de conocimiento¹³⁰. Si los datos provienen de diferentes actores, fuentes y formas de recolección, existe una mayor riqueza y profundidad en ellos¹¹⁶. Por esto, se trianguló la información obtenida de las entrevistas individuales y grupos focal, con el objetivo de probar la validez de los resultados¹³⁰. La información se procesó y analizó de manera independiente entre los participantes, es decir, se construyeron tres Microteorías sustantivas. La triangulación de observaciones, conocida como triangulación de investigadores según Denzin¹³², contribuyó sustancialmente a la comprensión del fenómeno de estudio. Para ello, la investigadora trianguló sus análisis con un experto externo que invitó a este proceso. El experto es de profesión psicólogo y con experiencia en análisis de investigación cualitativa. Las primeras entrevistas fueron analizadas independientemente por la investigadora y el experto externo, y la investigadora consolidaba finalmente los análisis mutuos. Las últimas entrevistas fueron analizadas por la investigadora, y se solicitó al experto externo su apreciación

sobre lo analizado y la revisión de la estructura teórica emergente. No existieron discrepancias, sino bien, fueron incorporadas nuevas perspectivas otorgadas por el experto.

Los datos fueron recolectados y analizados paralelamente. Las categorías emergentes fueron comparadas constantemente por medio del método de comparación constante de los datos, comenzando con la codificación abierta, luego la codificación axial, y finalmente, la codificación selectiva, donde se refinó e integró la teoría⁷. En esta integración, las categorías se organizaron en función del concepto explicativo central, describiendo la interrelación de las categorías en el modelo.

3.2.2. Segunda Etapa de Investigación: Procesamiento y análisis de información cuantitativa.

Tal como es realizado en otras investigaciones^{127,128,129,131}, el instrumento inicial fue sometido a validación de contenido según juicio emitido por grupo de expertos. Autores han decidido por diversas posturas respecto al cálculo de esta validación^{128,133-136}, siendo la razón de validez de contenido (CVR), y el índice de validez de contenido (CVI), los ampliamente utilizados, incluyendo en esto al conocimiento producido por la ciencia de la enfermería^{82,137-141}. De esta forma, cada indicador fue evaluado según tres criterios: pertinencia; claridad; e importancia, otorgando una calificación de 1 a 5 puntos. Esto se observa en el Cuadro N°2 y Cuadro N°3. Los criterios de pertinencia y claridad contribuyeron

a la evaluación que permitió valorar la ubicación del indicador y la redacción comprensible del mismo. El criterio de importancia permitió evaluar lo esencial del indicador respecto al fenómeno de estudio, y su análisis se basó en el CVR, puesto que se buscó evaluar el indicador más que la dimensión que lo contenía. Esto fue fundamental para la mantención o eliminación del indicador. Los resultados fueron considerados aceptables según la modificación que hizo Tristán (2008) a los criterios de Lawshe (1975)^{142,143}, manteniendo los indicadores con valores superiores o iguales a 0.58. Para el cálculo del CVR se estableció como acuerdo una calificación de 4 y 5 puntos, y en desacuerdo una calificación entre 1 a 3 puntos. Se analizaron las respuestas cuantitativas y cualitativas realizadas por los diferentes expertos. Esto permitió mejorar la redacción de los indicadores. Los análisis en esta etapa fueron realizados en un documento excel y word de office 2016.

Cuadro N° 2: Criterios para la validación de contenido

Validación de contenido por grupo de expertos	
Criterio	Definición
Pertinencia	Evalúa la relación del indicador con el tipo de clasificación (estructura, proceso, resultado e impacto), y con la dimensión a la que pertenece. De esta manera, mide los aspectos de la calidad que pretende medir
Claridad	Evalúa la definición comprensible del indicador. No considera ambigüedades, y es preciso en lo que pretende medir
Importancia	Valora lo esencial de incorporar el indicador en la medición del fenómeno calidad del cuidado de enfermería

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro N° 3: Escala de evaluación para la validación de contenido

Escala de evaluación	
Calificación	Definición
1	Muy en desacuerdo: El indicador responde insatisfactoriamente en el criterio.
2	En desacuerdo: El indicador podría responder parcialmente en el criterio. Necesita modificaciones mayores en la definición y expresión.
3	Parcialmente de acuerdo: El indicador responde parcialmente en el criterio. Necesita modificaciones menores en la definición y expresión.
4	De acuerdo: El indicador podría responder satisfactoriamente en el criterio. Necesita modificaciones menores en la definición o expresión.
5	Muy de acuerdo: El indicador responde satisfactoriamente en el criterio.

Fuente: Elaboración propia.

3.3. Aspectos Éticos en la Investigación.

La investigación fue aprobada por el Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, con fecha 29 de mayo de 2015. Posterior a ello, se realizaron las gestiones para recibir la autorización de los distintos departamentos de salud familiar y se coordinó con los diferentes participantes para explicar las razones del estudio y presentar el consentimiento informado.

Conforme a la evaluación de los siete requisitos éticos de Ezequiel y Emanuel, la investigación se caracteriza por:

Valor: Es de importancia social, científico y clínica, pues tiene el potencial de promover mejoras en el cuidado otorgado a las personas con DM 2, con el sentido de alcanzar la Cobertura Universal Efectiva en este tipo de patologías. Los resultados retroalimentan las políticas sanitarias destinadas a este problema de salud pública, a saber, listado de prestaciones garantizadas en el Régimen de Garantía Explícita en Salud, y también la guía clínica de la

Diabetes Mellitus, además de enriquecer el abordaje de esta patología conforme a las necesidades de la población y a los aspectos críticos necesarios de considerar en el cuidado de este tipo de pacientes. Los sujetos no fueron expuestos a riesgos, pero si a la posibilidad de algún beneficio que contribuya a nivel social.

Validez científica: La metodología fue válida y factible de realizar. La investigación presentó un objetivo científico claro, y diseñada usando principios y métodos seguros y aceptados. El plan de análisis fue verosímil y posible de ejecutar.

Selección equitativa de sujetos: La identificación y selección de los sujetos como participantes de la investigación, se realizó equitativamente y conforme a las posibilidades de la investigadora. A todas las enfermeras y gestores de salud se les ofreció la oportunidad de participar en la investigación, y a todos los pacientes a los cuales se accedió en el CESFAM, a menos que existieran razones científicas que restringieran su elegibilidad. No se expuso a riesgos a los participantes del estudio, y los beneficios producidos por la participación, fueron de orden social más que individual.

Proporción favorable de riesgos y beneficios: No se evidenciaron riesgos potenciales a los participantes, pero los beneficios potenciales para la sociedad fueron evidentes. De esta manera, los beneficios potenciales son mayores respecto a la ausencia de riesgos.

Evaluación independiente: No existió conflicto de interés. A pesar de ello, el proyecto de investigación fue revisado por la Comisión propia al Programa de estudio, además del Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción.

Consentimiento informado: Con la intención de comunicar la información respectiva a esta investigación y el compromiso de conducir este estudio por principios éticos declarados internacionalmente, se envió el resumen ejecutivo a los respectivos Departamentos de Salud Municipal de la región. Autorizada la investigación, se procedió a la comunicación con los participantes de la investigación (Enfermeras, pacientes y gestores de salud), aplicando el Consentimiento Informado (Anexo N°7,8,9).

Respeto a los sujetos inscritos: Los participantes tuvieron la opción de cambiar de opinión sobre su participación en el estudio. Su privacidad fue respetada al administrar la información de acuerdo a reglas de confidencialidad. Ellos conocieron los riesgos y beneficios de su participación. Al finalizar la tesis doctoral, los participantes serán informados sobre los resultados del estudio.

CAPITULO 4: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

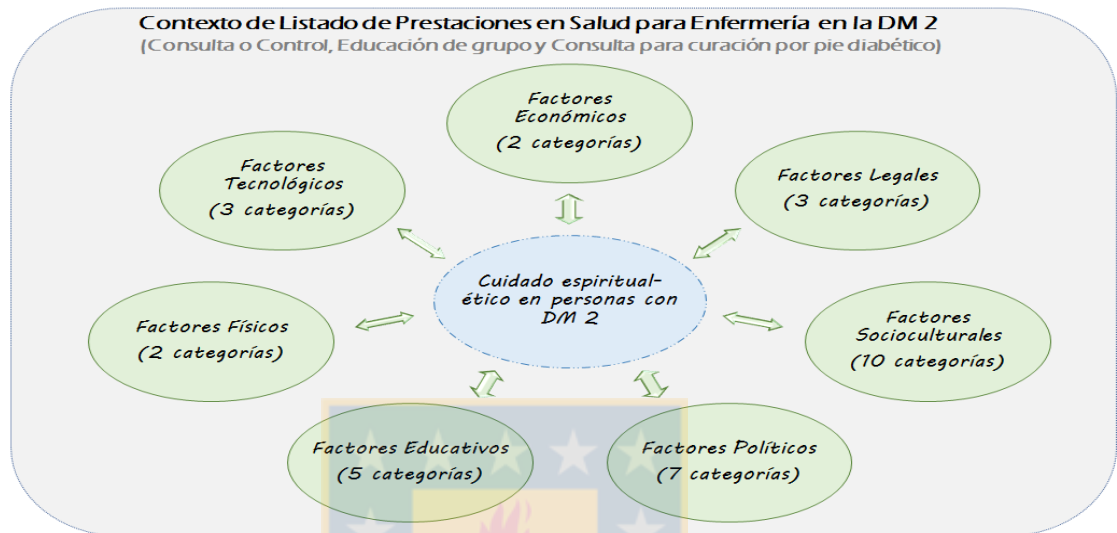
Este capítulo es presentado según el diseño mixto secuencial exploratorio, a saber: una primera etapa de investigación que expone los resultados cualitativos, y una segunda etapa de investigación que presenta los resultados cuantitativos. Los resultados cualitativos se desglosan en la Fase 1 y Fase 2. La Fase 1 expone los resultados obtenidos de la observación no participante, es decir, la comprensión de la práctica del cuidado de enfermería en personas con diagnóstico de DM 2. La Fase 2 demuestra los resultados obtenidos por las entrevistas individuales y grupos focales, es decir, la teorización de percepciones sobre calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. Finalmente, la segunda etapa de investigación expone el recorrido metodológico para identificación y definición de las dimensiones e indicadores de calidad, además de la evaluación de validez de contenido de los indicadores.

4.1. Primera Etapa de Investigación: Resultados Paradigma Cualitativo.

4.1.1. Fase 1: Comprensión de la práctica del cuidado de enfermería en personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2.

Para una mejor comprensión de la práctica del cuidado de enfermería, los resultados en esta Fase fueron organizados según la Teoría de la Atención Burocrática de Marilyn Anne Ray. Esto se observa en la Ilustración N°3.

Ilustración N° 3: Cuidado de enfermería en la Diabetes Mellitus Tipo 2, según Teoría de la Atención Burocrática de Marilyn Anne Ray.



Fuente: Extraído con modificaciones de la presentación holográfica de la Teoría de la Atención Burocrática (Modelos y Teoría en Enfermería de Marriner A y Raile M, 2007, 124 p).

La teoría permitió la comprensión de la práctica del cuidado en esta primera etapa, no siendo vinculante para las restantes etapas y técnicas de recolección a utilizar en el estudio. A continuación, se detalla cada factor con sus respectivas categorías, que se constituyen en los primeros resultados en el contexto de la atención de salud :

Factores Educativos

- 1. Educación en el cuidado de la alimentación:** Intervención del profesional enfermero(a) dirigido a la alimentación saludable. Es más que una recogida de datos, pues se dirige a una educación significativa y comprensiva para las personas.

2. **Educación en el cuidado del tratamiento farmacológico:** Intervención del profesional enfermero(a) dirigido a la adherencia del tratamiento y cuidados propios a esto. Es más que una recogida de datos, pues se dirige a una educación significativa y comprensiva para las personas.
3. **Educación en el cuidado de la actividad física:** Intervención del profesional enfermero(a) dirigido a la promoción de actividad física. Es más que una recogida de datos, pues se dirige a una educación significativa y comprensiva para las personas.
4. **Tipo de intervención educativa:** Tipo de educación realizada al paciente, incluye material de apoyo utilizado. Esto involucra trabajar conforme a las necesidades del paciente y según su contexto.
5. **Recurso humano capacitado:** Equipo de salud capacitado que otorga garantía para una atención efectiva y confiable.

Factores Físicos

1. **Participación y continuidad del paciente:** Elementos o factores que condicionan la participación y continuidad en las atenciones de salud y/o prestaciones garantizadas.
2. **Medición de parámetros clínicos:** Medición estandarizada de parámetros, o según lo establecido en guía clínica, tanto en tipo y procedimiento.

Factores Socioculturales

1. **Integración de personas significativas:** Cuando la persona asiste al CESFAM con un familiar o persona significativa, y el(la) enfermero(a) incorpora el acompañamiento del paciente como actividad elemental del control de salud. Por otra parte, consiste en un acceso al sistema tendiente a la efectividad y a la continuidad de la atención de salud, pues permite la asistencia del paciente y familia a las atenciones realizadas (oferta de día y horario favorable al acompañamiento).
2. **Relación enfermero(a)-paciente:** Indica el tipo de vínculo establecido entre el paciente y enfermero(a). Influyen factores como la comunicación (lenguaje y escucha activa entre otros), confianza, respeto, credibilidad, etc.
3. **Valoración del rol de enfermería:** Significado que otorga el paciente y equipo de salud al control realizado por enfermero(a) en relación a la compensación de la DM 2.
4. **Comprensión del lenguaje:** Comunicación efectiva en cuanto a la comprensión del lenguaje utilizado por enfermero(a). En el control se establece una comunicación bidireccional, con un diálogo permanente que permite la retroalimentación constante (verificación de la comprensión del lenguaje).
5. **Comprensión del estado de salud:** Cuando el profesional es capaz de comunicar comprensivamente el resumen de información más relevante

sobre el estado de salud del paciente, y siendo éste capaz de transmitir la información a otros como familia y/o personas significativas.

- 6. Cuidado integral:** Capacidad del profesional enfermero(a) de reconocer factores que permitan un abordaje integral del cuidado, evitando la búsqueda de causales parciales de descompensación. Esto conlleva a una comprensión del paciente de que la enfermedad obedece a un cuidado integral y no sólo a un cuidado farmacológico.
- 7. Cuidado centrado en la persona:** Cuando el(la) enfermero(a) otorga una atención centrada en la persona y no en el profesional o sistema. Las intervenciones revelan la importancia de lo que la persona siente o vive.
- 8. Cuidado promovedor de vinculación a redes de apoyo:** Consiste en incentivar la integración del paciente con redes sociales formales e informales.
- 9. Credibilidad del profesional:** Credibilidad que otorga el(la) profesional enfermero(a) al paciente y familia. También involucra la realización de un registro veraz en cuanto a intervenciones realizadas en los controles de salud.
- 10. Manejo de factores protectores:** Refuerzo positivo que el(la) profesional enfermero(a) realiza para trabajar con los activos en salud, fortaleciendo los factores protectores y motivando al paciente por tales condiciones y/o por logros en salud alcanzados.

Factores Legales

1. **Rendimiento del cuidado:** Cuidado en el tiempo establecido.
2. **Ejecución o derivación a prestaciones garantizadas:** Realización de las intervenciones garantizadas por profesional enfermero(a), además de orientar y citar a prestaciones garantizadas para personas con DM 2, sean éstas control por profesional de salud y/o intervenciones establecidas.
3. **Consentimiento informado:** Sistema que regule la autorización del paciente para ser atendido por persona (estudiante) externa al centro de salud.

Factores Tecnológicos

1. **Sistema informático de registro (Rayen):** Percepción de utilidad y eficiencia del sistema informático, en tanto opinión de pacientes y equipo de salud.
2. **Sistema de información sobre exámenes clínicos:** Información clínica compartida con el paciente y de fácil acceso a ella, en vez de ser centralizada en el CESFAM.
3. **Temor a procedimientos clínicos:** Temor por dolor ocasionado y por desconocimiento de los mismos.

Factores Económicos

1. **Pago por atención de salud:** Desembolso que realiza el paciente o familia por una atención de salud privada que resuelve lo que el sistema público en su CESFAM no logró hacer.
2. **Disponibilidad de recurso humano:** Acceso a recurso humano necesario para prestaciones garantizadas.

Factores Políticos

1. **Estructura física destinada al cuidado:** Espacios específicos que permiten la visibilidad del cuidado, siendo identificados por los pacientes como propios a ese tipo de atención en salud. Esto facilita el acceso de la población al cuidado de la salud.
2. **Continuidad del cuidado de enfermería:** Condiciones organizacionales del Establecimiento que permiten la continuidad del cuidado durante el control de salud realizado por enfermero(a), y también a través del tiempo en el calendario de control establecido por CESFAM.
3. **Desarticulación entre sistemas:** Cuando el paciente asiste al sistema privado por mayor confianza en el mismo o para resolver problemas que el sistema público no logró hacer, lo cual genera una desarticulación por falta de comunicación, con dificultad para integrar las modificaciones al tratamiento.

4. **Tiempo de espera:** Tiene relación con el tiempo de espera en la atención de salud (cuidado oportuno).
5. **Criterios de continuidad en la atención de salud:** Continuidad de la atención de salud, según criterios definidos y comprensibles para quienes participan de la atención, y que no obedecen a la arbitrariedad o a criterios personales del profesional.
6. **Resolución del sistema:** Atención que da solución a los problemas o necesidades del paciente. Responsabilidad indelegable del sistema a otros e incluso al mismo paciente. Repercute sobre la confianza del paciente y familia en el sistema y profesional.
7. **Toma de decisiones efectivas:** Percepción de la efectividad de las decisiones clínicas y de gestión realizadas por el(la) enfermero(a) en torno a la atención del paciente.

Los resultados permitieron identificar las características de la práctica del cuidado en este tipo de pacientes, y que la investigadora tuviera presente estos aspectos en el desarrollo de las entrevistas individuales y grupales. El Cuadro N°4 contiene las pautas de entrevistas semiestructurada para enfermeras, pacientes y gestores de salud:

Cuadro N° 4: Pauta de entrevistas individuales y grupales semi-estructuradas en enfermeras, pacientes y gestores de salud.

Objetivos	Línea temática	Subtemas	Preguntas tipo
-Identificar las principales categorías que emergen de la percepción de enfermeras, pacientes y gestores de salud, respecto a la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. -Explicar el fenómeno de estudio por medio de una red semántica de categorías emergentes, según la percepción de enfermeras, pacientes y gestores de salud.	Expectativas del participante (percepción de calidad del cuidado para la Cobertura Universal Efectiva)	-Lo que se entiende. -Lo que se espera -Respuesta a necesidad de cuidado	¿Qué entiende por un cuidado de enfermería de calidad? ¿Cómo sería ese tipo de cuidado, o cómo debería ser ofertado al paciente? ¿Cuáles son las necesidades de cuidado de una persona con DM 2? ¿Aspectos que limitan la respuesta a esa necesidad?
	-Cuidado efectivo -Rol profesional	-Intervenciones hacia la compensación	¿Cómo enfermería contribuye al control metabólico de la población? ¿Qué otra acción puede realizar?

Fuente: Elaboración propia.

4.1.2. Fase 2: Teorización de percepciones sobre calidad del cuidado de enfermería para Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.

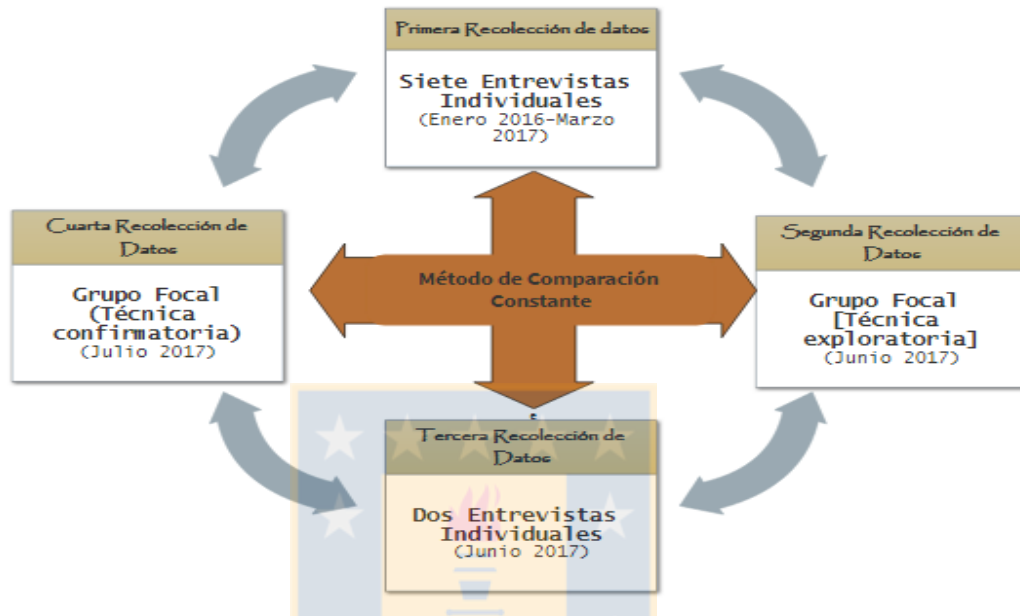
4.1.2.1. Percepción de las enfermeras

Para explicar el fenómeno de la “Percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2” se realizó la codificación de conceptos, con la integración de éstos en categorías, para posteriormente, efectuar cuatro principales acciones: comparando incidentes por categorías; integrando las categorías de acuerdo a sus propiedades; delimitando la teoría; y finalmente escribiendo la teoría. Se

recolectó y analizó la información realizando triangulación de técnicas, de datos y de investigadores. Se respetaron los principios de la teoría fundamentada con la aplicación del método de comparación constante y la utilización de un muestreo teórico⁷, es decir, recolectando, analizando y comparando los datos paralelamente y no linealmente, además de no estimar "a priori" el número de participantes.

Las cuatro etapas observadas en el Ilustración N°3, grafican lo cíclico del proceso de recolección y análisis de datos, lo cual fortaleció la explicación de los principales fenómenos (categorías) que surgieron en esta percepción de calidad. Si bien las etapas, en lo que respecta a recolección de datos, se ubicaron en tiempos específicos, esto no determinó que los análisis se hicieran linealmente, sino bien, existió una permanente comparación de los datos durante todo el proceso. Tal como es evidenciado en la Ilustración N°4, los análisis de las entrevistas en profundidad no fueron lineales, sino bien, por medio del método de comparación constante, éstos transitaban bidireccionalmente entre la primera y última entrevista en profundidad:

Ilustración N° 4: Proceso de recolección y análisis de datos en la percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. 2016-2017.



Fuente: Elaboración propia, a partir del proceso de recolección y análisis de datos.

La muestra contempló la participación de 15 profesionales de enfermería de la APS en la región de Atacama. 13 pertenecían al género femenino y 2 al masculino, con un promedio de 33 años de edad y con un promedio de experiencia laboral en la APS de 9 años. Representaban a 8 instituciones y tenían experiencia en la APS, y así también, en el ámbito académico. Los primeros participantes fueron seleccionados intencionalmente, pero en la medida que la Microteoría emergió, éstos fueron seleccionados según el muestreo teórico, hasta lograr la saturación de las categorías. De igual manera que las entrevistas en profundidad, el primer grupo focal se desarrolló con un sentido exploratorio, a diferencia del segundo grupo focal, el cual se desarrolló

como una técnica confirmatoria, trabajando en él la evaluación de la estructura teórica formulada y la identificación de los conceptos subyacentes y dimensiones, lo cual es fundamental para el diseño de indicadores de estructura, proceso, resultado e impacto.

Para resguardar la anonimización, la tesista, como investigadora principal, fue la única responsable de conocer la identidad de los entrevistados. Por esta razón, se procedió a modificar el nombre de la persona en la transcripción de la entrevista, y a codificar los documentos primarios en el software Atlas ti, versión 7.5.7, tal como se muestra en el Cuadro N°5:

Cuadro N° 5: Codificación de los documentos primarios utilizados en la percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2

Documento Primario	Código asignado
Entrevista Enfermero(a) N°1	EE1
Entrevista Enfermero(a) N°2	EE2
Entrevista Enfermero(a) N°3	EE3
Entrevista Enfermero(a) N°4	EE4
Entrevista Enfermero(a) N°5	EE5
Entrevista Enfermero(a) N°6	EE6
Entrevista Enfermero(a) N°7	EE7
Entrevista Enfermero(a) N°8	EE8
Entrevista Enfermero(a) N°9	EE9
Grupo Focal Enfermeros(as) N°1	GFE1
Grupo Focal Enfermeros(as) N°2	GFE2

Fuente: Elaboración propia.

En la Percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, destacan tres fenómenos que se constituyen en los principales conceptos sobre los cuales se describe y

explica esta teoría. Los fenómenos de estudio que emergieron consisten en autonomía profesional; cuidado diversificado; y continuidad en el cuidado, los cuales se constituyeron en las categorías principales durante la codificación axial, para posteriormente, convertirse la autonomía profesional en la categoría central de la Microteoría sustantiva “percepción de la enfermera sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”. A continuación, se describe el recorrido metodológico sustentado en la teoría fundamentada, según la postura de Strauss y Corbin (1990), señalados en el libro Basic of qualitative research. Techniques and procedures for developing Grounded Theory.

CODIFICACIÓN ABIERTA:

Se identificaron 109 conceptos representados en 109 códigos de la unidad hermenéutica trabajada en el software Atlas ti, versión 7.5.7. Para ellos se confeccionaron notas de codificación, teóricas y/u operacionales. En las notas de codificación se identificaron las propiedades y dimensiones de los conceptos, y en las notas teóricas y/u operacionales se realizaron las reflexiones, comparaciones e interrogantes para las próximas entrevistas individuales o grupales. Se realizó una red semántica que permitió establecer una relación inicial entre las propiedades y dimensiones de los conceptos, lo cual se convirtió en el paso previo de la codificación axial. Los conceptos emergieron de un microanálisis textual de los datos, línea por línea, exhibiendo mayor frecuencia los conceptos: “recursos” (31 citas); “visita domiciliaria como

continuidad en la atención” (19 citas); “estrategias para adherencia al control” (17 citas); “visibilidad del cuidado” (17 citas); “control con educación al paciente” (16 citas); “barreras socioeconómicas y culturales en el cuidado” (16 citas); “ayuda a entender la enfermedad” (15 citas); y “cuidado específico” (15 citas).

Del concepto “recursos”, las citas abordan recursos materiales, recursos físicos y recursos humanos. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Pasa con un tema tan mínimo, por ejemplo del tema para la evaluación del pie diabético, por ejemplo nosotros tenemos un solo, un solo... monofilamento, que lo tratamos de utilizar en todos los pacientes que pierden su calidad, entonces tampoco tenemos todas las herramientas para entregarles a ellos”.(EE1-59).
-“Yo tengo una hora de curación, que es de once a doce y tengo que citar ahí a mis pacientes, pero siempre no tenemos las condiciones como de luminosidad, no vemos bien, a veces las lámparas no funcionan”.(EE1-117).
-“Y en la visita tú lo puedes abordar, lo puedes discutir con ellos, se lo lees, "¿Qué es lo que entendió?", darnos el tiempo, podríamos hacerlo. Pero por eso te digo, necesitamos tomar más recursos igual. Tal vez otra enfermera, tal vez otro médico, que se encarguen de eso...¡oh!, sería muy lindo”.(EE6-160).

Del concepto “visita domiciliaria como continuidad en la atención”, las citas abordan la importancia para enfermería y el paciente. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Nosotros podemos educar, le entregamos todos los conocimientos, el médico cumple su rol en entregar todo el tema farmacológico, nosotros le hacemos seguimientos a las visitas domiciliarias para ver, incluso ahora estamos con visitas domiciliarias para ver si hacen bien el tema de cargar la insulina, de mantener los medicamentos, de mantener la insulina donde corresponde, los grados. Entonces, uno le hace seguimiento con visitas domiciliarias...”. (EE1-37).
-“Eso es una mala adherencia al tratamiento, ¿cómo no se va a descompensar ese paciente?. Yo creo que tal vez, faltaría salir más, porque como le digo, mi

percepción cambió esos 3 meses que yo estuve saliendo a visitar a los pacientes descompensados...". (EE3-240).

-“Por ejemplo, ver al paciente. El paciente no se toma la metformina por “x” motivo, no sabemos qué está ocurriendo en el hogar de esa persona. Nosotros podemos ser súper duros y decir: "esta persona no tiene adherencia suficiente, o no tiene la capacidad para seguir el tratamiento por sí solo". Y no sabemos, quizás, qué realidades están ocurriendo en su hogar, y eso también nos está quitando un poco la perspectiva de tener un rol no solo asistencial, o sea, es asistencial en sí, pero más apoyador, viendo las circunstancias del usuario, desde otras aristas”.(GFE1-17).

Del concepto “estrategias para adherencia al control”, las citas abordan las intervenciones que ejecutan habitualmente, y aquellas que consideran importantes para alcanzar la Cobertura Universal Efectiva. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Lo que estamos tratando de hacer es rescatar, ¿qué hacemos?, hacemos visitas domiciliarias, les entregamos una orden con exámenes, que ya está previamente agendado. Entonces, lo que el paciente tiene que hacer, es que aparte de toda la educación que uno le da sobre la diabetes, sobre la importancia de asistir a sus controles, que él ya tiene su hora, entonces él tiene que venir, y empezar los controles con exámenes y con médico”. (EE1-209).

-“Ahora hay pacientes que salen de alta del hospital, son pacientes diabéticos tipo 2, son nuestros, tienen su visita domiciliaria con el doctor, para que retomen sus controles. Existen unas visitas que son para pacientes crónicos descompensados que las hacemos nosotras, están los terrenos de los chiquillos de los TENS que tenemos, que son para rescate de pacientes inasistentes”. (EE6-33).

-“Yo siento que uno tiene que salir más a la calle, salir más a la comunidad”. (EE7-130).

Del concepto “visibilidad del cuidado”, las citas hacen referencia a la visibilidad del quehacer de enfermería, especialmente para los pacientes. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“No es como un control que es pasajero, de hecho para ellos es importante venir al control con el enfermero, tal como lo es con el médico”.(EE1-189).

-“Son bastante conscientes de la labor que nosotros ejercemos, siempre están consultando dudas que tengan, de hecho vienen con nosotras, con cualquiera de las dos...”Tengo duda señorita con respecto a este medicamento”....”.(EE1-197).

-“Entonces, ¿qué pasa?, que el paciente más que nada va al médico para que le entregue los medicamentos, nada más que para eso, pero tampoco está enfocado en la otra parte, que tiene que ver con el cuidado y los cuidados que se dan de calidad. Por ejemplo, los pacientes salen del control con la enfermera diciendo: "yo no sabía que era tan importante este control"... ". (EE8-4).

Del concepto “control con educación al paciente”, las citas abordan los diferentes aspectos tratados en la educación entregada al paciente. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Yo trato de educar al paciente para que haga adherencia a su tratamiento, adherencia a actividad física, adherencia a la dieta, ¿ya?. Eso es lo que yo hago en un control, entonces pregunto: "¿qué medicamento está tomando?"....si dejó de tomar algún medicamento....”.(EE3-13).

-“Y tú tienes que educar, esa es la función, eso es lo que yo veo como función principal en un control diabético, educar, prevenir para que no lleguen a complicarse más de lo que están. Si yo hago evaluación de pie diabético, eso es mi principal función, es educar a ese paciente, para que no llegue a hacerse una herida. Después no llegue esa herida a complicarse y después no llegue a ser amputado, eso es lo que yo considero mi prioridad en un persona con diagnóstico de DM 2, en mi control, ¿ya?. Y uno gasta tiempo en educar”. (EE3-76).

-“Igual me pasa y como te digo, todo lo más sencillo posible. Para mí la base de todo es siempre la educación, para que ellos entiendan la importancia de cuidarse y también lo que te decía al principio, la flexibilidad”. (EE5-20).

Del concepto “barreras socioeconómicas y culturales en el cuidado”, las citas abordan las condiciones sociales, económicas, y culturales del paciente, los que

intervienen en su capacidad de autocuidado, e incluso creencias sobre él mismo. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Por ejemplo, ahora el caballero que salió, impecable, sus pies muy bien cuidados, pero porque él me dice, "no si yo sé muchas cosas de diabetes, pero porque yo busco, me meto a google, busco información si de repente escucho por ahí algo, que a mí como que me llama la atención, yo vengo y busco". Pero eso generalmente no lo hacen los pacientes que tienen más años, porque ellos no son como tan tecnológicos, entonces ellos se quedan generalmente con lo que vienen al control”. (EE3-60).

-“Pero el tema es que igual hay veces que no, o que se nos va de las manos, o por más que uno eduque, si el paciente no se empodera de la situación de la enfermedad y no la tiene asumida, al final uno no puede hacer mucho. Y ahí es donde viene la impotencia, y dice: "mmm, ¿qué hago?", o sea, ¿qué hago con este paciente?. De que se dé cuenta de que se está haciendo un daño a él, no a nosotros, es más que nada a eso”. (EE5-10).

-“Porque no hay quizás una educación a los pacientes, porque como le comentaba, yo creo que el motivo es venir a buscar fármacos, es venir a buscar el remedio para que no se le suba la presión, pero no saben que comiendo mal también se le va subir la presión, aunque se tomen todos los medicamentos que se tomen”. (EE8-6).

Del concepto “ayuda a entender la enfermedad”, las citas abordan la intención u objetivo de la educación entregada al paciente, y las condiciones del mismo. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Como le decía y.... en que sean como conscientes de lo que tienen. Generalmente nos pasó a nosotros con los controles, que uno les puede explicar mil veces, y nunca saben lo que tienen, nunca saben en que es para toda la vida, y como que ese concepto, como que les cuesta enmarcarlo, a pesar de que uno haga todo el hincapié en ellos, cuesta como... como que se hagan conscientes de lo que tienen, y eso nos ha pasado”.(EE1-3).

-“Ya, es básicamente por la educación, la educación, pero que a veces nos cuesta mucho, porque a veces nosotros, o yo tiendo a tratar de ser más o menos flexible en la educación, para que el paciente enganche y pueda después en su casa aplicarlo”.(EE5-8).

-“Esto me demostró que el paciente carece mucho de información...hay pacientes que todavía no saben qué cosas tienen que comer, sus

medicamentos, no saben a qué hora tomárselos". (EE7-152).

Del concepto "cuidado específico", las citas abordan el alcance de este concepto en el contexto del paciente con diabetes. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Les coloco un color grande, entonces se le explica. Hay que buscar estrategias. Tratar de mejorar que él tenga una adherencia al tratamiento, que él sepa. Que él se inserte en su control, va a depender totalmente de nosotros como lo afrontemos con cada paciente, y cada paciente, siempre nosotros lo vemos, de que es individual y que tiene sus propios pensamientos, que tiene su propia cultura. Entonces ahí es donde nosotros con cada uno de ellos, no hacemos un plan ya establecido, sino que lo adaptamos, lo adecuamos, y nos resulta con eso”. (EE1-175).

-“Entonces, yo comienzo a ver primero los riesgos y dependiendo de eso voy comenzando a educar, ¿ya?. Eso le trato de explicar, lo más que puedo y lo más que me entienda el paciente, y como te digo, ligado a que sea un beneficio para él, buscándole, como te digo, la forma también para el paciente, porque ellos son buenos para poner peros, "pero señorita yo no tengo plata para ir al gimnasio, pero señorita"... ".(EE3-216).

-“Adaptarse al contexto de... el paciente no siempre va a venir así... van a escuchar y van a ver bien, el paciente muchas veces no sabe leer, y yo muchas veces le voy a pasar un folleto”. (EE8-86).

En este tipo de investigación la frecuencia no es determinante, es decir, no se está interesado en las veces que emerge el concepto o categoría, sino bien, interesa cómo varían dimensionalmente, esto es, que por medio del microanálisis se alcance una mayor densidad. Así se obtiene una mejor comprensión de las propiedades y dimensiones del fenómeno, las cuales exponen el rango de variabilidad existente. Considerando esto, a continuación se presentan algunos de los conceptos con mayor relevancia debido a su

densidad, los cuales fueron claves para la conformación de las categorías axial, y por consiguiente la categoría central. Algunos de estos conceptos son: “autonomía en cuidado”; “apropiación del rol profesional”; “efecto del cuidado con calidad”; “actividad comunitaria”; “variación del cuidado”; “continuidad en cuidado”; y “cuidado específico”. A continuación se presentan los conceptos con sus citas respectivas, con excepción del “cuidado específico”, el cual ha sido descrito con anterioridad.

Del concepto “autonomía en cuidado”, las citas abordan, especialmente, el rango de autonomía en lo que respecta a la curación de pie en personas con diabetes. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“De hecho, yo al médico si tengo que consultar algo, es cuando un cultivo me sale alterado, que yo lo derivo y le digo: "¿sabe qué doctor?, deme tal... y los antibióticos para que ella siga tomando". Pero en esa toma de decisión estamos 100% involucrados nosotros, porque es nuestra área, ahí nos manejamos nosotras".(EE1-71).

-“Que son propias acá de nosotros. Generalmente acá seguimos un modelo de una evaluación, generalmente con una herida que sea bajo el tobillo en si ingresa con nosotros. Hacemos la valoración de la herida, eh... hacemos las curaciones, las programamos, si está infectada tomamos cultivos”.(EE1-67).

-“Porque cuando uno llega y sale de la universidad, no es mucha la formación que tiene. Uno es más, ¿cómo decirlo?, de que uno es capaz de tomar sus propias decisiones con respecto a su paciente. El médico da los antibióticos, y tú eres el que vas viendo, vas evolucionando, decides si pones esto, o le pones lo otro”. (EE4-164).

Del concepto “apropiación del rol profesional”, las citas abordan el sentido propio del rol profesional como enfermeras. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“El personal capacitado más que otra cosa, eso sí lo hacemos nosotras, solamente las enfermeras, no lo hacen los paramédicos”. (EE5-73).

-“ Y eso no puede ser, porque una matrona no va a saber el tratamiento, las evaluaciones del pie diabético, por el riesgo de amputaciones que hay, las curaciones, es imposible que lo pudiera ver, porque no tiene las competencias, no fue formada en eso, es lo mismo que a mí me mandaran a hacer un PAP, no podría hacerlo, pastelero a sus pasteles. Cada uno con lo suyo en realidad”. (EE4-160).

-“Tiene que ver tal vez con el empoderamiento de los enfermeros de los programas también. Porque antes, uno, tú no te cuestionabas quien era el encargado de supervigilar y supervisar el programa cardiovascular, tú no te lo preguntabas, porque era tuyo, de la enfermera y acotándonos al tema, pero el programa infantil era lo mismo, ni siquiera tú pensabas que pudieran sugerirte la idea de que otro profesional te ayudara, porque es tu función. En cambio ahora es tan simple decirle a alguien: "¡no, sabes que el cardiovascular queda a cargo de la nutri!, ¡Ah perfecto!".... ” (GFE1- 28).

Del concepto “efecto del cuidado con calidad”, las citas abordan el alcance de este concepto en el contexto del paciente con diabetes. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Que no necesariamente, bueno, entre comillas, busca la compensación del paciente, en términos estadísticos o de número, sino abarcar los otros ámbitos, que pueden llevar a que el paciente pueda sufrir una futura descompensación, o inasistencia, o adherencia tanto al tratamiento o al control. Entonces, cuando se abarca todos esos ámbitos, yo creo que ahí se puede llegar a dar, a darle una definición de una calidad en la atención”. (EE2-15).

-“Cuando tú sabes que hiciste bien tu trabajo y con calidad, es cuando ese paciente entiende la importancia de cuidarse, de empoderarse de su salud, se cuida, porque tú con atención y con la forma que tú lo atiendes, que él se siente satisfecho”. (GFE1- 121).

-“Para mí la satisfacción usuaria no es un buen parámetro, porque, porque tú puedes ser una enfermera muy simpática y atenderlo muy bien y ser muy amorosa con el paciente y revisarlo y tocarlo, porque a la gente con que el médico lo toque, la enfermera lo toque, ya es muy bueno, dicen: "¡oh, sí, él me tocó, y me tomó la presión!". Por más que el enfermero no haya escuchado nada, pero dice: "¡Oh!, sabe que la enfermera es súper buena, porque me hizo muchas preguntas". Pero la enfermera no fue capaz de generar cambios, o de estimular cambios de conductas, de creencias, hay muchas que son muy

simpáticas, pero no tienen impacto”. (GFE1-126).

Del concepto “actividad comunitaria”, las citas abordan el sentido que el profesional otorga a este tipo de intervención. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Talleres masivos, por ejemplo nosotros hicimos el de diciembre donde sorteamos un equipo de glicemia capilar. Y bueno, no vino mucha gente, porque no fue muy buena la difusión... la verdad, avisamos muy tarde a las radios, pero en el fondo lo que necesita la gente es que uno salga a las juntas de vecinos, a un parque, hacer un taller en esos lugares en realidad. Más que ellos moverse al CESFAM, nosotros debíamos como movernos”.(EE7-132).

-“Yo creo que salir a la comunidad... yo creo que lo único es que hay que salir...yo creo que hay que salir e identificar la población que tenemos. Por ejemplo, yo aquí debería saber por ejemplo dónde está mi población de riesgo, debería saber dónde se concentra la mayor cantidad de...de diabéticos, deberían haber grupos de autoayuda que tampoco hay”.(EE7-196).

Del concepto “variación del cuidado”, las citas abordan el amplio contexto del cuidado en el paciente con DM 2. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Cuidar a las personas con diagnóstico de DM 2, más que nada, digamos, tiene un sin fin de aristas”.(EE1-3).

-“El cuidado de calidad en ellos tiene que ir desde educarlos, hasta una parte que igual tiene que ver con la instrumentación”.(EE1-35).

-“La atención de enfermería, o sea, porque como te digo es el control más integral que tiene el paciente, y de todo tipo de paciente es el control más integral. Nos basamos en todo, o sea, tenemos que tener hasta la parte psicológica para atender a un persona con diagnóstico de DM 2. Tenemos que prepararnos, o sea, si el paciente puede ser un persona con diagnóstico de DM 2 que está descompensado y está llorando, entonces tú tienes que escucharlo, y vas a tener que buscar una herramienta, una atención con la asistente social para que lo entreviste y lo derive a una atención psicológica si lo necesita. Una descompensación, o sea, si está muy descompensado, o sea, coordinar una atención médica urgente, o volver a tomar unos exámenes. Pero lo ves tú, y a partir de todo eso lo escuchas, lo orientas y lo educas, y le das tareas, porque

si lo sueltas, ¡no!, el paciente dice: "no, si ya no la voy a ver más". (EE6-136).

Del concepto "continuidad en cuidado", las citas abordan el alcance de este concepto en el contexto del paciente con diabetes. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Otra cosa que no te da el hospital, la continuidad de los cuidados, tiene que ver con eso, que tú lo ves desde que ingresa, los cinco años, diez años, y tú puedes hacer una evolución de este paciente. Y mientras menos lesiones tenga, tú cumpliste la función como enfermero, tú mantuviste a esa persona con diagnóstico de DM 2, que era casi como diagnóstico de cáncer más o menos. Porque decirle a alguien diabético, era decirle que en diez años más iba a estar ciego o amputado”. (GFE1-39).

-“Y ese es el objetivo de la mirada de la continuidad del cuidado, que el paciente pueda transitar, circular por esta red y que todos podamos aportar a su... a la calidad de su salud. Porque claro, lógicamente si por su condición ya llega a una amputación, la primera que debiese de estar informada de esa situación es la enfermera que lo atiende en atención primaria, y no que llegue el paciente amputado a la enfermera del poli de curaciones, y que ella diga: "oye, sabes que llegó don Juan y está amputado ahora y está en curaciones". Eso no debiese de suceder. Ahí debiese de haber calidad en la atención desde esa mirada de continuidad en la atención”. (GFE1-42).

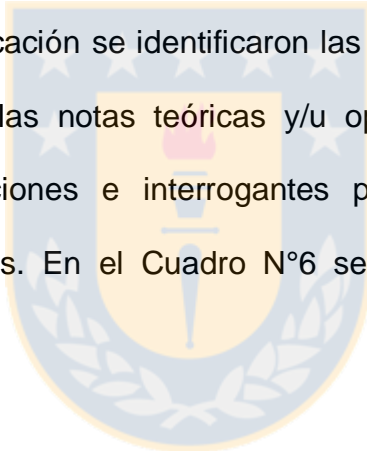
-“Sería buenísimo el tema de que nosotros tuviéramos más cercanía, tuviéramos mayor contacto, ver la realidad del paciente, porque muchas veces lo vemos, y no sabemos en dónde viven, si tiene refrigerador bueno, el tema de ver bien, o si tiene buena luz en la noche para pincharse. Entonces, todos esos factores para un mejor cuidado del paciente sería pero increíble”. (EE8-26).

En este tipo de codificación se vincularon los diferentes conceptos que emergieron, formando una red semántica, y en la codificación axial se analizaron en profundidad sus propiedades y dimensiones para la conformación de las respectivas categorías. Debido al nivel de análisis alcanzado en esta

etapa, la red semántica evidenció conceptos relacionados sin lograr una cabal comprensión teórica del fenómeno observado.

CODIFICACIÓN AXIAL:

En esta codificación se realizaron dos etapas; la primera permitió identificar 33 categorías iniciales producto de un microanálisis conceptual, representadas en 33 familias de códigos en la unidad hermenéutica del programa Atlas ti, versión 7.5.7. Para ellas se realizaron notas de codificación, teóricas y/u operacionales. En las notas de codificación se identificaron las propiedades y dimensiones de las categorías, y en las notas teóricas y/u operacionales se realizaron las reflexiones, comparaciones e interrogantes para las próximas entrevistas individuales o grupales. En el Cuadro N°6 se evidencian las 33 categorías iniciales.



Cuadro N° 6: Categorías iniciales en la codificación axial de la percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.

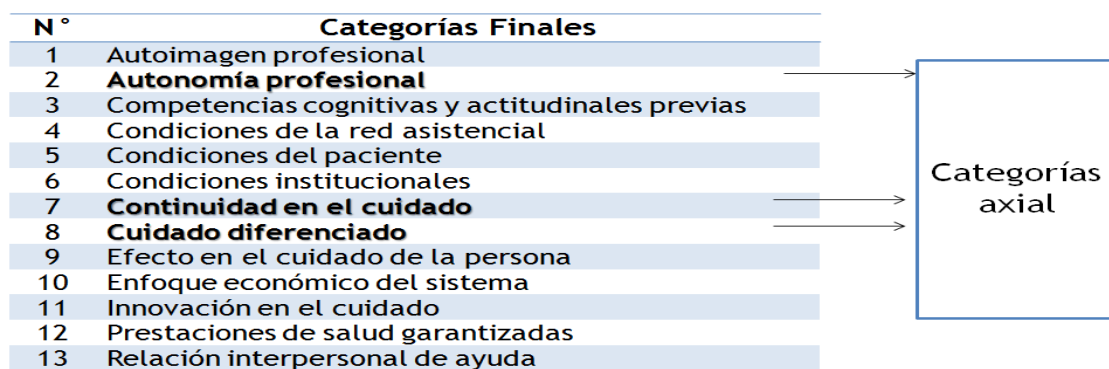
N°	Categorías Iniciales
1	Aspectos institucionales
2	Autoimagen en el enfermero
3	Autonomía en el cuidado
4	Barreras socioeconómicas y culturales en el paciente
5	Calidad inherente a enfermería
6	Competencias técnicas del profesional
7	Comunicación con el paciente
8	Comunicación con la red asistencial
9	Contexto familiar de acompañamiento
10	Continuidad del cuidado
11	Cuidado diversificado
12	Efecto del cuidado con calidad
13	Empatía profesional
14	Empoderar al paciente en el autocuidado
15	Enfoque económico del sistema
16	Especificidad del cuidado
17	Estar presente
18	Estrategias para mejorar adherencia
19	Facilita la comprensión del paciente
20	Identidad profesional
21	Identificación factores de riesgo
22	Innovación y liderazgo en el cuidado
23	Periodicidad del control
24	Prestaciones garantizadas
25	Recursos
26	Refuerzo positivo
27	Relación con nivel directivo local
28	Responsabilidad profesional
29	Retroalimentación entre profesionales
30	Talleres de educación grupal
31	Tecnologías
32	Tiempo para las necesidades del paciente
33	Transformación de hábitos

Fuente: Elaboración propia, a partir de la codificación axial de los datos.

En la segunda etapa de esta codificación se reconstruyó lo realizado en la primera etapa, comparando incidentes por categorías e integrando las categorías de acuerdo a sus propiedades. Se concluyó con la definición de 13

categorías finales: **“autoimagen profesional”**; **“autonomía profesional”**; **“competencias cognitivas y actitudinales previas”**; **“condiciones de la red asistencial”**; **“condiciones del paciente”**; **“condiciones institucionales”**; **“continuidad en el cuidado”**; **“cuidado diferenciado”**; **“efecto en el cuidado de la persona”**; **“enfoque económico del sistema”**; **“innovación en el cuidado”**; **“prestaciones de salud garantizadas”**; y **“relación interpersonal de ayuda”**. De estas 13 se identificaron las categorías axiales, a saber: **“autonomía profesional”**; **“continuidad en el cuidado”** y **“cuidado diferenciado”**. Esto se observa en la Ilustración N° 5. Las restantes se vincularon como subcategorías del fenómeno observado, otorgando claridad adicional y especificidad a la categoría⁵, pues respondían a las preguntas “¿cuándo?”, “¿dónde?”, “¿por qué?”, “¿quién?”, “¿cómo?” y “¿con qué consecuencias?”. Las subcategorías permitieron una mayor explicación de los fenómenos. De esta forma, y tal como es señalado por Strauss y Corbin⁷, las categorías y subcategorías se vincularon en un paradigma, donde se conforma la estructura, proceso, y respectivas consecuencias del fenómeno “Percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”.

Ilustración N° 5: Categorías axiales en la percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.



Fuente: Elaboración propia, a partir de la codificación axial de los datos.

Categorías en la Codificación axial:

-Autonomía profesional: Aborda el fenómeno de estudio de la autonomía profesional en enfermería, e integra la categoría inicial "autonomía en el cuidado". El tipo de autonomía es fundamental en esta categoría, y se expresa por medio de decisiones dirigidas a la cobertura del cuidado en el paciente con DM 2.

Puesto que el cuidado es elemental para mejorar el control metabólico de la población diabética, las enfermeras distinguen que un cuidado de calidad es acompañado de autonomía profesional, y dirigido al control metabólico de los pacientes que asisten al establecimiento de salud, y también de aquellos que integran la población prevalente, pero que por diversas razones no han sido diagnosticados, y por tanto, no reciben las prestaciones de salud garantizadas en la APS. En este tipo de cuidado, la autonomía profesional permite la

ejecución de un cuidado dependiente, interdependiente, e independiente, dando valor a este último. De esta manera, el cuidado de calidad está dirigido a la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, por medio de un cuidado autónomo en las prestaciones de salud garantizadas, y en todas aquellas acciones que permiten la oferta de un cuidado en la población actualmente no beneficiaria de la APS. Contrario a lo anterior, las enfermeras también distinguen un cuidado acompañado de una autonomía profesional, que permite únicamente la ejecución de prestaciones de salud garantizadas, es decir, una atención dirigida a pacientes que asisten al establecimiento de APS. Aquí las enfermeras realizan, en menor medida, un cuidado independiente, dando mayor estimación al cuidado dependiente e interdependiente.

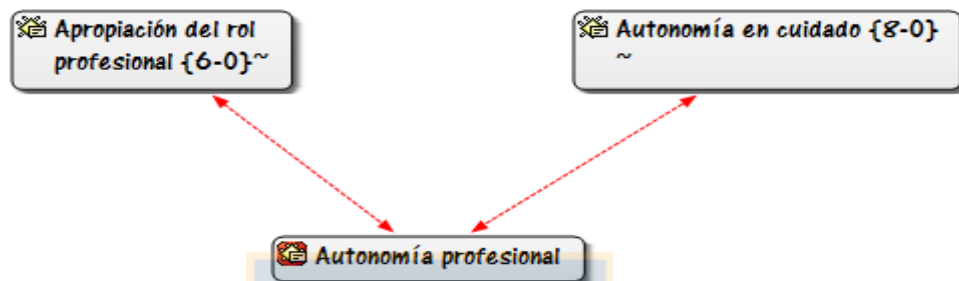
Por tanto, en este fenómeno se distinguen, por una parte, enfermeras que ejecutarán un cuidado dependiente, interdependiente, pero así también independiente, es decir, ejercerán cuidados autónomos y dirigidos a la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. Esto se manifiesta en las prestaciones de salud garantizadas, y en aquellas nuevas estrategias que surjan en fomento de esta cobertura. Por otra parte, se identifican enfermeras que poseen una autonomía profesional no dirigida a la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, realizando principalmente acciones dependientes o interdependientes en las prestaciones de salud garantizadas.

El fenómeno de la autonomía profesional es comprendido por medio de otras categorías, que en el contexto de este fenómeno se convierten en

subcategorías, formando parte de su estructura, proceso y consecuencias. Por tanto, para comprender la autonomía profesional se debe responder a las preguntas "¿cuándo?", "¿dónde?", "¿por qué?", "¿quién?", "¿cómo?" y "¿con qué consecuencias?". La primera interrogante hace referencia a las condiciones contextuales que forman parte de la estructura, entre ellas surge: **“competencias cognitivas y actitudinales previas”**; **“condiciones de la red asistencial”**; **“condiciones institucionales”**; y **“enfoque económico del sistema”**. La interrogante "¿dónde?", se responde al circunscribir el fenómeno al CESFAM y comunidad en el supuesto de intervenciones fuera del establecimiento. El "¿por qué?", es respondido por medio de las condiciones causales, que de igual manera forman parte de la estructura. En este caso es respondido por la subcategoría **“autoimagen profesional”**. La pregunta "¿quién?", se relaciona con el profesional de enfermería, y el "¿cómo?", es resuelto por medio de dos importantes subcategorías. Por una parte, surgen las **“prestaciones de salud garantizadas”**, y por otra parte, la **“innovación en el cuidado”**, que principalmente da respuesta a la Cobertura Universal Efectiva, es decir, incorporando a la población que no asiste al CESFAM. Estas subcategorías forman parte del proceso, es decir, de las acciones e interacciones que se desarrollan en la explicación del fenómeno de estudio autonomía profesional. Las consecuencias son entendidas al responder a la última interrogante planteada, y se asocia con la **“relación interpersonal de**

ayuda” y el “efecto en el cuidado de la persona”. La Ilustración N°6 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 6: Red semántica de la categoría Autonomía profesional.



Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

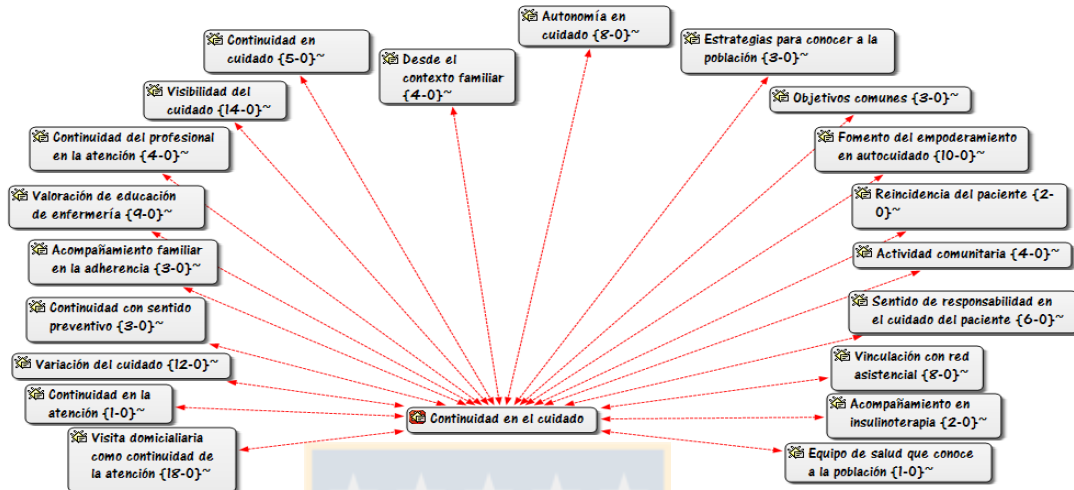
-Continuidad en el cuidado: Esta categoría se encuentra integrada por las categorías iniciales: "contexto familiar de acompañamiento"; "continuidad del cuidado"; y "estar presente". Las enfermeras identifican el acompañamiento familiar como elemento clave en el fenómeno de la continuidad, distinguiendo diferentes alcances de integración familiar, lo cual se convierte en un escenario que promueve o limita la continuidad del cuidado. De esta manera, las profesionales de enfermería identifican que la oferta de cuidado y la continuidad del mismo se ha de producir en dos escenarios; una vinculación baja de la familia o persona significativa al cuidado de la persona con DM 2; o una vinculación alta, reflejada en la integración del familiar o persona significativa a los cuidados en el hogar. Esto se evidencia en el acompañamiento al control de salud, especialmente en los pacientes con mayor vulnerabilidad, a saber, adultos mayores, personas con dificultad física o cognitiva, personas con

terapia de insulina, o personas sin control metabólico. De esta manera, es factible encontrar personas con diabetes de mayor o menor vulnerabilidad, y con baja o alta integración familiar. Las enfermeras manifiestan una operacionalización de la continuidad en el cuidado por medio de estrategias o mecanismos de oferta, entre ellos: visita domiciliaria; material educativo específico para el paciente y/o familia; derivaciones con retroalimentación de la red; y establecimiento de objetivos terapéuticos con control y seguimiento. Además, ellas perciben su visibilidad como parte de la continuidad, lo cual se relaciona con el momento en que participa, esto es, en intervenciones destinadas a mejorar la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, e intervenciones que involucren solamente la promoción de la salud y prevención de enfermedades en la población en control. También se percibe como expresión de continuidad en el cuidado la visibilidad del tipo de rol, lo cual lleva al reconocimiento de la enfermera como profesional encargada del cuidado, o bien, confundiéndole con otros profesionales, técnicos o funcionarios del establecimiento.

El fenómeno de la continuidad en el cuidado es comprendido por medio de otras categorías, que en el contexto de este fenómeno se convierten en subcategorías, formando parte de su estructura, proceso y consecuencias. Por tanto, para comprender la continuidad en el cuidado, se debe responder a las preguntas "¿cuándo?", "¿dónde?", "¿por qué?", "¿quién?", "¿cómo?" y "¿con qué consecuencias?". La primera interrogante hace referencia a las condiciones

contextuales que forman parte de la estructura, entre ellas surge: **“competencias cognitivas y actitudinales previas”**; **“condiciones de la red asistencial”**; **“condiciones institucionales”**; **“condiciones del paciente”**; y el **“enfoque económico del sistema”**. La interrogante "¿dónde?", se responde al circunscribir el fenómeno al CESFAM y comunidad, en el supuesto de intervenciones fuera del establecimiento. El "¿por qué?", es respondido por medio de las condiciones causales, que de igual manera forman parte de la estructura. En este caso es respondido por la subcategoría **“autoimagen profesional”**. La pregunta "¿quién?", se relaciona con el profesional de enfermería, y el "¿cómo?", es resuelto por medio de dos importantes subcategorías. Por una parte, surgen las **“prestaciones de salud garantizadas”**, y por otra parte, la **“innovación en el cuidado”**, que principalmente da respuesta a la Cobertura Universal Efectiva, es decir, incorporando a la población que no asiste al CESFAM. Estas subcategorías forman parte del proceso, es decir, de las acciones e interacciones que se desarrollan en la explicación del fenómeno de estudio continuidad en el cuidado. Las consecuencias son entendidas al responder a la última interrogante planteada, y se asocia con la **“relación interpersonal de ayuda”** y el **“efecto en el cuidado de la persona”**. La Ilustración N°7 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 7: Red semántica de la categoría Continuidad en el cuidado.



Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

-Cuidado diferenciado: Este fenómeno se encuentra integrado por las categorías iniciales: "cuidado diversificado"; y "especificidad del cuidado". La Percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, centra su atención en la diversidad de este cuidado, identificando el enfoque del mismo como relevante. Dicho enfoque permite distinguir un cuidado centrado en la persona indiferenciada, o a un cuidado centrado en la persona diferenciada, es decir, en el contexto del entorno familiar o entorno de mayor significado. Es concebido por el profesional de enfermería que el cuidado de calidad posee un enfoque centrado en la persona diferenciada, es decir, teniendo presente los significados del entorno familiar, o entorno más cercano, donde todas las intervenciones se realizarán

incorporando elementos de valor o significado en la familia, o grupo al cual pertenezca el paciente. Esto repercutirá en un aprendizaje significativo. Dado que el cuidado conlleva a una acción, dichas intervenciones son parte del cuidado diferenciado. De esta manera, el cuidado puede estar presente en una educación sobre tratamiento farmacológico, en una visita domiciliaria, en una evaluación y educación del riesgo de lesión en el pie, y otros. Además, es percibido que el alcance del cuidado diferenciado se dirige a una dimensión promocional, preventiva, o integrativa (promocional-preventiva), lo cual está relacionado con el objetivo de la intervención realizada. Finalmente, y en relación con el uso de recursos materiales, el cuidado puede o no mediar el uso de los mismos.

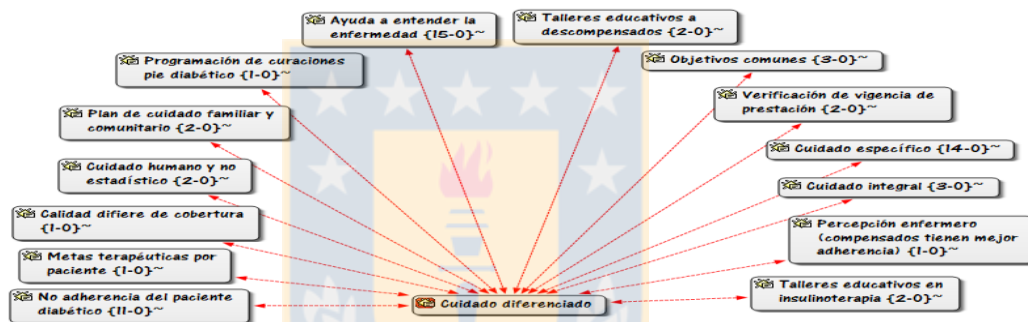
Un cuidado diferenciado también contempla la especificidad del mismo, lo cual obedece a una diversidad de necesidades en las personas con DM 2. Una alta diversidad de necesidades demandará un cuidado que hace diferencia entre y en el grupo, es decir, el cuidado es específico entre grupos de personas con diagnóstico de DM 2 circunscritas en distintos espacios geográficos, siendo también específico para cada persona del mismo grupo. Por otra parte, cuando la enfermera considera una baja diversidad de necesidades en el paciente, ésta realiza un cuidado no específico entre y en el grupo de personas con DM 2. Un cuidado específico requiere de un contexto de expresión, que es el momento donde se oferta la especificidad del cuidado, a saber: consulta o control de

salud; educación de grupo (talleres de educación grupal); curaciones; visita domiciliaria; y otros.

El fenómeno del cuidado diferenciado es comprendido por medio de otras categorías, que en el contexto de este fenómeno se convierten en subcategorías, formando parte de su estructura, proceso y consecuencias. Por tanto, para comprender el cuidado diferenciado, se debe responder a las preguntas "¿cuándo?", "¿dónde?", "¿por qué?", "¿quién?", "¿cómo?" y "¿con qué consecuencias?". La primera interrogante hace referencia a las condiciones contextuales que forman parte de la estructura, entre ellas surge: **“competencias cognitivas y actitudinales previas”**; **“condiciones de la red asistencial”**; **“condiciones institucionales”**; **“condiciones del paciente”**; y el **“enfoque económico del sistema”**. La interrogante "¿dónde?", se responde al circunscribir el fenómeno al CESFAM y comunidad en el supuesto de intervenciones fuera del establecimiento. El "¿por qué?", es respondido por medio de las condiciones causales, que de igual manera forman parte de la estructura. En este caso es respondido por la subcategoría **“autoimagen profesional”**. La pregunta "¿quién?", se relaciona con el profesional enfermero, y el "¿cómo?", es resuelto por medio de dos importantes subcategorías. Por una parte, surgen las **“prestaciones de salud garantizadas”**, y por otra parte, la **“innovación en el cuidado”**, que principalmente, da respuesta a la Cobertura Universal Efectiva, es decir, incorporando a la población que no asiste al CESFAM. Estas subcategorías forman parte del proceso, es decir, de las

acciones e interacciones que se desarrollan en la explicación del fenómeno de estudio cuidado diferenciado. Las consecuencias son entendidas al responder a la última interrogante planteada, y se asocia con la “**relación interpersonal de ayuda**” y el “**efecto en el cuidado de la persona**”. La Ilustración N°8 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 8: Red semántica de la categoría Cuidado diferenciado.

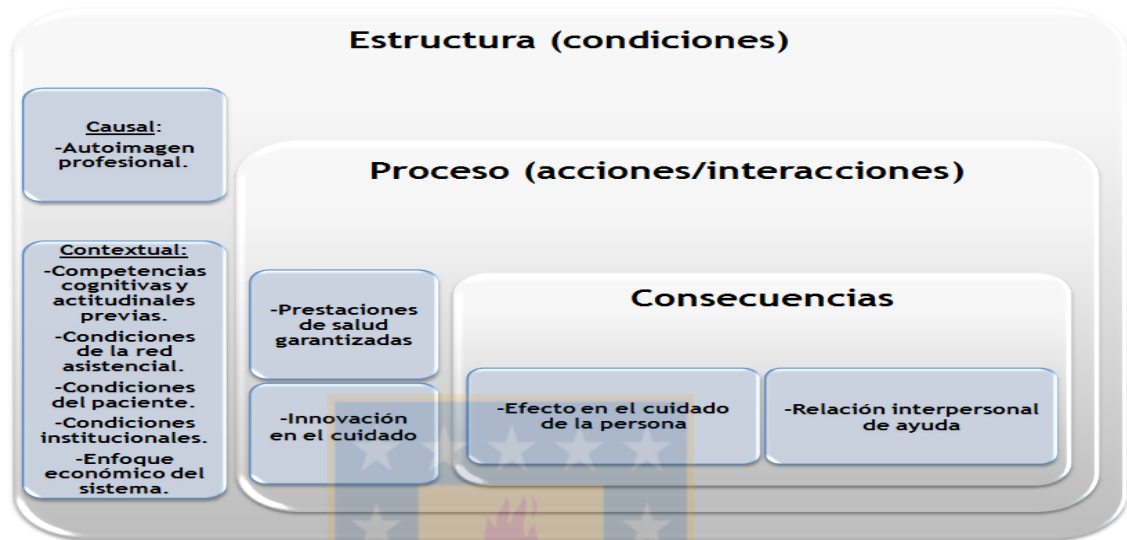


Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

Subcategorías en la Codificación Axial:

Tal como se ha señalado, estas subcategorías permiten una mayor explicación de los tres fenómenos principales de estudios, a saber: “**autonomía profesional**”; “**continuidad en el cuidado**”; y “**cuidado diferenciado**”. Por medio de estas subcategorías los fenómenos explican el "¿cuándo?", "¿dónde?", "¿por qué?", "¿quién?", "¿cómo?" y "¿con qué consecuencias?". La Ilustración N°9 contiene el paradigma, con su respectiva estructura, proceso y consecuencias del fenómeno.

Ilustración N° 9: Componentes del paradigma en la percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.



Fuente: Elaboración propia, a partir de los resultados obtenidos

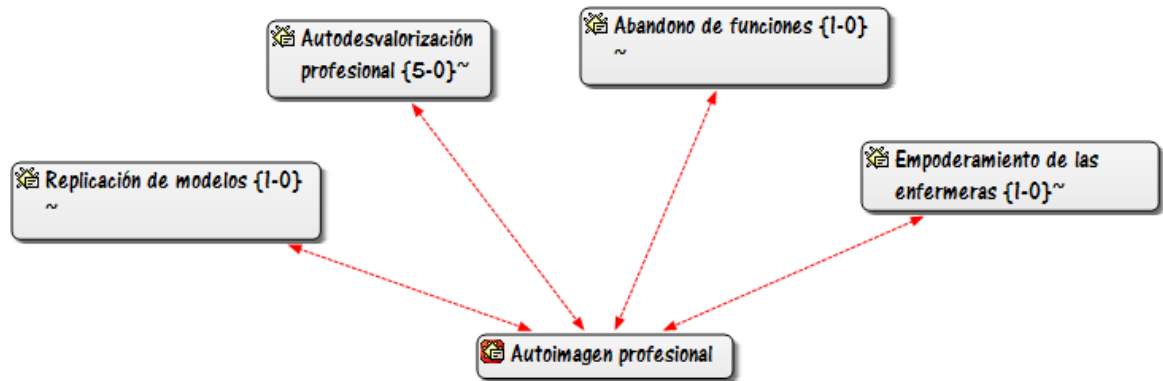
Subcategorías de la estructura

-Autoimagen profesional: Está integrada por la categoría inicial autoimagen en el enfermero. El fenómeno de la autoimagen profesional es concebido como la mirada que tiene el profesional de su propia profesión, lo cual le lleva a una apreciación del rol profesional en el control metabólico poblacional. Se construye en función de la identidad profesional, la cual es causada por modelos durante su formación de pregrado, y así también, por el contexto social o del sistema. Esto se transmite y la sociedad construye, así también, una imagen social de estas profesionales. Se percibe entre las enfermeras que durante el último tiempo no existe una identidad profesional clara, lo cual induce

al no empoderamiento del rol, delegando o abandonando las funciones que históricamente ha realizado. Se aprecia una aparente falta de interés por el trabajo que deberían ejercer, lo cual ocasiona en algunas instituciones la sustitución del rol profesional.

Las enfermeras perciben que la valoración del rol profesional fluctúa de una baja a una alta estimación. Una profesional con baja estimación del rol en el control metabólico poblacional, favorecerá principalmente la ejecución de actividades dependientes y/o interdependientes, realizando mínimos esfuerzos en la planificación y ejecución del cuidado. Por otra parte, una enfermera con alta estimación del rol en el control metabólico poblacional, ejecutará intervenciones dependientes, y además las independientes y/o interdependientes, planificando sistemáticamente líneas estratégicas para alcanzar la Cobertura Universal Efectiva. Esto requerirá del apoyo institucional para favorecer la autonomía profesional, reflejado en un cuidado que incorpore las necesidades individuales y grupales de las personas con DM 2. Este fenómeno está estrechamente relacionado con la autonomía del profesional de enfermería, y con la expresión de su rango de variabilidad dimensional. La Ilustración N°10 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 10: Red semántica de la Subcategoría Autoimagen profesional.

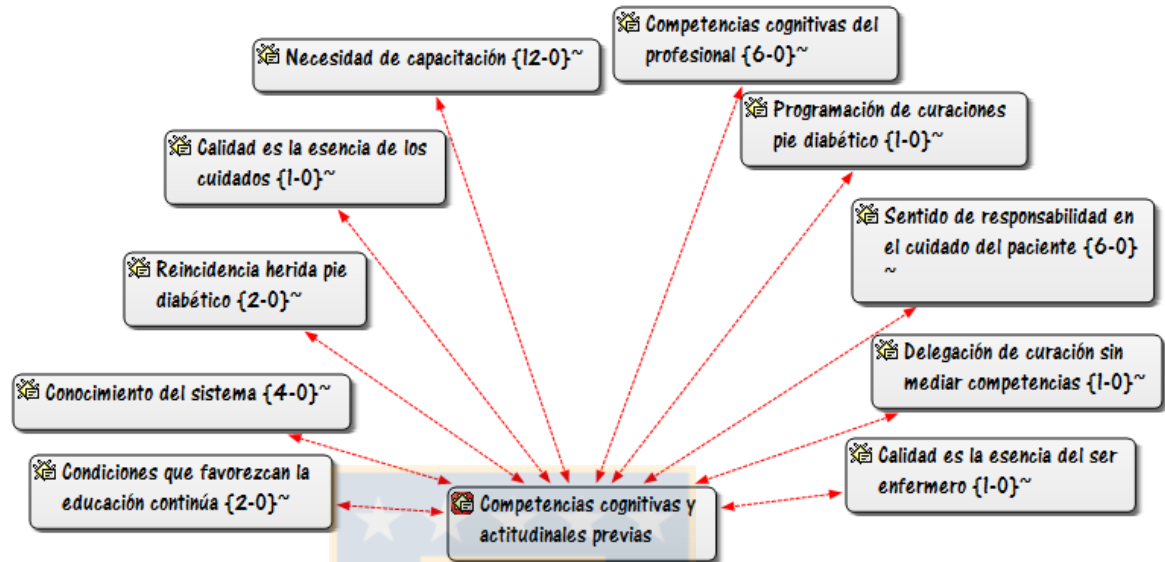


Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

-Competencias cognitivas y actitudinales previas: Este fenómeno incorpora a las categorías iniciales: "competencias técnicas del profesional"; "responsabilidad profesional"; y "calidad inherente a enfermería". Puesto que la calidad se percibe como un concepto propio a la profesión y disciplina de enfermería, es decir, que está asociado al ser, al saber y al hacer de ella, se reconoce que la expresión de un cuidado de calidad está asociada al saber y al hacer, manifestado por medio de las competencias cognitivas y actitudinales. Por esta razón, esta subcategoría se dirige a este tipo de competencias en las enfermeras, que forma parte de las condiciones contextuales para la expresión de fenómenos como la "autonomía profesional", la "continuidad en el cuidado", y el "cuidado diferenciado", las cuales son fundamentales en la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. Los profesionales de enfermería perciben que la oferta de un cuidado de calidad requiere la incorporación de

competencias cognitivas y actitudinales. La primera está relacionada con la adquisición de competencias en el pregrado, y con las competencias adquiridas en un programa de educación continua (seminarios o cursos de actualización, postítulo o postgrado). La adquisición de estas competencias permite, pero no garantiza, ofertar un cuidado con mayor resolutiveidad, es decir, que la enfermera resuelva la necesidad de cuidado en el paciente, y que lo inserte nuevamente en la red de atención que recibe. Esto último involucra el irrumpir con cambios, realizando nuevas y efectivas comunicaciones entre el paciente y la red asistencial. Por el contrario, una enfermera con deficientes competencias cognitivas otorgará un cuidado con baja resolutiveidad, que conlleva a la entrega de una insuficiente respuesta, en al menos dos aspectos, a saber, necesidad de cuidado del paciente, y en la inserción de la persona en la red de atención de salud que recibe. Finalmente, y en el contexto de un cuidado de calidad, las enfermeras requieren de competencias actitudinales como la responsabilidad en el rol profesional, lo cual será expresado en un cuidado integral. Este cuidado está orientado a la población con diagnóstico de DM 2 y que asiste al CESFAM, y a la población estimada con DM 2, es decir, a la población prevalente. La Ilustración N°11 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 11: Red semántica de la Subcategoría Competencias cognitivas y actitudinales previas.



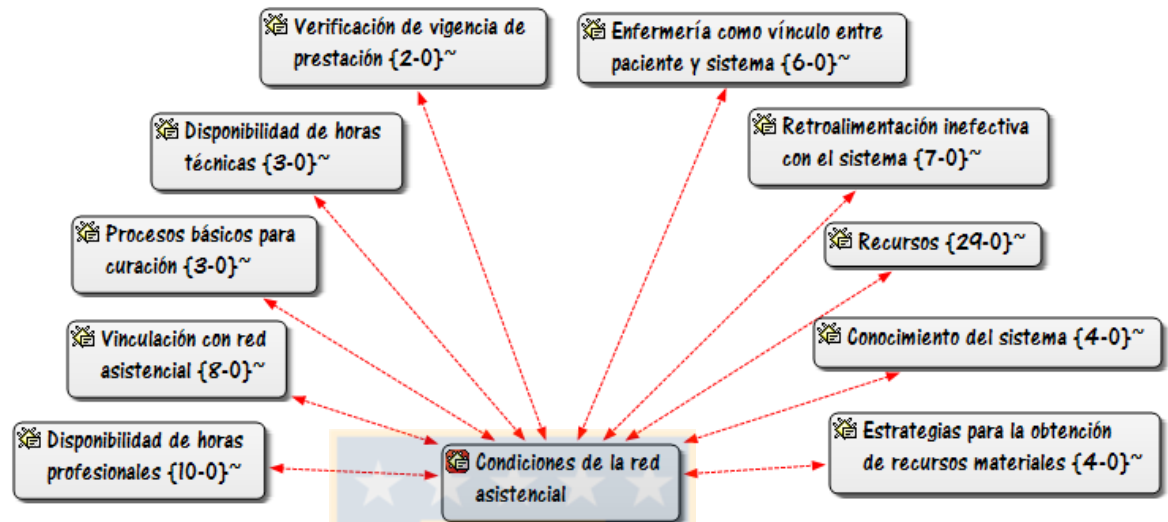
Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

-Condiciones de la red asistencial: Se encuentra integrada por las categorías iniciales: "comunicación con la red asistencial"; y "recursos". Esta subcategoría forma parte de las condiciones contextuales para la expresión de los fenómenos "autonomía profesional", "continuidad en el cuidado" y "cuidado diferenciado". Enfermería constantemente se relaciona con la red asistencial, interacción necesaria para otorgar un cuidado de calidad. Para que la relación sea efectiva, necesita una interacción permanente entre las partes, con el fin de retroalimentarse con información necesaria y en el tiempo adecuado. Cuando la interacción es ocasional y sin retroalimentación mutua, la información del paciente se encuentra disgregada entre las partes. Por esta razón las enfermeras visualizan la importancia de una resolutividad en la comunicación

con la red asistencial, que conlleve a una interacción permanente y con retroalimentación mutua. Esto ocasiona que las partes involucradas en la comunicación dispongan de información actualizada del paciente, generando así un cuidado de calidad, y por consiguiente, una mejor atención de salud en la persona con DM 2.

En esta relación se requiere el uso de recursos de diverso tipo, lo cual es necesario para la oferta de un cuidado de calidad, es decir, que contribuya a la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. Estos recursos consisten en: recursos económicos; materiales (equipos e insumos); físicos o infraestructurales; e incluso humanos, los cuales tienen un uso directo en la asistencia de la persona con diagnóstico de DM 2, o bien, indirectamente en la asistencia del paciente. Enfermería debe también lidiar con un sistema de adquisición que, en ocasiones, no se ajusta al dinamismo de las necesidades en salud y cuidado de las personas. Sumado a ello, el recurso puede estar presente pero, no cumplir con las condiciones que determinen un cuidado de calidad, es decir, que impacte positivamente en la salud de la persona. De esta manera, las enfermeras se enfrentan a equipos e infraestructura que no cuentan con estándares básicos de calidad, o no son adecuados al tipo de paciente. La Ilustración N°12 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 12: Red semántica de la Subcategoría Condiciones de la red asistencial.



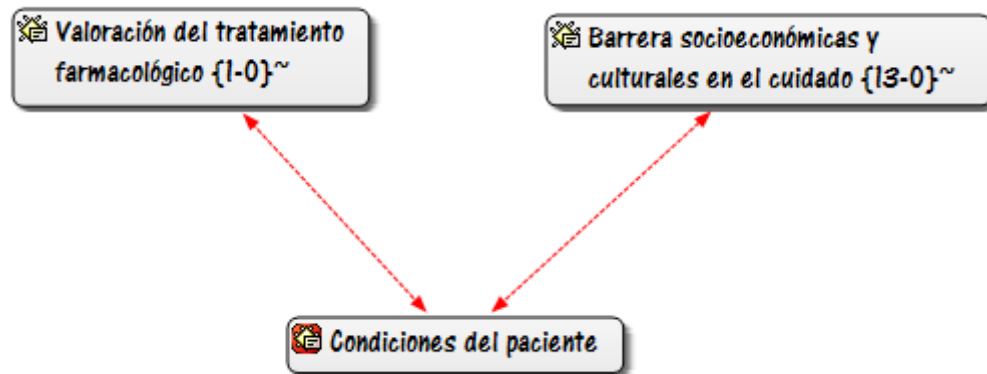
Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

-Condiciones del paciente: Incorpora la categoría inicial "barreras socioeconómicas y culturales en el paciente". Esta subcategoría forma parte de las condiciones contextuales para la expresión de los fenómenos "**autonomía profesional**", "**continuidad en el cuidado**" y "**cuidado diferenciado**". Consiste en la presencia de barreras sociales, económicas, y culturales, que limitan la incorporación de medidas, especialmente, de tipo alimenticias, dirigidas a favorecer el cuidado de la salud en personas con DM 2. Entre las barreras se encuentran: nivel educacional; patrones culturales; creencias en salud; quintil de ingreso; u otras, que corresponden a las condiciones propias del paciente con diagnóstico de diabetes, y sobre las cuales el profesional de enfermería debe trabajar. Algunas son factibles de resolver, como las creencias que

divergen de un adecuado cuidado de la salud. Asimismo, existen otros elementos como el nivel educacional, o situación económica, que la enfermera podrá resolver. En este último escenario es necesario que enfermería se adapte al contexto del paciente, con la finalidad de construir junto a él un cuidado dirigido a la compensación y autocuidado de su persona. Así también, estas condiciones deben ser consideradas al momento de pensar intervenir en la población prevalente con DM 2 y que no asiste al CESFAM. La Ilustración N°13 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.



Ilustración N° 13: Red semántica de la Subcategoría Condiciones del paciente.



Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

-Condiciones institucionales: Contiene tres categorías iniciales, a saber: "aspectos institucionales"; "relación con nivel directivo local"; y "recursos". Esta subcategoría forma parte de las condiciones contextuales de tipo institucional, para la expresión de los fenómenos "autonomía profesional", "continuidad en el cuidado" y "cuidado diferenciado".

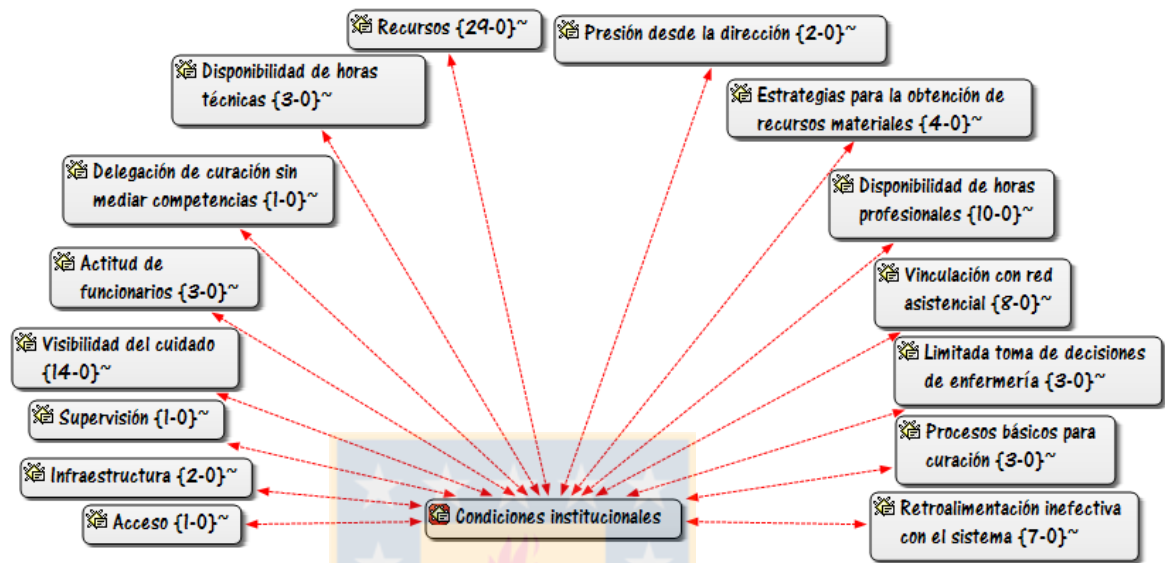
Esta subcategoría aborda las situaciones y condiciones propias al Centro de Salud Familiar, las cuales favorecen o limitan la inserción del paciente a las prestaciones de salud garantizadas, es decir, promueven o restringen el acceso al cuidado de enfermería, lo cual influye directamente en la cobertura universal, y por tanto, en la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. Existen condiciones de acceso institucional como barreras actitudinales, de tipo horario, infraestructurales, u otras existentes, es decir, un rango de variación que promueve o favorece el acceso y la integración del paciente al sistema de

salud, específicamente al sistema de cuidado. Además, surge la supervisión como parte del control de enfermería y como condición que promueve un cuidado de calidad.

Las enfermeras se relacionan frecuentemente con el nivel directivo local (Centro de salud familiar o Departamento de Salud Municipal), existiendo en esta relación una comunicación que engloba aspectos propios al cuidado, entre ellos, la toma de decisiones sobre quien ejecutará la curación de pie diabético, y la distribución de recursos materiales y profesionales para el cuidado, según programación local y/o necesidad poblacional. La toma de decisiones de la dirección local, en lo relativo al sistema de cuidado, no contempla necesariamente la participación de los profesionales de enfermería, por tanto, éstos ven limitada su participación en decisiones respecto al cuidado de los pacientes con DM 2.

Enfermería, debe también lidiar con un sistema de adquisición que, en ocasiones, no se ajusta al dinamismo de las necesidades en salud y cuidado de las personas. Pero sumado a ello, el recurso puede estar presente pero no cumplir con las condiciones que determinen un cuidado de calidad, es decir, que impacte positivamente en la salud de la persona. De esta manera, las enfermeras se enfrentan a equipos e infraestructura que no cuentan con estándares básicos de calidad, o no son adecuados al tipo de paciente. La Ilustración N°14 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 14: Red semántica de la Subcategoría Condiciones institucionales.

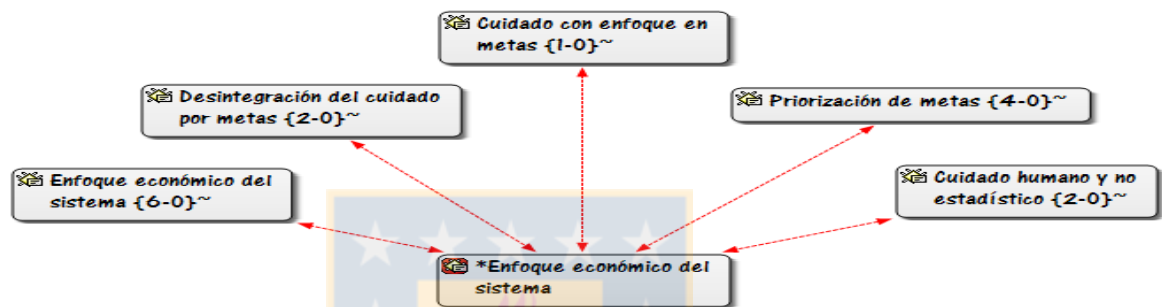


Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

-Enfoque económico del sistema: Consiste en la divergencia que conciben las enfermeras respecto a lo declarado por el sistema de salud y su modelo de atención con enfoque familiar y comunitario, y lo operativo de éste en cuanto a la evaluación y medición de lo programado y ejecutado en la APS. Los profesionales de enfermería perciben una desintegración de la atención de salud, y por tanto del cuidado mismo. Existe un reemplazo del cuidado integral por un cuidado basado en metas, y con enfoque económico en la evaluación. La cuantificación de la meta ha reemplazado la mirada integral del paciente y sus necesidades, promoviendo una acción viciosa en el equipo de salud, que va en desmedro de la calidad del cuidado. Esta subcategoría está relacionada con

las metas sanitarias y los Índices de Actividad de Atención Primaria (IAAPS). La Ilustración N°15 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 15: Red semántica de la Subcategoría Enfoque económico del sistema.



Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

Subcategorías del proceso

-Innovación en el cuidado: Se encuentra integrada por la categoría inicial estrategias para mejorar adherencia. Es parte del proceso en los fenómenos “autonomía profesional”, “continuidad en el cuidado” y “cuidado diferenciado”, es decir, corresponden a las acciones o interacciones que surgen. Dada las características de la población diabética, a saber, bajo control metabólico (HbA1c<7%), baja adherencia al control de salud y tratamiento, además de las complicaciones asociadas, es necesario que enfermería y su equipo incorporen medidas o estrategias para mejorar la adherencia del paciente a los cuidados dados en el CESFAM. Un cuidado de calidad procurará el rescate de aquellos

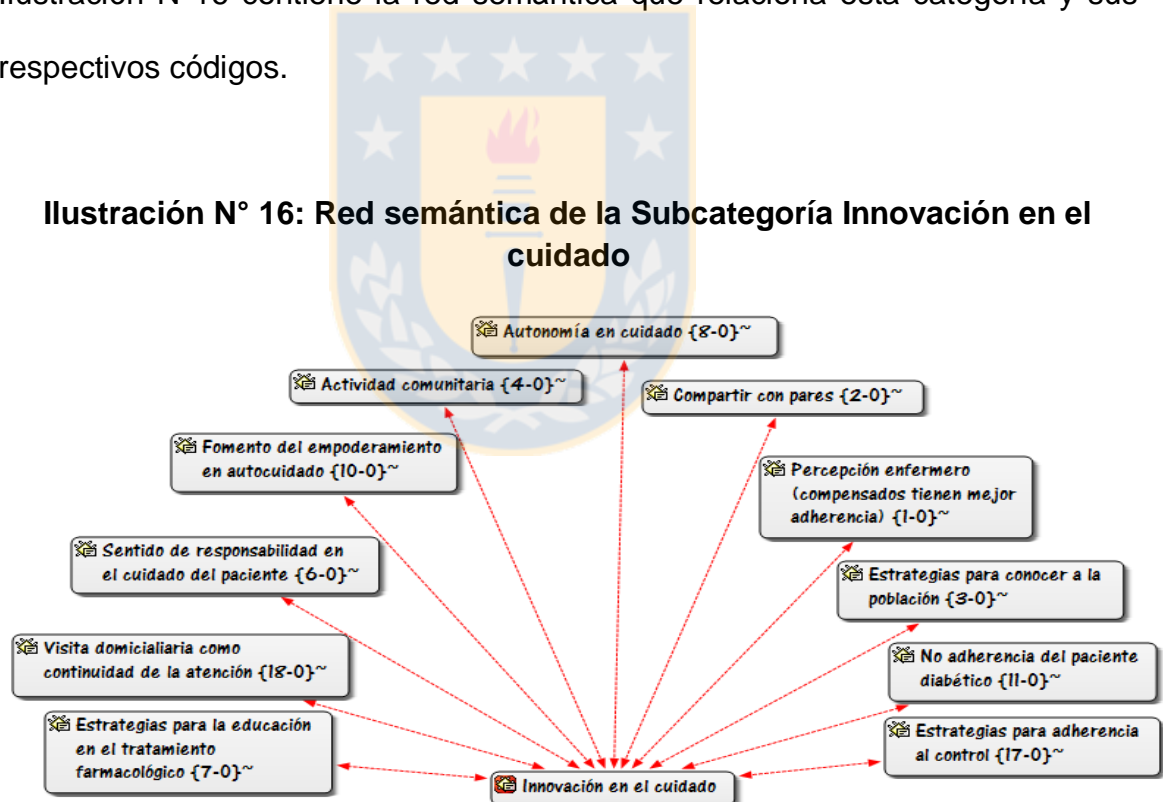
que han dejado de recibir las prestaciones de salud garantizadas en la APS, y de la población estimada que nunca la ha recibido, destinando esfuerzos para que ellos sean beneficiarios de un cuidado conforme a sus necesidades.

La innovación en el cuidado de las personas que han dejado de asistir al CESFAM puede estar dirigido al control y/o tratamiento, utilizando estrategias como la visita domiciliaria, entrega de medicamentos, entrega de solicitud de exámenes, entrega de material de apoyo digital, entrega de material de apoyo en papel, actividades comunitarias, y entre otros, la incorporación de pares durante la intervención. Por esta razón, algunos CESFAM proporcionan medicamentos mensuales y órdenes de exámenes a pesar de la inasistencia del paciente a su control de salud, con el fin de que éstos se reintegren a la APS. Además, incorporan estrategias de tipo visual o táctil que favorece en el paciente la adherencia al tratamiento farmacológico. Todo esto con el fin de mejorar la autonomía y el empoderamiento del autocuidado en el paciente. Así también, es relevante considerar a la población estimada con DM 2, pues se requiere de la incorporación de nuevas estrategias destinadas a ellos, con el fin de intervenir en el entorno comunitario, o en el contexto de mayor significado para la persona. En este sentido, es importante que enfermería conozca a la población donde circunscribe su cuidado, pues en ella proyectará la estimación de personas con este tipo de enfermedad. Para ello, se requiere una enfermería que lidere la transformación de un cuidado dirigido a la cobertura universal de salud en pacientes con DM 2 que asisten al control de salud, a un cuidado

dirigido a la Cobertura Universal Efectiva de esta enfermedad.

Esta innovación tiene por finalidad alcanzar un control metabólico en los pacientes diabéticos, evitando o retrasando la aparición de complicaciones asociadas a la enfermedad. Por tanto, el desarrollo de estas estrategias se convierte en innovación en el cuidado, para evitar el escenario no deseado en esta población, es decir, un paciente no adherente al control y tratamiento, sin control metabólico y con complicaciones de tipo renal, vascular y otras. La Ilustración N°16 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

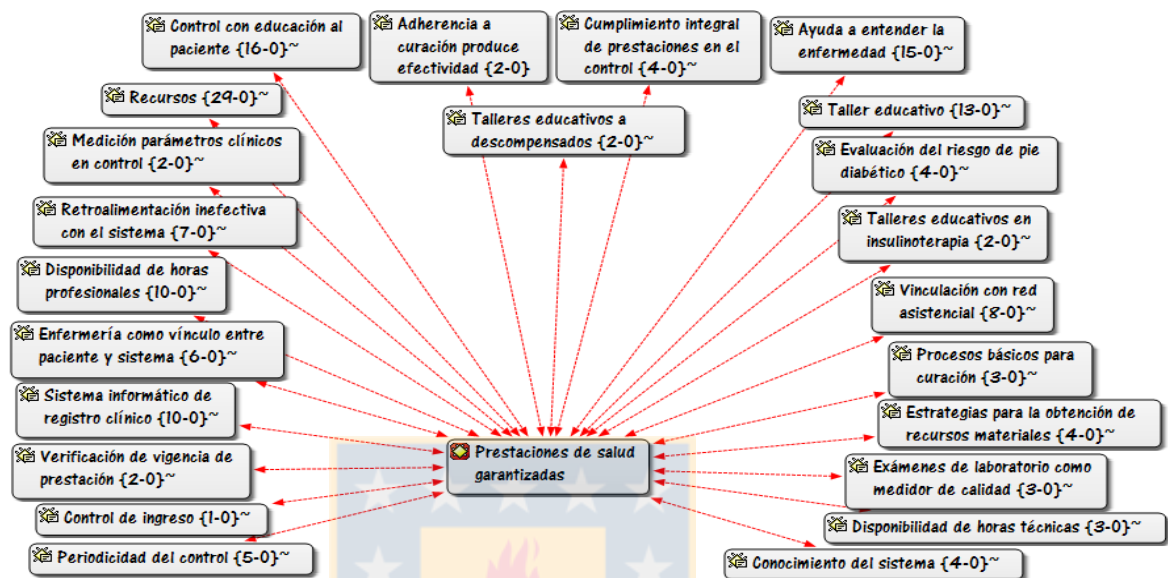
Ilustración N° 16: Red semántica de la Subcategoría Innovación en el cuidado



Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

-Prestaciones de salud garantizadas: Se encuentra integrada por las categorías iniciales: "comunicación con la red asistencial"; "recursos"; "periodicidad del control"; "prestaciones garantizadas"; "talleres de educación grupal"; y "tecnologías". Esta subcategoría se convierte en las acciones o interacciones que emanan, siendo en su conjunto entendidas como el proceso que surge de los tres fenómenos que forman parte de la Percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. Lo central de esta subcategoría radica en la oferta de un cuidado de calidad por medio de prestaciones de salud garantizadas, esto es, consulta o control de salud; educación de grupo (talleres de educación grupal); y curaciones, en caso de clasificar como una herida o lesión en el pie. Es fundamental considerar que la oferta de este cuidado consiste en el cumplimiento de las prestaciones de salud garantizadas, además del seguimiento de ellas, con el objetivo de derivar para una recepción oportuna. Por tanto, es necesario para un cuidado de calidad la oportuna recepción de la prestación de salud garantizada, en tiempo y tipo de prestación, considerando el alcance o dimensión abordada en la prestación de enfermería (control o educación), puesto que requiere de un cuidado integral para lograr la efectividad, además de la disponibilidad de recurso de diverso tipo, necesario para el cumplimiento de la prestación. La Ilustración N°17 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 17: Red semántica de la Subcategoría Prestaciones de salud garantizadas.



Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

Subcategoría de consecuencias

-Efecto en el cuidado de la persona: Surge como subcategoría al integrar las categorías iniciales: "empoderar al paciente en el autocuidado"; "identificación factores de riesgo"; "tiempo para las necesidades del paciente"; "transformación de hábitos"; "efecto del cuidado con calidad"; y "facilita la comprensión del paciente". Se convierte en las consecuencias que surgen de la interrelación entre estructura y proceso de los fenómenos "autonomía profesional", "continuidad en el cuidado" y "cuidado diferenciado".

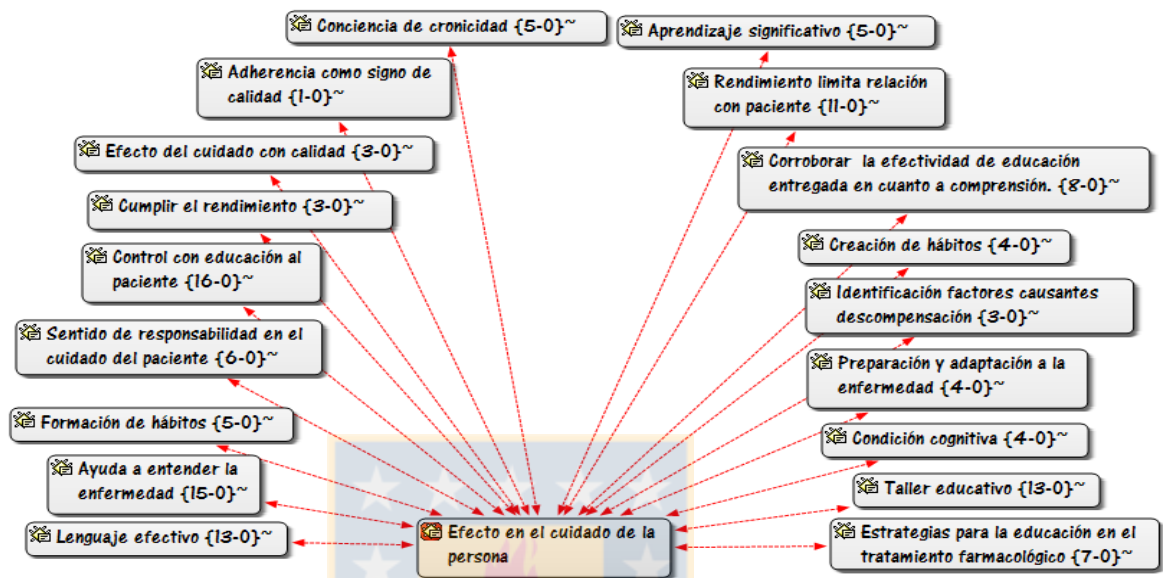
La educación del paciente es fundamental en un cuidado de calidad, y consiste en que éste se haga cargo de su propio cuidado, favoreciendo la no

dependencia a los equipos de salud, es decir, la autonomía de la persona con DM 2, fomentando la responsabilidad y toma de decisiones respecto a su autocuidado. Se interviene para que la persona tome decisiones independientes en aspectos propios a la enfermedad (empoderamiento parcial del autocuidado), y en aspectos de promoción de la salud y prevención de enfermedades (empoderamiento integral del autocuidado). Se considera importante la identificación de factores causales o condicionantes de una descompensación metabólica ($HbA1c > 7\%$), interviniendo para crear nuevos hábitos o para fortalecer los factores protectores, evitando así una descompensación o complicación. Las enfermeras se enfocan en la creación de nuevos hábitos en el paciente y familia, con el fin de alcanzar el control metabólico, y evitando o retrasando la aparición de complicaciones asociadas a la enfermedad. En el contexto de la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, es fundamental la implementación de estrategias dirigidas a la población estimada con DM 2, expresado en una visita domiciliaria, actividades comunitarias de pesquisa a pacientes con DM 2, u otros.

La dinámica del control de salud, en lo relativo a la cantidad de registros que debe completar el profesional de enfermería en el tiempo establecido (rendimiento), dificulta el establecimiento de una relación enfermera-paciente efectiva, pues se prioriza en dejar registro de lo solicitado por el sistema, reduciendo el tiempo de dedicación a la persona y sus respectivas necesidades. Se percibe como aspecto importante de la calidad, que se respete el

rendimiento asignado, con el fin de abordar los diferentes aspectos del cuidado (cuidado integral): evaluación de exámenes; educación; medición de parámetros antropométricos y clínicos; evaluación de la vigencia de las prestaciones; y responder a consultas del paciente. De esta manera, las enfermeras consideran que la calidad del cuidado involucra una visión integral, y no solamente el logro del indicador metabólico deseado ($HbA1c < 7\%$), pues, se acompaña de aspectos que dan cuenta de un autocuidado en el paciente, tal como: adherencia al cuidado, control y tratamiento; no aparición de descompensación metabólica; y no aparición de complicaciones. Para ello, la retroalimentación activa es clave durante la oferta de cuidado, identificando el tipo de autocuidado realizado por la persona, además de pesquisar aspectos falentes, e incorporar la corrección de manera inmediata. La Ilustración N°18 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 18: Red semántica de la Subcategoría Efecto en el cuidado de la persona.



Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

-Relación interpersonal de ayuda: Esta subcategoría se encuentra integrada por las categorías iniciales: "empatía profesional"; "estar presente"; "comunicación con el paciente"; y "refuerzo positivo". Se convierte en las consecuencias que surgen de la interrelación entre estructura y proceso de los fenómenos: "autonomía profesional", "continuidad en el cuidado" y "cuidado diferenciado".

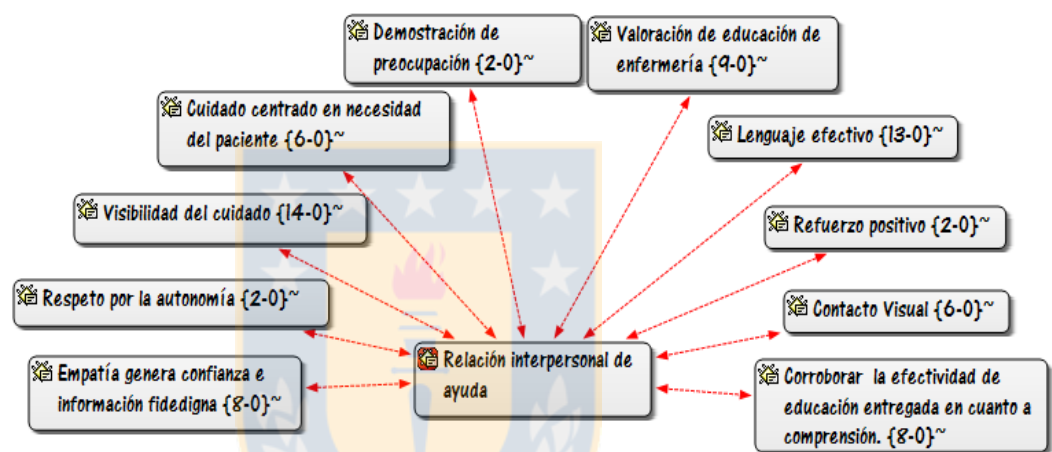
Es considerado de importancia una actitud como la escucha activa, el contacto visual, y el centrar al paciente en su problemática y percepciones sobre éstas, dando respuesta a sus inquietudes y necesidades, pues conlleva a que la persona sienta confianza en la enfermera. Además, es fundamental

contextualizar el cuidado conforme a factores protectores o de riesgo en la persona con DM 2. Cuidar estableciendo una relación interpersonal de ayuda con estas características, permite que durante el encuentro la persona entregue información fidedigna, aunque esto signifique sincerarse sobre un inadecuado cuidado en el tratamiento u otro. De esta manera, empatizar con el paciente genera en ellos confianza, información fidedigna entregada en el control, simpatía, seguridad, satisfacción, y comprensión de la educación, entre otros.

Que enfermería esté presente involucra estar visible en el contexto sanitario, pero así también, que su quehacer sea valorado como fundamental para alcanzar la compensación del paciente. De esta manera, se requiere la presencia activa de la enfermera como profesional dedicado al cuidado de la persona con DM 2, utilizando un lenguaje de fácil comprensión, es decir, un lenguaje familiar y significativo para el paciente. Por esta razón, un cuidado de calidad establece un lenguaje que es más que la entrega de información verbal o escrita durante el control de salud, pues considera los fundamentos para la resolución de las necesidades en el paciente, las cuales pueden ser cognitivas, afectivas y/u otras. Se considera importante que el paciente sea capaz de interactuar con el profesional durante la atención de salud, o bien, en otra instancia que permita un acercamiento al profesional, con el fin de resolver dudas, o dialogar respecto a sus cuidados. Un aspecto importante dentro de la calidad del cuidado de enfermería corresponde al refuerzo positivo realizado al paciente, debido a las acciones promovedoras de la salud que éste realiza. Las

enfermeras realizan estas acciones para alentar a la persona en el logro de objetivos propuestos. La Ilustración N°19 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 19: Red semántica de la Subcategoría Relación interpersonal de ayuda.



Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

CODIFICACIÓN SELECTIVA:

- Identificación y Delimitación del fenómeno:

La “Percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”, consiste en la opinión de un grupo de 15 profesionales de enfermería que describen y explican la delimitación de este fenómeno de estudio. Centran su atención en el cuidado de enfermería en el paciente con DM 2 realizado en la APS. No consiste en

describir lo que ellos realizan, o cómo perciben la atención de ellos o sus pares, sino bien, su discurso se orienta a establecer los límites de lo que ellos creen debería ser un cuidado de calidad en este grupo de pacientes, tanto para aquellos que son parte de la APS, como aquellos no inscritos y que forman parte de la población estimada con DM 2 en la zona geográfica donde se desempeñan. De esta manera, se conoce la opinión de ellos sobre la naturaleza, características, y barreras que limitan la implementación de un cuidado de calidad en la cobertura efectiva de este grupo de pacientes.

Es así, que surge la “**autonomía profesional**” como categoría central en la “Percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”, descubriendo que dicha percepción nace desde la experiencia y conocimiento sobre su quehacer. La “**autonomía profesional**” es comprendida por las enfermeras en el contexto de las prestaciones de salud garantizadas, esto es, consulta o control de salud; educación de grupo (talleres de educación grupal); y curaciones. Así también, la “**autonomía profesional**” es comprendida en las intervenciones dirigidas a alcanzar la población estimada con DM 2. Estas son consideradas relevantes para el cuidado de calidad en la Cobertura Universal Efectiva, y son reconocidas como una innovación en el cuidado. La relación establecida con el paciente se convierte en un pilar fundamental en la oferta de un cuidado de calidad, concibiendo que el ejercer un cuidado con “**autonomía profesional**”, conlleva a tomar decisiones dirigidas a la oferta de un cuidado continuo y

diferenciado, percibido como requisito para alcanzar la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.

- **Argumento de la categoría central en el fenómeno:**

Conocer fenómenos como la calidad del cuidado, desde los conceptos asociados a cobertura, acceso, efectividad, y satisfacción de necesidades en la población, es relevante para intervenir en políticas públicas, especialmente, en patologías como la DM 2, que ocasiona un gran impacto familiar, sanitario y social. Esto es fundamental al considerar la alta proporción del cuidado en atenciones de salud de tipo preventiva y/o promocional. Que enfermería explique, desde su disciplina, la calidad del cuidado en patologías que hoy son un grave problema de salud pública, enriquece la oferta de cuidado, y además responde a desafíos globales como la Cobertura Universal Efectiva. Dado que en Chile la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2 es del 17,69%¹¹, con una alta participación de enfermeras en la atención de este grupo, sumado a la evidencia científica^{12,13} de su importante rol en el control metabólico de la enfermedad, es trascendental ofertar un cuidado de calidad conforme a lo señalado en esta Microteoría sustantiva [desde la autonomía profesional], pues responderá al desafío sanitario de la Cobertura Universal Efectiva en esta población vulnerable.

Toda vez contrastadas las propiedades dimensionales de las tres categorías seleccionadas en la codificación axial, la **“autonomía profesional”** fue

seleccionada como la categoría central del fenómeno estudiado, pues su expresión será manifestada por medio de un cuidado continuo y diferenciado, necesarios para otorgar un cuidado de calidad. En la relación de cuidado que las enfermeras establecen con estos pacientes en la APS, participan diferentes aspectos que se convierten en condiciones para la expresión del cuidado de calidad, surgen acciones e interacciones propias a la relación de cuidado, y se manifiestan consecuencias que emanan del mismo fenómeno. Para otorgar un cuidado de calidad dirigido a alcanzar una Cobertura Universal Efectiva en la DM 2, la **“autonomía profesional”** se enfrenta a condiciones contextuales que forman parte de la estructura, entre ellas: las competencias técnicas y actitudinales previas; las condiciones de la red asistencial; las condiciones de la institución; y el enfoque económico del sistema. Así también, enfermería enfrenta condiciones causales, que de igual manera forman parte de la estructura, a saber, la autoimagen profesional. Todas estas condiciones contextuales y causales se constituyen en subcategorías dentro de la Microteoría sustantiva, y forman parte de la estructura con la cual se relaciona la calidad del cuidado de enfermería. Dependiendo de las relaciones que establece este fenómeno con la estructura, se expresará o inhibirá la manifestación autónoma del cuidado, lo cual se evidenciará en las acciones e interacciones que son propias a este tipo de cuidado, es decir, un cuidado basado en prestaciones de salud garantizadas, y en innovaciones en el cuidado de enfermería, que se dirigen principalmente a dar respuesta a una Cobertura

Universal Efectiva, es decir, incorporando a la población estimada con DM 2. Tanto el cuidado en prestaciones de salud garantizadas y en las innovaciones del mismo son parte del proceso, que al estar en constante relación con la estructura producen consecuencias propias a esta relación, las cuales han sido identificadas como efectos en la relación interpersonal de ayuda, y en el cuidado de la persona. La “**autonomía profesional**” ha sido seleccionada como categoría central del fenómeno de estudio “Percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”, puesto que por ella las acciones e interacciones se realizan por medio de un cuidado continuo y diferenciado, lo cual es necesario para alcanzar la calidad en el cuidado.

Para comprender la Microteoría sustantiva de la “Percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”, es necesario definir los constructos sobre los cuales se explica el fenómeno que aborda. De la conceptualización de estos constructos y la relación de los mismos, surge el paradigma donde convergen la estructura, procesos y sus respectivas consecuencias.

ESTRUCTURACIÓN DE LA MICROTEORÍA SUSTANTIVA “PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA COBERTURA UNIVERSAL EFECTIVA DE LA DM 2”.

Definición de Constructos:

-Percepción de la calidad del cuidado: Consiste en la opinión de enfermeras pertenecientes a la APS respecto a la calidad del cuidado de enfermería. Este tipo de cuidado se circunscribe a la atención de una persona con DM 2. La identificación de la naturaleza, características y barreras de este fenómeno contribuyen a establecer sus límites.

-Cobertura Universal Efectiva: Consiste en la proporción de pacientes compensados metabólicamente respecto a la población total estimada con DM 2, según prevalencia de la enfermedad a nivel nacional. Esta compensación metabólica es evaluada por medio del parámetro clínico de hemoglobina glicosilada ($HbA1c < 7\%$).

-Autonomía Profesional: En el cuidado del paciente con DM 2 enfermería realiza intervenciones dependientes, independientes e interdependientes. Todas estas intervenciones contribuyen a un cuidado de calidad y deben ser proporcionadas adecuada y oportunamente. Las independientes reflejan la autonomía que enfermería posee en el área donde interviene, y requiere la expresión autónoma de su rol profesional, tanto en la población asistente a la

APS, como en aquella población estimada con DM 2 e inasistente. Conforme a ello, es en el cuidado autónomo donde enfermería presenta total responsabilidad de la atención, en tanto a planificación y ejecución del cuidado. La manifestación de la autonomía profesional estará expresada en un cuidado autónomo, que conlleve a la oferta de un cuidado continuo y diferenciado.

-Cuidado Diferenciado: Corresponde al cuidado que integra la visión del sistema de salud y de las diversas necesidades en salud de la persona y familia en sociedad. Por esta razón un cuidado de calidad no es homogéneo ni uniforme, sino bien, es variado, y determinado por estas necesidades. Un cuidado autónomo reconocerá la necesidad de un cuidado diferenciado y coherente a las propias necesidades de la persona.

-Continuidad en el cuidado: Contempla un cuidado con alcance mayor al ejecutado en contacto directo con el paciente durante la consulta o control de salud; educación de grupo (talleres de educación grupal); y curaciones. Esto se convierte en algo clave y en pro de la calidad, especialmente al considerar a pacientes vulnerables como los adultos mayores o con algún deterioro o limitación, los pacientes sin control metabólico, los reincidentes en lesiones o heridas de pie u otra complicación, y otros. Además de un cuidado continuo individual, consiste en alcanzar un cuidado continuo poblacional, es decir, con orientación a la población que no integra la APS (población estimada con DM 2). Un cuidado autónomo reconocerá la necesidad de un cuidado continuo individual y poblacional.

Los componentes del paradigma orientan la identificación de indicadores que permitirán medir la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, a saber, las subcategorías de la estructura a indicadores de estructura, las subcategorías del proceso a indicadores de proceso, y las subcategorías de consecuencias a indicadores de resultado e indicadores de impacto.

Teorización de la “percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”.

Explorar el fenómeno de la Percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, requiere comprender el contexto donde se desarrolla el cuidado y los aspectos o factores relacionados. Esto con la finalidad de profundizar en la naturaleza de este fenómeno, pues se relaciona con temáticas amplias y de importancia global. Por un lado, una política pública en salud de prioridad internacional, a saber, cobertura universal de salud, que involucra ampliar los servicios de salud, la población beneficiaria, y mejorar el acceso de las personas a la salud que necesitan, sin exponerlas a riesgo de tipo económico. Por otra parte, una enfermedad como la DM 2 que se convierte en un grave problema de salud pública a nivel internacional, por sus características y consecuencias. De esta manera, esta Microteoría aborda la calidad del cuidado de enfermería en la

población diabética beneficiaria de los servicios en la APS chilena, y en los potenciales beneficiarios, es decir, la población diabética estimada según prevalencia de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Por esta razón, esta Microteoría posee un alcance mayor a cobertura universal, esto es, Cobertura Universal Efectiva.

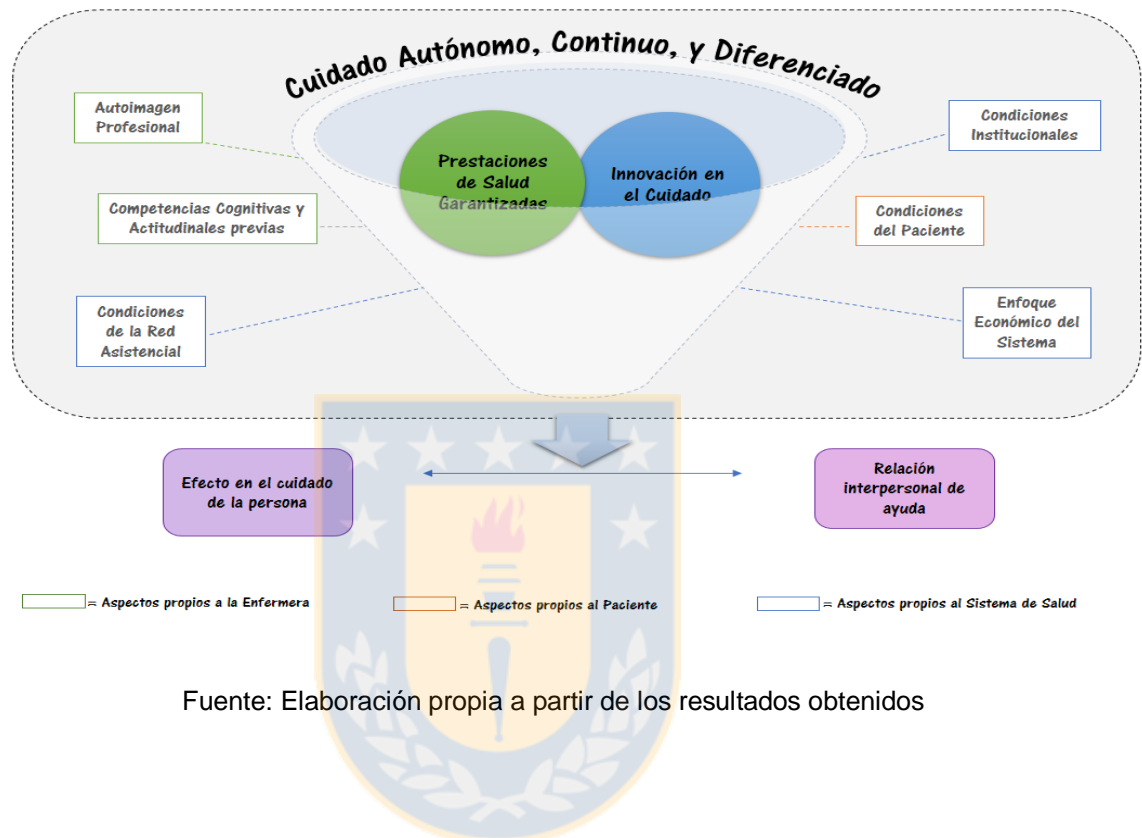
La Percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, desarrollada en el contexto de la APS, reconoce la influencia de aspectos o factores intrínsecos al sistema de salud, a la red asistencial, a la institución de salud, al profesional de enfermería y al paciente. Puesto que el cuidado de enfermería integra las atenciones realizadas en los establecimientos de APS, es conveniente tener presente los aspectos que intervienen en esta oferta. Los aspectos asociados al contexto en que se desarrolla el cuidado corresponden a la estructura sobre la cual se sustenta la calidad del cuidado. Esta estructura despliega su influencia en la atención de salud, y por consiguiente en el cuidado, promoviendo o limitando su excelencia. Se reconoce la necesidad de alcanzar la excelencia del cuidado, para enfrentar desde enfermería el importante problema de salud pública del bajo control metabólico en la población diabética. Para ello, enfermería necesita de autonomía profesional, que es expresada en un cuidado autónomo, continuo, y diferenciado.

Siendo el cuidado autónomo, continuo, y diferenciado necesarios para alcanzar la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la

DM 2, es preciso identificar la estructura sobre la cual se relaciona y construye este tipo de cuidado. Así también, se identifica el cuidado autónomo, continuo, y diferenciado como parte del quehacer de enfermería en un cuidado de calidad, el cual es ofertado al paciente por medio de prestaciones de salud garantizadas específicas para la enfermera, y por las acciones de enfermería reconocidas como innovaciones en el cuidado. Estas innovaciones corresponden a las intervenciones, que no siendo parte de las prestaciones de salud garantizadas, las enfermeras, junto a su equipo, realizan para alcanzar la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. Ambas intervenciones representan el proceso, que interactúa permanentemente con los aspectos de la estructura.

Conforme a lo señalado, en la estructura surgen distintas condiciones de tipo contextuales y causales que influyen directa o indirectamente, promoviendo o limitando un cuidado de calidad. Estas condiciones pueden ser agrupadas en aspectos propios al profesional, aspectos propios al paciente y aspectos propios al sistema de salud, en tanto a política y organización. Por esta razón, es importante considerar el escenario en el cual surge el fenómeno de la “Percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”. Esto puede ser observado en la Ilustración N° 20.

Ilustración N° 20: Estructura diagramática de la Microteoría sustantiva “percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”.



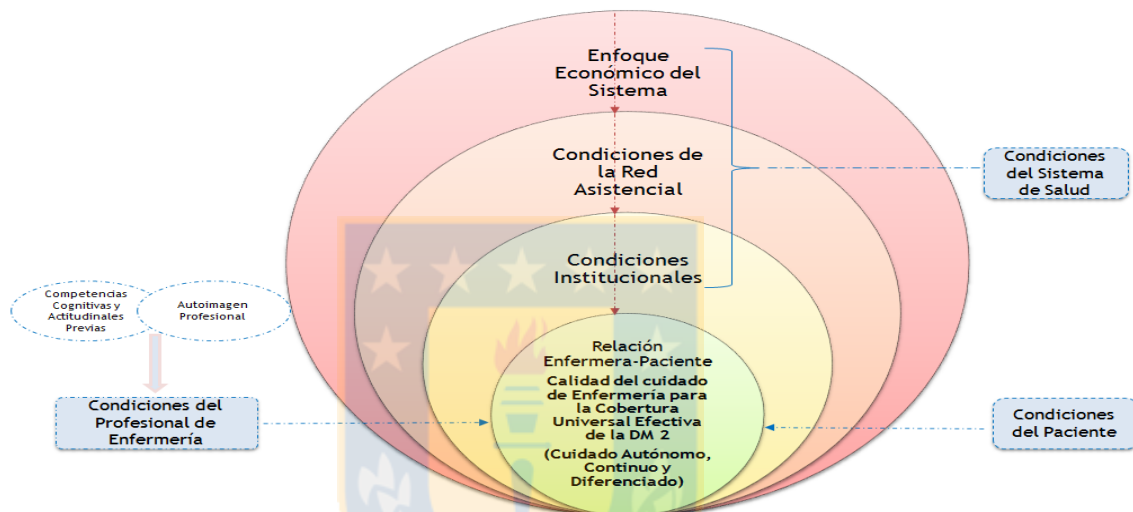
Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos

Condiciones contextuales y causales de la calidad del cuidado de enfermería

El cuidado con orientación a la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2 se oferta en un escenario en el que participan diferentes factores. Las condiciones en las cuales surge el cuidado se relacionan con aspectos propios a los actores participantes en la relación de cuidado, es decir, enfermera y paciente que adolece de DM 2, y con aspectos propios al sistema de salud, en tanto a política

y organización se refiere. Las condiciones contextuales y causales de esta Microteoría sustantiva se aprecian en la Ilustración N°21.

Ilustración N° 21: Condiciones contextuales y causales de la Microteoría sustantiva “percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”.



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos

Partiendo del entorno, y considerando los elementos propios al sistema, el cuidado de la persona con DM 2 en la APS se realiza en el contexto de un modelo de salud que rige al sistema de salud en todo el país. Este modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario orienta la atención en salud, y asimismo las intervenciones del profesional de enfermería en toda la red de atención de salud. Paralelo a este modelo existe un enfoque económico que permea la programación y evaluación de lo realizado en la APS, reflejado en las metas sanitarias y los índices de actividad de atención primaria (IAAPS), entre

otros. Las enfermeras perciben una desintegración de la atención y cuidado de la salud, al reemplazar el cuidado integral por un cuidado basado en metas, con el fin de dar cumplimiento al indicador por el cual son evaluados. Por tanto, un cuidado basado en metas reemplaza al cuidado integral del paciente, promoviendo una acción viciosa entre el equipo de salud, lo cual va en directo desmedro de la calidad del cuidado. Esto, puesto que el profesional de enfermería se enfrenta permanentemente a la necesidad de priorización en las atenciones de salud, traducido en una mayor preocupación por el cumplimiento de la meta antes que la necesidad poblacional. La calidad del cuidado se enfrenta a una realidad con la cual deben lidiar las enfermeras, a saber, el sentido de divergencia entre lo declarado en el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, y lo evaluado, lo cual condiciona la ejecución de la atención sanitaria. De esta manera, el cuidado se manifiesta en un entorno sanitario cuya administración nacional (ministerial) enfatiza en un enfoque económico que amenaza con disgregar el cuidado y la integralidad del mismo.

De acuerdo a lo observado en la Ilustración N°21, y acercándonos al centro de la relación enfermera-paciente, donde se oferta el cuidado de calidad, se encuentran las condiciones contextuales de la red asistencial. Las enfermeras se vinculan con ellas a nivel local, regional y nacional. Los profesionales de enfermería se convierten en una especie de articuladores entre el sistema de salud, representado en la red asistencial, y la persona con diagnóstico de DM 2. La interacción es necesaria para otorgar un cuidado de calidad, puesto que

realiza derivaciones y verifica el cumplimiento de las prestaciones de salud garantizadas. Para ello se necesita una interacción permanente entre las partes, con el fin de retroalimentarse con información necesaria y oportuna. Por esta razón, es fundamental la sinergia entre las distintas partes de la red asistencial para que la relación sea efectiva.

Cuando la interacción es ocasional y sin retroalimentación mutua, la información del paciente se disgrega entre las partes. Por esta razón las enfermeras visualizan la importancia de una resolutivez en la comunicación con la red asistencial, que conlleve a una interacción permanente y con retroalimentación mutua. Esto ocasiona que las partes involucradas en la comunicación dispongan de información actualizada del paciente, generando así un cuidado de calidad, y por consiguiente, una mejor atención de salud en la persona con DM 2. Es común que personas consulten en la otra parte de la red asistencial (privado o atención cerrada [hospitalaria]) por una complicación en su DM 2, en ellos se da un escenario de interacción con escasa retroalimentación. La reinserción de estos pacientes en la APS se acompaña del desconocimiento de los profesionales de enfermería por lo realizado en la otra parte de la red asistencial, siendo el paciente la fuente de información y el portavoz de lo experimentado. Escenario semejante sufre la persona expuesta a una amputación por lesión o herida en el pie, lo cual limita la oferta oportuna de un cuidado de calidad. Esto se complejiza en personas de mayor vulnerabilidad como adultos mayores, personas postradas o sin acompañamiento familiar, a

quienes les dificulta el acceso y reinserción en la APS. Distinto es el escenario cuando el cuidado se oferta en un contexto de mayor resolutivez, pues, conlleva a que las partes involucradas se contacten para entregar una información con retroalimentación mutua. Esto influye en que todas las partes involucradas en la comunicación mantengan una información actualizada del paciente, generando así un cuidado más integral, y por consiguiente, una mejor atención de salud en la persona con diagnóstico de DM 2.

En esto, enfermería también depende de la adquisición y uso de recursos de diverso tipo, que son necesarios para un cuidado de calidad y que contribuyan en la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. Estos recursos son económicos, materiales (equipos e insumos), físicos o infraestructurales, e incluso humanos, los cuales se relacionan directa o indirectamente en la asistencia de la persona con diagnóstico de DM 2. Con la intención de responder a la dinámica del cuidado, a saber, las necesidades en salud y cuidado de las personas, enfermería se enfrenta a los limitados recursos y a la obtención de los mismos. Sumado a ello, el recurso (equipos e infraestructura) puede no poseer las condiciones básicas para un cuidado de calidad, o no ser adecuado al tipo de paciente.

Continuando con las condiciones que forman parte de la estructura, y con mayor cercanía a la esfera de la relación enfermera-paciente, se encuentran las condiciones institucionales que contiene elementos locales del establecimiento de APS, los cuales se relacionan con su dinámica, estructura e integración.

Existen condiciones de acceso institucional como: barreras actitudinales; de tipo horario; infraestructurales; u otras existentes. Las actitudes de los propios funcionarios del establecimiento, que se responsabilizan del primer acercamiento del paciente a la atención de salud, son relevantes al considerar que éstas influyen en la predisposición del paciente a una reinserción, o a la aceptación de una determinada atención en salud, entre ellos, el cuidado de enfermería. Por tanto, es fundamental considerar en la calidad del cuidado no solo las acciones o intervenciones de la enfermera, sino todas aquellas que forman parte de la institución y que interactúan con la persona en el momento previo a la atención de enfermería. Relacionado con la gestión del cuidado, y con toda gestión en la oferta de un servicio, surge la supervisión como elemento propio al control. Puesto que la supervisión del cuidado es considerada como parte de las condiciones institucionales que promueven un cuidado de calidad, las enfermeras reconocen lo necesario de la supervigilancia en el cuidado. Dentro de las relaciones que enfermería establece en la institución se encuentra la relación y comunicación con el nivel directivo local. Las enfermeras consideran que la dirección local no incorpora su participación en las decisiones propias al sistema de cuidado, es decir, los profesionales de enfermería ven limitada su participación en la toma de decisiones respecto al cuidado de las personas con DM 2.

En el centro de la relación enfermera-paciente participan las condiciones contextuales de la persona receptora del cuidado, éstas se relacionan con la

presencia de barreras de tipo social, económica y cultural, que limitan la incorporación de medidas, especialmente de tipo alimenticias, dirigidas a favorecer el cuidado de la salud. En estas barreras emerge el nivel educacional, los patrones culturales, las creencias en salud, el quintil de ingreso, u otras. Enfermería debe trabajar con estas condiciones, entendiendo que algunas son factibles de resolver, entre ellas, las creencias que divergen de un cuidado adecuado para la salud. Asimismo, existirán otros aspectos como el nivel educacional o la situación económica de la persona con diagnóstico de DM 2 que el profesional de enfermería no podrá resolver. En este escenario, es necesario que la enfermera se adapte al contexto del paciente, con la finalidad de construir junto a él un cuidado dirigido al control metabólico y al autocuidado de su persona. De igual manera, estas condiciones deben ser consideradas al momento de pensar intervenir en la población que no asiste a la APS, pues sin duda estas barreras pueden o no influir en la cobertura de ellos.

En el centro de la relación enfermera-paciente, también participan las condiciones contextuales del profesional de enfermería. La calidad se distingue como un concepto que es inherente a la profesión y disciplina de enfermería, es decir, que está asociado al ser, al saber y al hacer de ella. De esta manera, las enfermeras reconocen que la expresión de la calidad está asociada al saber y al hacer, es decir, a lo cognitivo y actitudinal. Por esta razón, un cuidado de calidad se realiza conforme a las competencias cognitivas y actitudinales de los profesionales de enfermería, que son las condiciones contextuales para la

expresión de fenómenos como el cuidado autónomo, continuo, y diferenciado. Las competencias cognitivas están relacionadas con la adquisición de conocimientos en el pregrado, y así también, en un programa de educación continua como un curso, un postítulo o un postgrado. La adquisición de estas competencias permite, pero no garantiza, ofertar un cuidado con mayor resolutivez, es decir, que la enfermera resuelva la necesidad de cuidado en el paciente, y que lo inserte nuevamente en la red de atención que recibe. Esto último involucra el irrumpir con cambios, realizando nuevas y efectivas comunicaciones entre el paciente y la red asistencial. Por el contrario, una enfermera con deficientes competencias cognitivas ofertará un cuidado con baja resolutivez, que conlleva a la entrega de una insuficiente respuesta en al menos dos aspectos, a saber, necesidad de cuidado del paciente, y en la inserción de la persona en la red de atención de salud que recibe. Finalmente, es fundamental el sentido de responsabilidad en el rol profesional, lo cual será expresado en un cuidado integral hacia la persona, incorporando y no fragmentando los aspectos importantes en este tipo de población: tratamiento farmacológico; estilos de vida; cuidados para prevenir una lesión o herida en el pie; e incorporación a redes de apoyo, entre otros. Esta responsabilidad se verá expresada en intervenciones enfocadas a un cuidado de calidad en la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, es decir, incorporando un cuidado dirigido a la población estimada con DM 2.

Las condiciones causales en esta Microteoría sustantiva se relacionan con un elemento propio al profesional de enfermería, a saber, la autoimagen profesional. Esta es clave y requisito previo para la expresión de un cuidado autónomo, continuo, y diferenciado, que refleja un cuidado de calidad en este grupo de pacientes. La autoimagen profesional es concebida a través de los discursos como la mirada que tiene el profesional de su propia profesión, ocasionando una apreciación del rol profesional en el control metabólico poblacional. Se construye en función de la identidad profesional, la cual es causada por modelos durante su formación de pregrado, y así también, por el contexto social o del sistema. Se percibe por medio de los discursos que, actualmente, no existe una clara identidad profesional, ocasionando el no empoderamiento del rol, y la delegación o abandono de las funciones que históricamente ha realizado la enfermera. Esto ha generado que en algunas instituciones se sustituya al profesional en el cuidado de la persona con diagnóstico de DM 2, específicamente, en actividades como curaciones por lesión o herida en el pie, y consulta o control de salud. Clara evidencia se encuentra en el Régimen de Garantías Explícitas y el listado de prestaciones específicas, donde la participación de las enfermeras en la consulta o control y la educación de grupo para el paciente con DM 2, es sustituible por un profesional matrn o nutricionista⁹. Las enfermeras perciben que un profesional con baja valoración del rol en el control metabólico poblacional, favorecerá, principalmente, la ejecución de actividades dependientes y/o interdependiente,

realizando mínimos esfuerzos en la planificación y ejecución del cuidado. Por otra parte, una enfermera con alta valoración del rol profesional en el control metabólico poblacional, ejecutará no sólo intervenciones dependientes y/o interdependiente, sino también las independientes, planificando sistemáticamente líneas estratégicas para alcanzar la Cobertura Universal Efectiva. Esto requerirá del apoyo institucional para favorecer la autonomía profesional, reflejado en un cuidado que incorpore las necesidades individuales y grupales de las personas con diagnóstico de DM 2. Este fenómeno está estrechamente relacionado con la autonomía del profesional de enfermería. Por tanto, la expresión de la autonomía profesional, y por consiguiente el cuidado autónomo, continuo, y diferenciado, dependerá de la autoimagen profesional.

Es necesario tener presente que el cuidado, y así también, la atención de salud se realiza en instituciones de salud complejas en cuanto a su composición y funcionamiento. Por tanto, las condiciones contextuales y causales deberán considerarse toda vez que se desee alcanzar un cuidado de calidad con enfoque en la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, no entendiendo a éstas como deterministas en el resultado final, sino como aspectos que necesariamente estarán presentes en el contexto donde transita el cuidado de enfermería.

Quehacer profesional en la calidad del cuidado de enfermería

El quehacer profesional en el cuidado de calidad con enfoque en la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, involucra la ejecución de un cuidado autónomo,

continuo, y diferenciado, cuyos beneficiarios corresponden a personas con diagnóstico de DM 2 que asisten al establecimiento de APS, y personas que integran la poblacional estimada con DM 2 y que no forman parte de los beneficiarios activos de la APS. Lo anterior por desconocimiento, voluntad propia, o limitaciones en el acceso a la salud proporcionada en la APS. Un cuidado autónomo, continuo, y diferenciado se visualiza en dos grupos de acciones que el profesional de enfermería realiza. Por una parte, las prestaciones de salud garantizadas, y por otra, los cuidados que surgen como iniciativa del equipo de enfermería, los cuales se dirigen a la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. Estos últimos son considerados cuidados innovadores dentro de la APS y obedecen a la voluntad y disposición de cada establecimiento de salud. El quehacer profesional se convierte en las acciones o interacciones, siendo en su conjunto entendidas como el proceso que emana de la relación entre cuidado de calidad (autónomo, continuo, y diferenciado), y las condiciones que forman parte de la estructura.

Respecto a las prestaciones de salud garantizadas, éstas son reguladas y establecidas conforme a una ley, estableciendo para enfermería tres prestaciones específicas: consulta o control de salud; educación de grupo (talleres de educación grupal); y curaciones, en caso de clasificar como herida de pie diabético. Es fundamental considerar que, para la oferta de un cuidado de calidad en este tipo de pacientes, es necesario que los recursos de diverso tipo estén disponibles, y que la recepción de la prestación de salud sea

oportuna, en tanto a tiempos y tipo de prestación, además de las dimensiones abordadas en el cuidado. Estas dimensiones requieren una mirada integral para lograr la efectividad. Un cuidado es de calidad, cuando se dirige al cumplimiento de las prestaciones de salud garantizadas, y cuando articula al paciente oportunamente a la recepción de las restantes prestaciones. Ahora bien, es un cuidado de calidad no solo cuando existe cumplimiento de la prestación, sino que ésta sea otorgada integralmente, abordando los aspectos necesarios en un paciente con diagnóstico de DM 2. Contextualizando el cuidado en un control de salud, la prestación de salud garantizada debe centrarse desde una valoración integral de las condiciones en las que llega el paciente [historial de salud y examen físico], hasta una educación integral y/o derivación pertinente. De esta manera, un cuidado integral es propio a un cuidado de calidad, e involucra la construcción de un autocuidado en el paciente, considerando aspectos actitudinales y también cognitivos. Un cuidado de calidad no se conforma con la transmisión de información a la persona con DM 2, sino con la construcción del conocimiento, con el fin de alcanzar un aprendizaje significativo que permita la formación de nuevos hábitos. Este cuidado se dirige desde la promoción de la salud hasta la prevención de complicaciones.

Por otra parte, la innovación en el cuidado se convierte en la demostración del sello propio de enfermería en cada establecimiento de salud. Dada las características de la población diabética, a saber, baja compensación y baja adherencia al control y tratamiento, además de las complicaciones asociadas,

es necesario que enfermería y su equipo incorporen medidas o estrategias para mejorar la adherencia del paciente a los cuidados ofertados en el CESFAM. Un cuidado de enfermería es de calidad cuando procura el rescate de aquellos que, requiriendo un cuidado de salud, no son receptores de las prestaciones de salud garantizadas, con la intención de integrarlos conforme a sus necesidades de cuidados. Por esta razón, algunos CESFAM realizan estrategias como entrega de medicamentos mensuales y órdenes de exámenes, a pesar de la inasistencia del paciente a su control de salud, con el fin de que ellos se reintegren a los controles. En este tipo de cuidado surgen las estrategias que favorecen la adherencia al tratamiento farmacológico y control, además de la promoción de la autonomía y el empoderamiento del autocuidado en el paciente. El desarrollo de estas estrategias se convierte en una innovación en el cuidado, para evitar el escenario no deseado en esta población, es decir, una persona no adherente al control y tratamiento, sin control metabólico y con complicaciones de tipo renal, vascular y otras. Para ello, se requiere una enfermería que lidere la transformación de un cuidado dirigido a la cobertura universal de salud en pacientes con DM 2 que asisten al control de salud, a un cuidado dirigido a la Cobertura Universal Efectiva de esta enfermedad. La innovación en el cuidado posee un alcance mayor a un cuidado basado en metas sanitarias o en IAAPS, pues consiste en pensar en una cobertura universal para la población más vulnerable, es decir, son las acciones o interacciones dirigidas a la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, pero así

también, en la incorporación de estrategias que enriquezcan o fortalezcan el cuidado, para que éste sea significativo y efectivo en el paciente. Esta innovación tiene por finalidad alcanzar un mayor control metabólico en los pacientes diabéticos, evitando o retrasando la aparición de complicaciones asociadas a la enfermedad, e incorporando en esto a la población estimada con DM 2. En este sentido, es importante que enfermería conozca a la población con diagnóstico de DM 2, con el fin de intervenir en el entorno comunitario.

Las acciones o interacciones antes señaladas que integran un cuidado de calidad, es decir, un cuidado autónomo, continuo, y diferenciado, están en permanente interacción con las condiciones contextuales y causales, lo cual ocasiona efectos de diversa índole. Esto quiere decir que la manifestación de un cuidado de calidad se observará, y por tanto medirá, en aspectos que para enfermería son fundamentales.

Manifestación de la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2

Las manifestaciones de una calidad del cuidado se aprecian directa e indirectamente en la persona con diagnóstico de DM 2, y corresponden a las consecuencias que surgen de la interacción entre estructura y proceso de los fenómenos "autonomía profesional"; "continuidad en el cuidado"; y "cuidado diferenciado". La manifestación directa en el persona con diagnóstico de DM 2 tiene relación con el cuidado recibido en la prestación de

salud garantizada, o en la innovación del cuidado. En cambio, la manifestación indirecta se asocia con la relación interpersonal de ayuda que la enfermera establece con el paciente. Por tanto, la calidad del cuidado se expresará en acciones concretas durante la atención del paciente, y en aspectos de mayor abstracción como la relación interpersonal de ayuda. Ambos son factibles de medir, pero distintos en cuanto a su alcance, abordando en conjunto la integralidad del cuidado.

Respecto a la manifestación directa en la persona con diagnóstico de DM 2, los profesionales de enfermería consideran importante el empoderamiento del paciente en el autocuidado, la identificación de factores de riesgo en él, la transformación de hábitos y el tiempo destinado a las necesidades del paciente, entre los efectos principales. Por esta razón, la educación de la persona con diagnóstico de DM 2 es fundamental en un cuidado de calidad, y consiste en que ella se haga responsable de su propio cuidado, favoreciendo la no dependencia a los equipos de salud, es decir, la autonomía de la persona con diagnóstico de DM 2, fomentando la responsabilidad y toma de decisiones respecto a su autocuidado. Se interviene para que la persona tome decisiones independientes en aspectos propios a la enfermedad (empoderamiento parcial del autocuidado), y en aspectos de promoción de la salud y prevención de enfermedades (empoderamiento integral del autocuidado). Se considera importante la identificación de factores causales o condicionantes de una descompensación metabólica ($HbA1c > 7\%$), interviniendo para crear nuevos

hábitos o para fortalecer los factores protectores, evitando así una descompensación o complicación. Las enfermeras se enfocan en la creación de nuevos hábitos en el paciente y familia, con el fin de alcanzar el control metabólico, y evitando o retrasando la aparición de complicaciones asociadas a la enfermedad. En el contexto de la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, es fundamental la implementación de estrategias dirigidas a la población estimada con DM 2, expresado en una visita domiciliaria, actividades comunitarias de pesquisa a personas con DM 2, u otros.

La dinámica del control de salud, en lo relativo a la cantidad de registros que debe completar el profesional de enfermería en el tiempo establecido (rendimiento), dificulta el establecimiento de una relación enfermera-paciente efectiva, pues se prioriza en dejar registro de lo solicitado por el sistema, reduciendo el tiempo de dedicación a la persona y sus respectivas necesidades. Se percibe como aspecto importante de la calidad, que la enfermera respete el rendimiento asignado, con el fin de abordar los aspectos en los que debe intervenir (cuidado integral): evaluación de exámenes; educación; medición de parámetros antropométricos y clínicos; evaluación de la vigencia de las prestaciones; y responder a consultas del paciente. De esta manera, las enfermeras consideran que la calidad del cuidado involucra una visión integral, y no solamente el logro del indicador metabólico deseado ($HbA1c < 7\%$), pues se acompaña de aspectos que dan cuenta de un autocuidado en el paciente, tal como: adherencia al cuidado, control y tratamiento; no aparición de

descompensación metabólica; y no aparición de complicaciones. Estos efectos se deben, principalmente, a la intervención educativa realizada por la enfermera. Una intervención que involucra un cuidado diferenciado, donde enfermería contribuye como facilitador o colaborador del paciente, para hacerlo consciente de su enfermedad. Una comprensión parcial de la persona sobre su enfermedad, hace que perciba su necesidad de cuidado acudiendo al control, pero, finaliza su comprensión en ese ámbito, sin entender su responsabilidad de autocuidado. Enfermería interviene para que la persona incorpore acciones de autocuidado. Esto significa que el paciente asiste a su control, pero, además implementa un autocuidado integral, en tanto a cuidados en el tratamiento farmacológico, estilos de vida y cuidados de los pies, entre otros. Para ello, la retroalimentación activa es clave durante la oferta del cuidado, identificando el tipo de autocuidado realizado por la persona, la pesquisa de aspectos falentes, e incorporando la corrección de manera inmediata.

Por otra parte, la manifestación indirecta de una calidad del cuidado en el persona con diagnóstico de DM 2 tiene directa asociación con la relación interpersonal de ayuda, que implica aspectos como la empatía profesional, el estar presente para el paciente, la comunicación establecida con la persona que adolece de DM 2, y el refuerzo positivo que la enfermera realiza durante el cuidado. Las enfermeras perciben de importancia una actitud como la escucha activa, el contacto visual, y el centrar al paciente en su problemática y percepciones sobre éstas, dando respuesta a sus inquietudes y necesidades,

pues conlleva a que la persona sienta la confianza en el profesional que le atiende. Cuidar estableciendo una relación interpersonal de ayuda con estas características, permite que el paciente entregue información fidedigna, aunque esto signifique sincerarse sobre un inadecuado cuidado en el tratamiento u otro. Esta empatía con el paciente genera en ellos confianza, información fidedigna en el control, simpatía, seguridad, satisfacción, y comprensión de la educación, entre otros.

Que enfermería esté presente involucra estar visible en el contexto sanitario, pero, así también, que su quehacer sea valorado como fundamental para alcanzar la compensación del paciente. Por tanto, consiste en la presencia activa de la enfermera como profesional dedicado al cuidado de una persona con diagnóstico de DM 2. Involucra el estar presente en intervenciones destinadas a mejorar la cobertura efectiva, e intervenciones de promoción y prevención en la población en control. Se considera relevante la visibilidad del rol de enfermería en las dimensiones asistencial, administrativo, educativo e investigativo, lo cual permite la distinción como profesional encargado del cuidado, evitando la confusión del mismo con otros profesionales o funcionarios del establecimiento. Además, es necesario que esta presencia activa se acompañe de un lenguaje de fácil comprensión, es decir, un lenguaje familiar y significativo para el paciente. Por esta razón, un cuidado de calidad establece un lenguaje que es más que la entrega de información verbal o escrita durante el control de salud, pues, considera los fundamentos para la resolución de las

necesidades en el paciente, las cuales pueden ser cognitivas, afectivas u otras. Se considera importante que la persona con diagnóstico de DM 2 sea capaz de interactuar con la enfermera durante la atención de salud, o bien, en otra instancia que permita un acercamiento, con el fin de resolver dudas, o dialogar respecto a sus cuidados. Un aspecto importante dentro de la calidad del cuidado de enfermería corresponde al refuerzo positivo realizado al paciente, debido a las acciones promovedoras de la salud que éste realiza. Las enfermeras realizan estas acciones para alentar a la persona con diagnóstico de DM 2 en el logro de objetivos propuestos.

Afirmaciones Teóricas

A continuación, se exponen las afirmaciones teóricas que son expresadas conforme a la convergencia de los elementos propios al metaparadigma de enfermería (enfermería, salud, paciente y entorno).

De tipo estructurales: Incorpora los componentes enfermería y entorno.

1.- La calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2 requiere la expresión de un cuidado autónomo, continuo, y diferenciado, que se dará en condiciones contextuales relacionadas con aspectos propios al sistema de salud, a la red asistencial, a la Institución, al profesional de enfermería, y a la persona que adolece de DM 2.

2.-La calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2 requiere la expresión de un cuidado autónomo, continuo, y diferenciado, que surgirá bajo las condiciones causales relacionadas a una autoimagen profesional.

De tipo proceso: Incorpora los componentes enfermería, entorno y salud.

1.- La calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, expresado a través de un cuidado autónomo, continuo, y diferenciado, conlleva al ejercicio (quehacer) de un rol profesional, manifestado en la ejecución de prestaciones de salud garantizadas, y en un cuidado innovador dirigido a la población estimada con DM 2.

De tipo resultado: Incorpora los componentes enfermería, entorno, salud y persona.

1.- El quehacer del profesional de enfermería ocasionado por un cuidado autónomo, continuo, y diferenciado, genera efectos dirigidos a una Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. Estos efectos se expresan directamente en el cuidado de la persona con DM 2, e indirectamente, a saber, en la relación de ayuda entre la enfermera y la persona con diagnóstico de DM 2.

4.1.2.2. Percepción de los pacientes.

Para explicar el fenómeno de la “percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2” se realizó la codificación de conceptos, con la integración de éstos en categorías, para, posteriormente, efectuar cuatro principales acciones: comparando incidentes por categorías; integrando las categorías de acuerdo a sus propiedades; delimitando la teoría; y finalmente escribiendo la teoría. Se recolectó y analizó la información realizando triangulación de técnicas, de datos y de investigadores. Se respetaron los principios de la teoría fundamentada con la aplicación del método de comparación constante y la utilización de un muestreo teórico⁷, es decir, recolectando, analizando y comparando los datos paralelamente y no linealmente, además de no estimar a priori el número de participantes.

Las cuatro etapas observadas en la Ilustración N°22 grafican lo cíclico del proceso de recolección y análisis de datos, lo cual fortaleció la explicación de los principales fenómenos (categorías) que surgieron en esta percepción de calidad. Si bien las etapas, en lo que respecta a recolección de datos, se ubicaron en tiempos específicos, esto no determinó que los análisis se hicieran linealmente, sino bien, existió una permanente comparación de los datos durante todo el proceso. Tal como es evidenciado en la Ilustración N°22, los análisis de las entrevistas en profundidad no fueron lineales, sino, por medio del

método de comparación constante, éstos transitaron bidireccionalmente entre la primera y última entrevista en profundidad:

Ilustración N° 22: Proceso de recolección y análisis de datos en la percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. 2016-2017.



Fuente: Elaboración propia a partir del proceso de recolección y análisis de datos.

La muestra contempló la participación de 17 personas con diagnóstico de DM 2, y en control en un centro de salud de APS. 15 pertenecían al género femenino y 2 al masculino, con un promedio de 56 años de edad y con un promedio aproximado de diagnóstico de 13 años. De ellos, 5 se encontraban en tratamiento con insulina y 12 sin tratamiento de insulina.

Los primeros participantes fueron seleccionados intencionalmente en los establecimientos de APS donde se realizó la observación no participante, pero en la medida que la Microteoría emergió, éstos fueron seleccionados según el muestreo teórico, hasta lograr la saturación de las categorías. A diferencia de lo realizado con las enfermeras, las primeras entrevistas en profundidad y los dos

grupos focales se realizaron con sentido exploratorio, puesto que las categorías emergentes aún no saturaban. Las últimas dos entrevistas se desarrollaron como técnica confirmatoria, trabajando allí la evaluación de la estructura teórica formulada y la identificación de los conceptos subyacentes y dimensiones, lo cual es fundamental para el diseño de indicadores de estructura, proceso, resultado e impacto. Para resguardar la anonimización, la tesista como investigadora principal fue la única responsable de conocer la identidad de los entrevistados. Por esta razón se procedió a modificar el nombre de la persona en la transcripción de la entrevista, y a codificar los documentos primarios en el software Atlas ti, versión 7.5.7, tal como se muestra en el Cuadro N°7:

Cuadro N° 7: Codificación de los documentos primarios utilizados en la codificación de la percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.

Documento Primario	Código asignado
Entrevista Paciente N°1	EP1
Entrevista Paciente N°2	EP2
Entrevista Paciente N°3	EP3
Entrevista Paciente N°4	EP4
Entrevista Paciente N°5	EP5
Entrevista Paciente N°6	EP6
Entrevista Paciente N°7	EP7
Grupo Focal Pacientes N°1	GFP1
Grupo Focal Pacientes N°2	GFP2

Fuente: Elaboración propia

En la percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, destaca el fenómeno del acceso a una relación de cuidado, que se convierte en la categoría central de la Microteoría sustantiva “percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado

de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2". Se describe a continuación el recorrido metodológico sustentado en la teoría fundamentada, según la postura de Strauss y Corbin (1990), señalados en el libro "Basic of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory".

CODIFICACIÓN ABIERTA:

Se identificaron 71 conceptos representados en 71 códigos de la unidad hermenéutica trabajada en el software Atlas ti, versión 7.5.7. Para ellos se confeccionaron notas de codificación, teóricas y/u operacionales. En las notas de codificación se identificaron las propiedades y dimensiones de los conceptos, y en las notas teóricas y/u operacionales se realizaron las reflexiones, comparaciones e interrogantes para las próximas entrevistas individuales o grupales. Se realizó una red semántica que permitió establecer una relación inicial entre las propiedades y dimensiones de los conceptos, lo cual se convirtió en el paso previo de la codificación axial. Los conceptos emergieron de un microanálisis textual de los datos, línea por línea, exhibiendo mayor frecuencia los conceptos: "necesidad de ser educados"(14 citas); "adaptación al autocuidado" (12 citas); "conciencia de la enfermedad" (11 citas); "conciencia en la alimentación" (10 citas); "empatía percibida por el paciente" (10 citas); y "creencias propias del paciente" (8 citas).

Del concepto “necesidad de ser educados”, las citas abordan la expresión y sentido del paciente sobre su deseo de adquirir conocimientos y habilidades que le preparen para un adecuado autocuidado en la DM 2. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“¿Cómo te podría decir?...de las charlas, que le enseñen, porque hay muchos pacientes, muchos pacientes, de que por ser, no saben cómo inyectarse la insulina. No saben cómo que, qué es un diabético, porque hace poco nosotros tuvimos una charla y nos preguntaron, tuvimos que llenar unas hojas, de cómo nos gustaría que fuera, y ahí nosotros planteamos”.(EP2-73).

-“Por ejemplo, que ella me dijera los cuidados, todas esas cosas pues. Por ejemplo, muchas veces, a veces uno, por ejemplo yo hoy día, cuando me hizo el test de este...”.(EP3 -66).

-“Sacar la educación a la calle, hay mucha gente que viene acá de paso, mucha gente que no sabe leer, mucha gente, entonces hay que sacar la educación a la calle, hay que educar a la gente”. (GFP1-351).

Del concepto “adaptación al autocuidado”, las citas abordan los aspectos que el paciente ha modificado por la adaptación al autocuidado. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Yo digo, esta enfermedad maldita que tengo, que no me deja independizarme, porque yo acostumbraba a trabajar”.(EP2-104).

-“Sí, lo sabía, pero no lo hacía. Claro, porque de repente uno como enferma es terca. Si uno dice: “ah, no, si no me va a pasar”. Pero yo le doy gracias a la enfermera, que como te digo, ella me enseñó a tomarme las pastillas, y qué es lo que tengo que comer, y cada cuántas horas tengo que comer, porque yo era muy desordenada”. (GFP1-29).

-“Pero, ¿sabe usted?, que me acostumbré, me costó, pero me acostumbré. Yo no podía almorzar sin el pan, yo era la que sacaba el pancito y lo untaba en el juguito, que sé yo, al final me acostumbré a almorzar sin pan, me acostumbré. Hay mucha gente que le pasa que hasta el día de hoy no se acostumbra”. (GFP1-366).

Del concepto “conciencia de la enfermedad”, las citas manifiestan situaciones y expresiones sobre la conciencia del paciente frente a la DM 2. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-““La hemoglobina no la ha bajado, todo lo contrario, la ha subido”, me sentí mal. (...) me mandó a hacer los exámenes y me los hicieron ahora el 4 de enero, y en febrero la veo a ella. Pero yo sé que estoy bien, porque me estoy haciendo, me estoy tomando las glicemias y me siento bien”. (EP1-20).
-“Porque como que a uno, al menos a mí me aburre que siempre lo mismo, que uno debe cuidarse los pies, que tiene que cuidarse su alimentación”.(EP2-65).
-“La culpa es de uno mismo, porque si a usted le prohíben la sal, le prohíben el azúcar y usted está todo lo contrario. Por ejemplo, a mí los doctores, todos me han dicho que yo deje la sal. La azúcar, ahora estoy tomando ese líquido no más, pero la sal no la dejo. Para mi hipertensión eso no es bueno”.(EP3-128).

Del concepto “conciencia en la alimentación”, las citas hacen referencia a las creencias y acciones relacionadas a un autocuidado en la alimentación. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Ahora yo sé porque estoy bien, yo me hago todas las mañanas las glicemias, todas las mañanas, y me sale 118, 128. Cuando ya me sale 140 yo me siento mal y digo: “¿por qué?, ¿qué comí ayer?”. Un día hice ensaladas de poroto y con cebollita, cilantro, tomate, así bien contundente. Y le puse harto limón, y sabe que me subió a ciento cincuenta y tanto la glicemia, y yo dije: “¿por qué habré comido?”...”.(EP1-44).
-“Y que es una glicemia mal cuidada, porque por ser, yo en mi caso, yo sé que la bebida es veneno para la, para un diabético, pero yo la tomo igual”. (EP2-85).
-“Pero según la alimentación, porque si come poquito, pero no come fruta, no come verduras, esas cosas, entonces le va perjudicando”.(EP3-120).

Del concepto “empatía percibida por el paciente”, las citas abordan las diferentes experiencias y expectativas que tiene el paciente. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Yo pienso que debe tener psicología para tratar al paciente, psicología. Porque, porque tú, si tú, ya como enfermera, tú te estás dando cuenta cómo voy yo, si uno ve que el paciente va asustado, decir: "mire, ¿sabe?, que este control se trata de esto, de este otro". Ir con psicología, porque a veces no, no tratan bien”. (EP2-145).
-“Estamos hablando de la función psicológica de la enfermera. Que vea como viene el paciente, si viene muy bajoneado, o bueno de ánimo, es parte del conocimiento de la enfermera”. (GFP1-216).
-“Que la atendieran con más amabilidad, que sean más preocupadas, por ejemplo que a veces uno tiene esa preocupación, por ejemplo: “¿cómo durmió anoche, cómo están sus pies, cómo se siente en este momento?””. (EP5-33).

Del concepto “creencias propias del paciente”, las citas abordan las diferentes creencias de la persona con DM 2. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Siempre me han hablado que debo tener cuidado con el pie diabético, pero yo le digo: "yo me cuido, primero pidiéndole a Dios, y en segundo lugar, que soy buena para tomar el famoso matico””. (EP2-67).
-“Entonces yo era terca: “no me tomo la pastilla no más”. Al final me hice un daño, en vez de bajar, iba subiendo”.(GFP1-33).
-“Ella toda la comida con jengibre, ¿y cómo se llama lo otro?, ¡Cúrcuma!. Esas dos cosas a nosotros nos han bajado el nivel del azúcar. Porque es picante, pero picado no se siente”.(GFP1-263).

En este tipo de investigación la frecuencia no es determinante, es decir, no se está interesado en las veces que emerge el concepto o categoría, sino bien, interesa cómo varían dimensionalmente, esto es, que por medio del

microanálisis se alcance una mayor densidad. Así se obtiene una mejor comprensión de las propiedades y dimensiones del fenómeno, las cuales exponen el rango de variabilidad existente. Considerando esto, a continuación se presentan algunos de los conceptos con mayor relevancia debido a su densidad, los cuales fueron claves para la conformación de las categorías axial, y por consiguiente la categoría central. Algunos de estos conceptos son: “disponibilidad de horas”; “tiempo de espera”; “necesidad de ser educados”; “aprendizaje significativo”; “educación centrada en saber hacer”; y “retroalimentación profesional”. A continuación se presentan los conceptos con sus citas respectivas, con excepción de “necesidades de ser educados”, el cual ha sido descrito con anterioridad.

Del concepto “disponibilidad de horas”, las citas abordan la expresión y sentido de esta categoría, respecto a la disponibilidad horaria para acceder al cuidado de enfermería. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Y en abril fui porque me dieron una hora. Fui y la enfermera salió con prenatal. En junio fui y me volvieron a dar hora, fui y la enfermera estaba enferma, entonces en todo el año no me vieron, hasta que usted me vio octubre-noviembre. No sé si ese día le conté que había tenido problema para ver a la enfermera”.(EP1-06).
-“Porque claro, si nosotros tuviéramos que venir a pedir hora para controlarnos, estoy seguro que no iría ni la mitad”.(GFP1-287).
-“Otros se levantan a las seis de la mañana, y no tienen con quien dejar a su hijo, y lo traen porque está resfriado. Se pega todo el frío el cabro, se les va más enfermo. Sí, eso se da”.(GFP1-344).

Del concepto “tiempo de espera”, las citas abordan las situaciones que el paciente enfrenta para acceder a una atención de enfermería. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“En el sentido de que llegué, una pérdida de tiempo, estuve esperando, después en la, entrar, y estar aguantando que la niñita y que la niñita y que lloraba y que lloraba”. (EP5-27).
-“O sea, y si te dicen a tal hora lo vamos a atender, a tal hora que sea, es un sueño...”.(EP5-35).
-“Tiempo de espera. Es un sueño, digamos que se ve tan lejano a poder realizar, pero si yo pudiera mover, me entiendes tú, muñequear si se quiere decir, yo ya lo hubiera hecho. Considero que esa es una falta de respeto impresionante”.(EP5-37).

Del concepto “aprendizaje significativo”, las citas manifiestan el tipo de aprendizaje que se convierte en significativo para el paciente. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Incluso a uno le dijeron:“mire, la insulina se puede inyectar en los brazos, piernas, todo eso”. Incluso, a nosotros nos dieron un dibujito, ¿ya?, donde teníamos que pintar dónde nos gustaría inyectarnos, y eso nosotros teníamos que pegarlo en el refrigerador. Como te decía, nos explicaron cada cuántos centímetros era en la guatita, que la manito había que ponerla ahí, nos mostraron con una naranja”.(EP2-128).
-“Porque, como te decía, te explican en relación al pie diabético, a la alimentación, lo que no me gusta son las atenciones médicas”.(EP2-135).
-“Ahora, lo otro, fomentar clases de alimentación saludable, no sé po, que llegue un chef a nosotros que somos diabéticos, a preparar esto, mira aquí hay un cuaderno. Pero seamos realistas, nadie preparara lo que dice un libro, si no que aprenderlo”. (GFP1-251).

Del concepto “educación centrada en saber hacer”, las citas expresan el sentido de este tipo de educación. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Es que de partida la enfermera le enseña al paciente cómo inyectarse”.(GFP1-35).
-“El joven que estaba acá, a mí me enseñó un día, porque yo no sabía ni ponérmela”.(GFP2-70).
-“Yo lo hacía así, claro, pero, porque el joven, este joven de acá, porque a mí nunca nadie me enseñó”.(GFP2-72).

Del concepto “retroalimentación profesional”, las citas declaran situaciones y expresiones sobre el sentido de esta retroalimentación. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Sí, me gustó, porque nos enseñaron cómo debía inyectar, nos explicaron bien el cómo, incluso hicimos el ejemplo con una naranja, con la jeringa. Todo, así que eso nos explicaron”. (EP2-94).
-“No, es que cuando uno tiene dudas, uno le pregunta”. (GFP1-109).

En este tipo de codificación se vincularon los diferentes conceptos que emergieron, formando una red semántica, y en la codificación axial se analizaron en profundidad sus propiedades y dimensiones para la conformación de las respectivas categorías. Debido al nivel de análisis alcanzado en esta etapa, la red semántica evidencia conceptos relacionados sin lograr una cabal comprensión teórica del fenómeno observado.

CODIFICACIÓN AXIAL:

En esta codificación se realizaron dos etapas. La primera permitió identificar 15 categorías iniciales producto de un microanálisis conceptual, representadas en 15 familias de códigos en la unidad hermenéutica del programa Atlas ti, versión

7.5.7. Para ellas se realizaron notas de codificación, teóricas y/u operacionales. En las notas de codificación se identificaron las propiedades y dimensiones de las categorías, y en las notas teóricas y/u operacionales se realizaron las reflexiones, comparaciones e interrogantes para las próximas entrevistas individuales o grupales. En el Cuadro N°8 se evidencian las 15 categorías iniciales.

Cuadro N° 8: Categorías iniciales en la codificación axial de la percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.

N°	Categorías Iniciales
1	Acceso
2	Aprendizaje en el paciente
3	Buen trato
4	Cambio conductual
5	Competencias en el profesional
6	Continuidad
7	Cuidado en la comunidad
8	Discrepancia profesional
9	Entorno sociocultural
10	Estado emocional previo
11	Experiencias previas
12	Significado de pares
13	Sistema de creencias
14	Valor asignado a intervención
15	Vocación

Fuente: Elaboración propia

En la segunda etapa de esta codificación se reconstruyó lo realizado en la primera etapa, comparando incidentes por categorías e integrando las categorías de acuerdo a sus propiedades. Se concluyó con la definición de 11 categorías finales: **“acceso al cuidado”**; **“aprendizaje significativo”**; **“competencias profesionales”**; **“continuidad del cuidado”**; **“creación de nuevos hábitos”**; **“cuidado en comunidad”**; **“cuidado significativo”**; **“entorno**

sociocultural y creencias"; **estado emocional**"; **experiencia previa**"; y **vocación profesional**". De estos se identificaron las categorías axiales, a saber: **acceso al cuidado** y **aprendizaje significativo**". Esto se observa en la Ilustración N° 23. Las restantes se vincularon como subcategorías del fenómeno observado, otorgando claridad adicional y especificidad a la categoría⁵, pues respondían a las preguntas "¿cuándo?", "¿dónde?", "¿por qué?", "¿quién?", "¿cómo?" y "¿con qué consecuencias?". Las subcategorías permitieron una mayor explicación de los fenómenos. De esta forma, y tal como es señalado por Strauss y Corbin⁷, las categorías y subcategorías se vincularon en un paradigma, donde se conforma la estructura, proceso, y respectivas consecuencias del fenómeno "percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2".

Ilustración N° 23: Categorías axiales en la percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.

N°	Categorías Finales	
1	Acceso al cuidado	→
2	Aprendizaje significativo	
3	Competencias profesionales	
4	Continuidad del cuidado	
5	Creación de nuevos hábitos	
6	Cuidado en comunidad	
7	Cuidado significativo	
8	Entorno sociocultural Y creencias	
9	Estado emocional	
10	Experiencia previa	
11	Vocación profesional	

Categorías axial

Fuente: Elaboración propia, a partir de la codificación axial de los datos.

Categorías en la Codificación axial:

-Acceso al cuidado: Está compuesto por la categoría inicial "acceso", y consiste en el fenómeno del acceso al cuidado de enfermería en la APS. Esta categoría se relaciona con dos principales aspectos. El primero de ellos está vinculado con la admisión, destacando la disponibilidad horaria, disponibilidad de atenciones profesionales y tiempo de espera. El segundo aspecto tiene relación con las estrategias de acceso al cuidado, dirigidas a mejorar la adherencia al mismo.

De esta manera, un factor reconocido como importante en el acceso es la disponibilidad, sea de horas enfermeras, y también la disponibilidad de tipo horario. Esto es fundamental y requisito previo para alcanzar una Cobertura Universal Efectiva, pues considera el acceso de la población que asiste al CESFAM, y de aquellos que no forman parte de la población atendida en estos establecimientos de salud. El acceso es afectado por diversos factores, por esta razón, son apreciadas las estrategias que utiliza el CESFAM al permitir el acceso más expedito en este grupo de pacientes. Si bien, no todos poseen la misma experiencia, se reconoce el esfuerzo de los CESFAM y/o equipos como fundamentales para favorecer la adherencia de los pacientes al cuidado de enfermería. Aquí destacan las citaciones telefónicas y citaciones a domicilio, lo cual favorece la adherencia al control de salud y la exposición del paciente al cuidado de enfermería. Se concibe un cuidado de calidad como aquel que promueve y gestiona los factores que intervienen en el acceso, impulsando la

adherencia de la población estimada con DM 2, pero sin participación en el CESFAM.

El fenómeno del acceso al cuidado es comprendido por medio de otras categorías, que en el contexto de este fenómeno se convierten en subcategorías, formando parte de su estructura, proceso y consecuencias. Por tanto, para comprender se debe responder a las preguntas "¿cuándo?", "¿dónde?", "¿por qué?", "¿quién?", "¿cómo?" y "¿con qué consecuencias?". La primera interrogante hace referencia a las condiciones contextuales que forman parte de la estructura, entre ellas surge: "**entorno sociocultural y creencias**"; "**estado emocional**"; "**experiencia previa**"; y "**vocación profesional**". La interrogante "¿dónde?", se responde al circunscribir el fenómeno al CESFAM y comunidad en el supuesto de intervenciones fuera del establecimiento. El "¿por qué?", es respondido por medio de las condiciones causales, que de igual manera forman parte de la estructura. En este caso es respondido por la subcategoría "**competencias profesionales**". La pregunta "¿quién?", se relaciona con el receptor de cuidado, esto es, el paciente con DM 2, y el "¿cómo?", es resuelto por medio de dos importantes subcategorías. Por una parte, surge la "**continuidad del cuidado**", y por otra parte, el "**cuidado en comunidad**", que principalmente da respuesta a la Cobertura Universal Efectiva, es decir, incorporando a la población que no asiste al CESFAM. Estas subcategorías forman parte del proceso, es decir, de las acciones e interacciones que se desarrollan en la explicación del fenómeno de estudio. Las

consecuencias son entendidas al responder a la última interrogante planteada, y se asocia con la “**creación de nuevos hábitos**” y el “**cuidado significativo**”. La Ilustración N°24 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 24: Red semántica de la categoría Acceso al cuidado.



Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

-Aprendizaje significativo: Esta categoría está compuesta por la categoría inicial "aprendizaje en el paciente", e involucra como fenómeno el aprendizaje que alcanza la persona con DM 2. Los pacientes reconocen la importancia de ser educados para un correcto autocuidado. Para ello, requieren de una intervención educativa integral que ocasione un aprendizaje significativo. Esta intervención se dirige al reconocimiento de la realidad del paciente, actuando sobre sus necesidades educativas, en tanto al saber y al saber hacer.

Lo anterior requiere la utilización de un lenguaje comprensible para el paciente, además de motivarlos permanentemente en el logro de objetivos o metas. Es

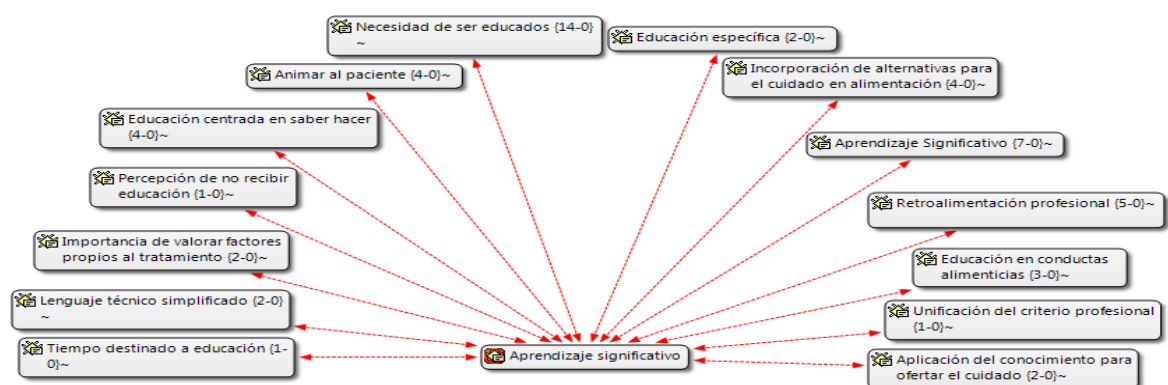
sustancial una estandarización en el criterio profesional, pues otorga seguridad y confianza en quien recibe el cuidado. Es valorada la retroalimentación realizada por el profesional, con la identificación de factores propios al paciente, permitiendo la oferta de un cuidado diferenciado.

Los aspectos abordados durante las intervenciones educativas van desde la alimentación, tratamiento, otros estilos de vida, y entre otros, habilidades motrices en la administración de insulina. De esta manera, el aprendizaje se dirige en transformar prácticas alimenticias más saludables, en mejorar la adherencia al tratamiento, y efectuar la aplicación de cuidados para prevenir complicaciones como pie diabético, u otras. Para estos efectos se incorporan como estrategias: el lenguaje comprensible; la incorporación de material educativo u otro; y la retroalimentación durante la intervención.

El fenómeno del aprendizaje significativo es comprendido por medio de otras categorías, que en el contexto de este fenómeno, se convierten en subcategorías, formando parte de su estructura, proceso y consecuencias. Por tanto, para comprender se debe responder a las preguntas "¿cuándo?", "¿dónde?", "¿por qué?", "¿quién?", "¿cómo?" y "¿con qué consecuencias?". La primera interrogante hace referencia a las condiciones contextuales que forman parte de la estructura, entre ellas surge: “**entorno sociocultural y creencias**”; “**estado emocional**”; “**experiencia previa**”; y “**vocación profesional**”. La interrogante "¿dónde?", se responde al circunscribir el fenómeno al CESFAM y comunidad en el supuesto de intervenciones fuera del establecimiento. El "¿por

qué?", es respondido por medio de las condiciones causales, que de igual manera forman parte de la estructura. En este caso es respondido por la subcategoría **“competencias profesionales”**. La pregunta "¿quién?", se relaciona con el receptor de cuidado, esto es, el paciente con DM 2, y el "¿cómo?", es resuelto por medio de dos importantes subcategorías. Por una parte, surge la **“continuidad del cuidado”**, y por otra parte, el **“cuidado en comunidad”**, que principalmente da respuesta a la Cobertura Universal Efectiva, es decir, incorporando a la población que no asiste al CESFAM. Estas subcategorías forman parte del proceso, es decir, de las acciones e interacciones que se desarrollan en la explicación del fenómeno de estudio. Las consecuencias son entendidas al responder a la última interrogante planteada, y se asocia con la **“creación de nuevos hábitos”** y el **“cuidado significativo”**. La Ilustración N°25 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 25: Red semántica de la categoría Aprendizaje significativo.

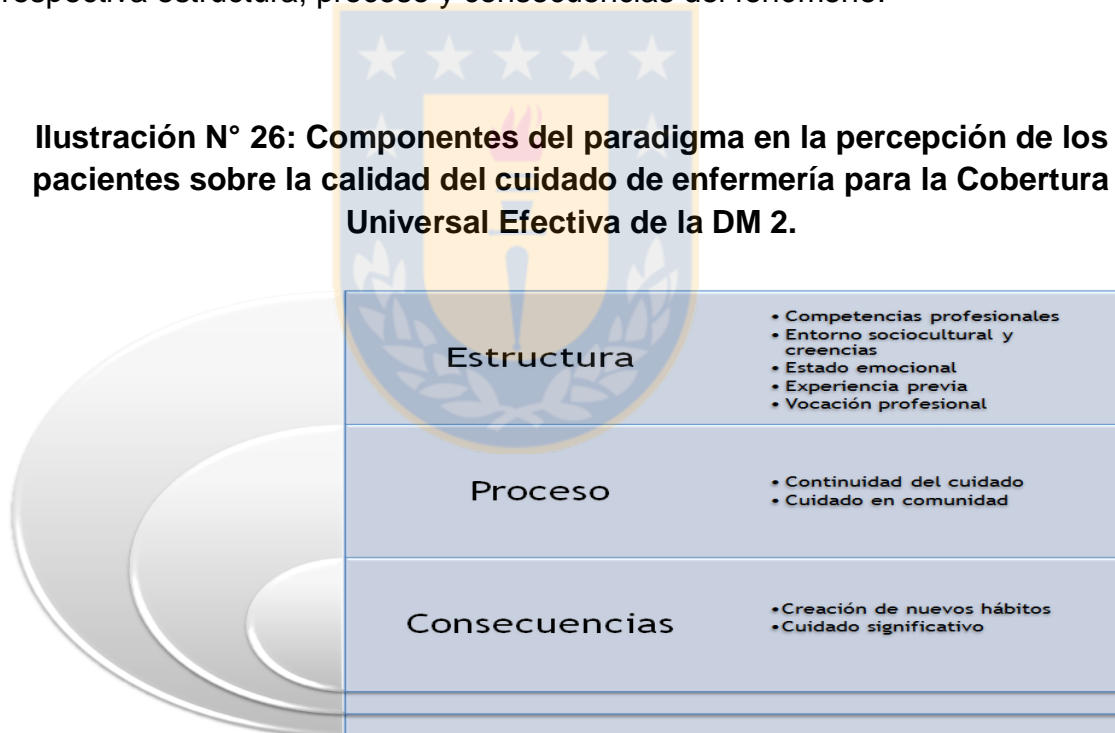


Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

Subcategorías en la Codificación Axial:

Tal como se ha señalado, estas subcategorías permiten una mayor explicación de los fenómenos principales de estudios, a saber: “acceso al cuidado” y “aprendizaje significativo”. Por medio de estas subcategorías los fenómenos explican el “¿cuándo?”, “¿dónde?”, “¿por qué?”, “¿quién?”, “¿cómo?” y “¿con qué consecuencias?”. La Ilustración N°26 contiene el paradigma, con su respectiva estructura, proceso y consecuencias del fenómeno.

Ilustración N° 26: Componentes del paradigma en la percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.

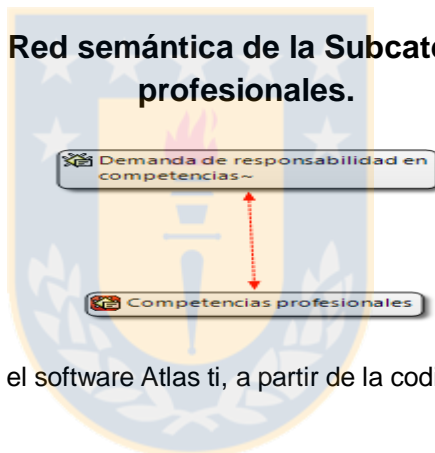


Fuente: Elaboración propia, a partir de los resultados obtenidos

Subcategorías de la estructura

-Competencias profesionales: Son las capacidades que el paciente considera que el profesional debe tener. Estas competencias le harán ejercer su labor, pero, también le permitirán definir los límites de acción responsablemente, derivando de forma oportuna y coherente con las necesidades del paciente. La Ilustración N°27 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 27: Red semántica de la Subcategoría Competencias profesionales.

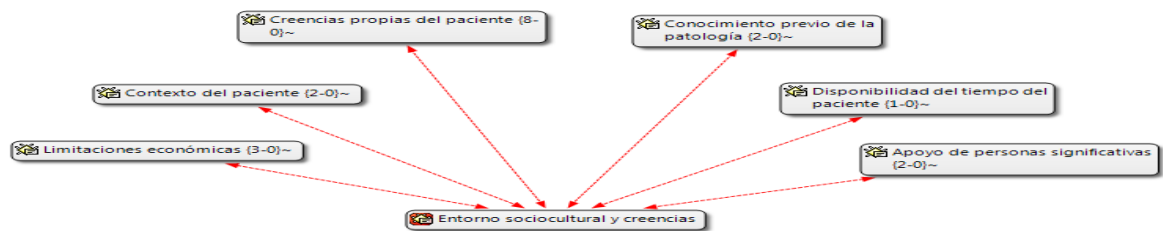


Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

-Entorno sociocultural y creencias: Aborda las condiciones sociales, culturales, económicas y de creencias o significados en el paciente. Es el entorno en el cual se desenvuelve la persona con DM 2, y por tanto se relaciona con características inherentes a ella. Estas condiciones acompañan a la persona durante la interacción de ella y el profesional de enfermería. Es fundamental que la enfermera reconozca este contexto y trabaje en función de ello, construyendo un autocuidado con participación activa del paciente. La

Ilustración N°28 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

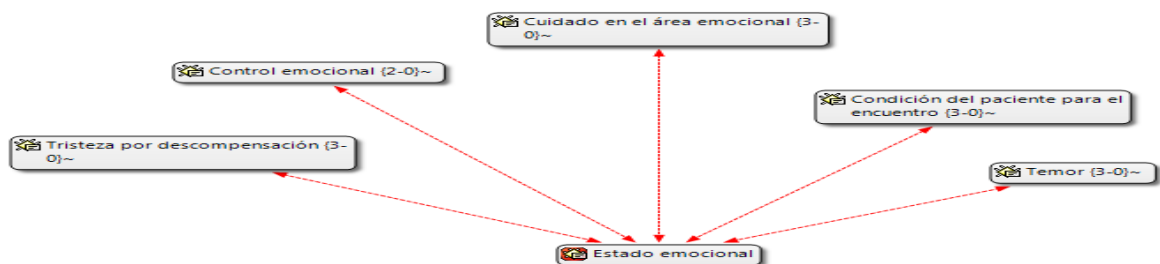
Ilustración N° 28: Red semántica de la Subcategoría Entorno sociocultural y creencias.



Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

-Estado emocional: Se refiere al estado o condición en que llega el paciente al encuentro con el profesional de enfermería. Este estado se circunscribe al área psicológica o emocional de la persona que recibe el cuidado y que llega al encuentro con el profesional, su experiencia respecto a lo que vive por la enfermedad, y su necesidad de cuidado en esta área. La Ilustración N°29 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

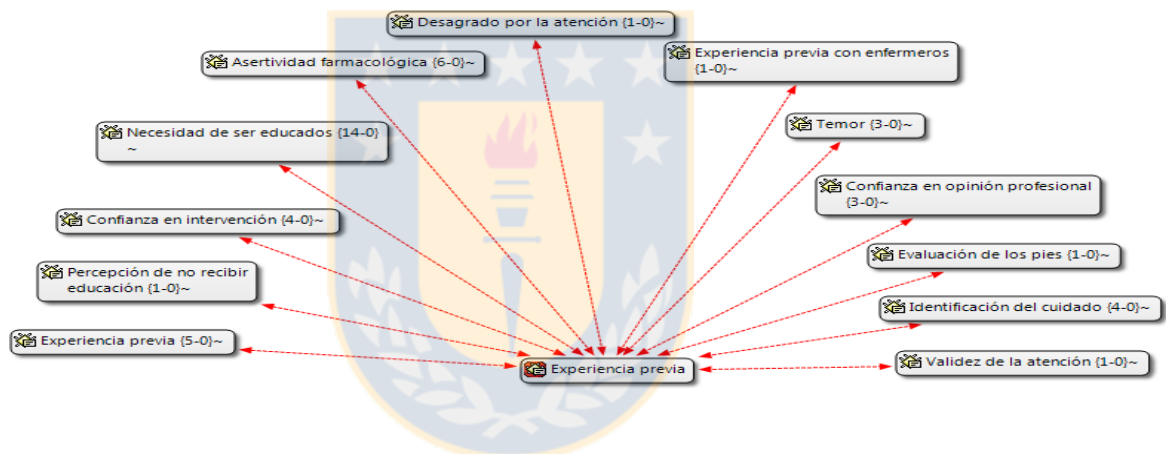
Ilustración N° 29: Red semántica de la Subcategoría Estado emocional.



Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

-Experiencia previa: Son las experiencias que ha vivido el paciente respecto a la atención con el profesional de enfermería y/o prestaciones de salud en el CESFAM u otra parte de la red de atención en salud. Estas experiencias influyen en su percepción actual, en sus expectativas, e incluso en su predisposición al encuentro con la enfermera. La Ilustración N°30 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

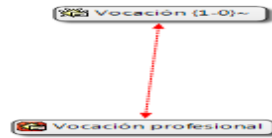
Ilustración N° 30: Red semántica de la Subcategoría Experiencia previa.



Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

-Vocación profesional: Esta es una característica que el paciente valora como una cualidad necesaria en el profesional de enfermería. Consiste en el fundamento para un cuidado de calidad, es decir, para cuidar con excelencia y centrando la atención en las necesidades de las personas. La Ilustración N°31 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 31: Red semántica de la Subcategoría Vocación profesional.

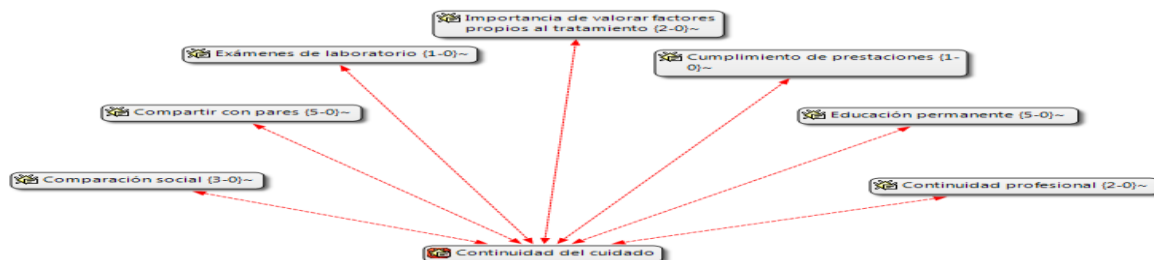


Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

Subcategorías del proceso

-Continuidad del cuidado: Consiste en el cuidado continuo que el paciente percibe como fundamental en un cuidado de calidad. Involucra la continuidad de atención por el mismo profesional, el cumplimiento de prestaciones de salud y una educación permanente, incorporando estrategias que conlleven a mejorar la continuidad del cuidado, sea éstas, la integración de pares que contribuyen a la aceptación y al establecimiento de metas en conjunto, además de la oferta de un cuidado específico para la persona, lo cual le permite establecer objetivos comunes entre el profesional y el paciente, favoreciendo la medición continua de su cumplimiento o alcance. La Ilustración N°32 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 32: Red semántica de la Subcategoría Continuidad del cuidado.



Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

-Cuidado en comunidad: Aborda el cuidado de enfermería en el paciente con DM 2, realizado fuera del CESFAM y en contacto directo con el entorno de las personas. Consiste en llevar el cuidado al espacio de la comunidad, realizando actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Esto se dirige a la población diagnosticada con DM 2, y a la población estimada con la enfermedad, pero que aún no ha sido diagnosticada e ingresada a las prestaciones de salud del CESFAM. La Ilustración N°33 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 33: Red semántica de la Subcategoría Cuidado en comunidad.



Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

Subcategoría de consecuencias

-Creación de nuevos hábitos: Trata de los efectos producidos por un cuidado de calidad, que posterior a la intervención de la enfermera, y en tiempos distintos para cada paciente, éste genera un cambio conductual, incorporando nuevos hábitos que favorecen su autocuidado. La Ilustración N°34 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 34: Red semántica de la Subcategoría Cuidado en comunidad.

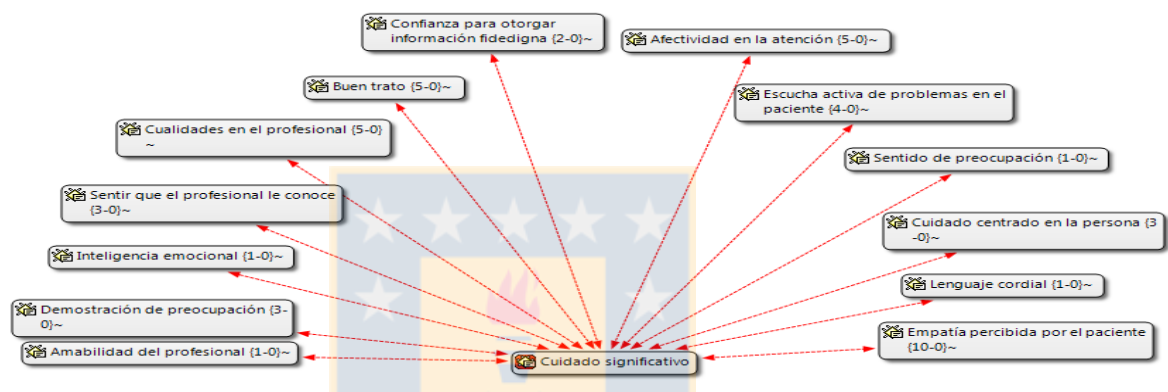


Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

-Cuidado significativo: Consiste en el cuidado significativo para el paciente, el cual se relaciona a una prestación de salud con las características de un buen trato o trato humanizado. Consiste en la oferta de un cuidado cuyo centro es el paciente y sus necesidades, reflejado en una atención con demostración de confianza e interés genuino en la persona. Tanto la amabilidad en los actos y

lenguaje es fundamental para el paciente, además de percibir que la enfermera le conoce, escucha y entiende. La Ilustración N°35 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 35: Red semántica de la Subcategoría Cuidado significativo.



Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

CODIFICACIÓN SELECTIVA:

- Identificación y delimitación del fenómeno:

La “percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”, consiste en la opinión de un grupo de 17 personas con DM 2, los cuales describen y explican la delimitación del fenómeno de estudio. Centran su atención en el cuidado de enfermería en el paciente con DM 2 realizado en la APS. Si bien los discursos describen experiencias propias o de terceros, la entrevista está orientada a establecer los límites de lo que ellos creen debería ser un cuidado de calidad en personas con

DM 2, tanto en aquellos que reciben un cuidado en la APS, como aquellos no inscritos y que forman parte de la población estimada con DM 2. De esta manera, se conoce la opinión de ellos sobre la naturaleza, características, y barreras que limitan la implementación de un cuidado de calidad en la cobertura efectiva de este grupo de pacientes.

Es así, que surge el “**acceso a la relación de cuidado**” como categoría central en la “percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”, descubriendo que dicha percepción nace desde la experiencia y significados de lo vivido como personas con DM 2. Esta categoría emerge de la conjugación de las categorías acceso al cuidado y aprendizaje significativo, las cuales fueron seleccionadas inicialmente en la codificación axial. Consiste en el acceso del paciente con DM 2 a la relación de cuidado ofertada por la enfermera en la APS. El acceso es un elemento clave en el contexto de cobertura universal de salud, por tanto, trabajar en él es primordial para una programación que considere un aumento de las coberturas. En este sentido, cuando un paciente con DM 2 accede a una relación de cuidado, se generan las condiciones para que éste reciba un cuidado de calidad. Conforme a esto, los pacientes perciben lo necesario de este acceso, el cual se relaciona con el tiempo de espera y el tiempo asignado durante la atención, la disponibilidad profesional, y el lenguaje familiar o significativo para el paciente. Este último es necesario de considerar, puesto que esta categoría hace referencia a una relación de cuidado centrada en una

intervención educativa, rol que es apreciado por el paciente y el cual demanda durante los distintos discursos de entrevistas. Esta necesidad de ser educado añade valor a la relación de cuidado. A continuación se observa la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

El “**acceso a la relación de cuidado**” es comprendido por los pacientes en el contexto de las prestaciones de salud garantizadas, esto es, consulta o control de salud; educación de grupo (talleres de educación grupal); y curaciones, especialmente en el primero de ellos, pues se convierte en la prestación de salud que mayoritariamente reciben. De igual manera, el “**acceso a la relación de cuidado**” es comprendido en las intervenciones dirigidas a la población estimada con DM 2, las cuales se convierten en propuestas para alcanzar un cuidado de calidad en la Cobertura Universal Efectiva, siendo éstas reconocidas como un cuidado en comunidad. La relación de cuidado que establece la enfermera con la persona, se convierte en un pilar fundamental en la oferta de un cuidado de calidad.

- **Argumento de la categoría central en el fenómeno:**

Conocer fenómenos como la calidad del cuidado, desde los conceptos asociados a cobertura, acceso, efectividad y satisfacción de necesidades en la población, es relevante para intervenir en políticas públicas, especialmente en patologías como la DM 2 que ocasiona un gran impacto familiar, sanitario y social. Esto es fundamental al considerar la alta proporción del cuidado en atenciones de salud de tipo preventiva y/o promocional. Que enfermería

explique, desde su disciplina, la calidad del cuidado en patologías que hoy son un grave problema en salud pública enriquece la oferta de cuidado, y además responde a desafíos globales como la Cobertura Universal Efectiva. Dado que en Chile la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2 es del 17,69%¹¹, con una alta participación de enfermeras en la atención de este grupo, sumado a la evidencia científica^{12,13} de su importante rol en el control metabólico de la enfermedad, es trascendental ofertar un cuidado de calidad conforme a lo señalado en esta Microteoría sustantiva [desde el acceso a la relación de cuidado], pues responderá al desafío sanitario de la Cobertura Universal Efectiva en esta población vulnerable.

Toda vez contrastadas las propiedades dimensionales de las dos categorías seleccionadas en la codificación axial, éstas son integradas en una categoría central llamada acceso a la relación de cuidado, necesaria para otorgar un cuidado de calidad. En la relación de cuidado que las enfermeras establecen con estos pacientes en la APS, participan diferentes aspectos que se convierten en condiciones para la expresión de un cuidado de calidad, surgen acciones e interacciones propias a la relación de cuidado, y se manifiestan consecuencias que emanan del mismo fenómeno. Para otorgar un cuidado de calidad dirigido a alcanzar una Cobertura Universal Efectiva en la DM 2, el acceso a la relación de cuidado se enfrenta a condiciones contextuales que forman parte de la estructura, entre ellas: entorno sociocultural y creencias; estado emocional; experiencia previa; y vocación profesional. Así también, enfermería enfrenta

condiciones causales, que de igual manera forman parte de la estructura, a saber, las competencias profesionales. Todas estas condiciones contextuales y causales se constituyen en subcategorías dentro de la Microteoría sustantiva, y forman parte de la estructura con la cual se relaciona la calidad del cuidado de enfermería. Dependiendo de las relaciones que establece este fenómeno con la estructura, se fomentará o inhibirá el acceso a la relación de cuidado, lo cual se evidenciará en acciones e interacciones que son propias a este tipo de cuidado, es decir, en la continuidad del cuidado y en un cuidado en comunidad, dirigidos a dar respuesta a una Cobertura Universal Efectiva, es decir, incorporando a la población estimada con DM 2. Tanto la continuidad del cuidado y el cuidado en comunidad son parte del proceso, que al estar en constante relación con la estructura producen consecuencias propias a esta relación, las cuales han sido identificadas como efectos en la creación de nuevos hábitos y en un cuidado significativo. El acceso a la relación de cuidado ha sido seleccionado como categoría central del fenómeno de estudio “percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”, puesto que por este acceso las acciones e interacciones se realizan por medio de una relación que ocasiona la creación de nuevos hábitos, y un cuidado significativo para el paciente, los cuales son necesarios para alcanzar la calidad en el cuidado.

Para comprender la Microteoría sustantiva de la “percepción del paciente sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la

DM 2”, es necesario definir los constructos sobre los cuales se explica el fenómeno que aborda. De la conceptualización de estos constructos y la relación de los mismos, surge el paradigma donde convergen la estructura, procesos y sus respectivas consecuencias.

ESTRUCTURACIÓN DE LA MICROTEORÍA SUSTANTIVA “PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA COBERTURA UNIVERSAL EFECTIVA DE LA DM 2”.

Definición de Constructos:

-Percepción de la calidad del cuidado: Consiste en la opinión de los pacientes pertenecientes a la APS respecto a la calidad del cuidado de enfermería. Este tipo de cuidado se circunscribe a la atención de una persona con DM 2. La identificación de la naturaleza, características y barreras de este fenómeno contribuyen a establecer sus límites.

-Cobertura Universal Efectiva: Consiste en la proporción de pacientes compensados metabólicamente respecto a la población total estimada con DM 2, según prevalencia de la enfermedad a nivel nacional. La compensación metabólica es evaluada por medio del parámetro clínico de hemoglobina glicosilada ($HbA1c < 7\%$).

-Acceso a la relación de cuidado: Consiste en el acceso de la persona con DM 2 a una relación de cuidado con la enfermera del establecimiento de APS.

Esta relación es valorada como significativa por el paciente, quien distingue un cuidado centrado en una intervención educativa, la cual demanda permanentemente.

Los componentes del paradigma orientan la identificación de indicadores que permitirán medir la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, a saber, las subcategorías de la estructura a indicadores de estructura, las subcategorías del proceso a indicadores de proceso, y las subcategorías de consecuencias a indicadores de resultado e indicadores de impacto. Los indicadores de impacto tienen relación con las subcategorías de consecuencias, y asimismo, con los actuales indicadores de cobertura solicitados en las metas e IAAPS.

Teorización de la “Percepción del paciente sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”.

Explorar el fenómeno de la percepción del paciente sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, requiere comprender el contexto donde se desarrolla el cuidado y los aspectos o factores relacionados. Esto con la finalidad de profundizar en la naturaleza de este fenómeno, pues se relaciona con temáticas amplias y de importancia global. Por un lado, una política pública en salud de prioridad internacional, a saber, cobertura universal de salud, que involucra ampliar los servicios de salud, la

población beneficiaria, y mejorar el acceso de las personas a la salud que necesitan, disminuyendo los costos monetarios. Por otra parte, una enfermedad como la DM 2 que se convierte en un grave problema de salud pública a nivel internacional, por sus características y consecuencias. De esta manera, esta Microteoría aborda la calidad del cuidado de enfermería en la población diabética beneficiaria de los servicios en la APS chilena, y en los potenciales beneficiarios, es decir, la población diabética estimada según prevalencia de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Por esta razón, esta Microteoría posee un alcance mayor a cobertura universal, esto es, Cobertura Universal Efectiva. La percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, desarrollada en el contexto de la APS, reconoce la influencia de aspectos o factores intrínsecos al paciente, al sistema de salud y al profesional de enfermería. Puesto que el cuidado de enfermería integra las atenciones realizadas en los establecimientos de APS, es conveniente tener presente los aspectos que intervienen en esta oferta. Los aspectos asociados al contexto en que se desarrolla el cuidado corresponden a la estructura sobre la cual se sustenta la calidad del cuidado. Esta estructura despliega su influencia en la atención de salud, y por consiguiente en el cuidado, promoviendo o limitando su excelencia. Se reconoce la necesidad de alcanzar la excelencia del cuidado, para enfrentar desde enfermería el importante problema de salud pública del bajo control metabólico en la población diabética. Para ello, enfermería necesita que el paciente acceda a la

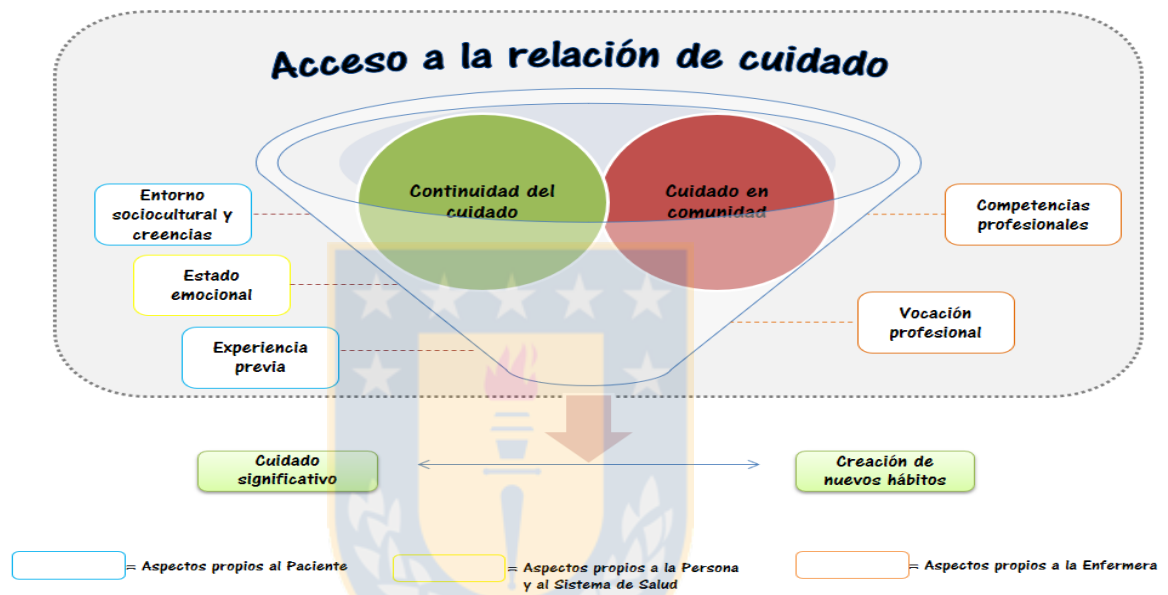
relación de cuidado, lo cual evidenciará en los cambios de hábitos en la persona con DM 2, y en el reconocimiento de un cuidado significativo.

En el contexto de cobertura universal de salud, el acceso a la relación de cuidado se convierte en un requisito ineludible para alcanzar la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. De esta manera, es preciso identificar la estructura sobre la cual se relaciona y construye este tipo de cuidado y acceso al mismo. La relación de cuidado a la que se accede, se convierte en el quehacer de enfermería en el contexto de un cuidado de calidad, el cual es ofertado al paciente por medio de prestaciones de salud garantizadas específicas para la enfermera, y por las acciones de enfermería reconocidas como un cuidado en comunidad. Este tipo de cuidado corresponde a las intervenciones que las enfermeras y equipo realizan para alcanzar una Cobertura Universal Efectiva en la DM 2. Ambas intervenciones representan el proceso, que interactúa permanentemente con los aspectos de la estructura.

Conforme a lo señalado, en la estructura surgen distintas condiciones de tipo contextuales y causales que influyen directa o indirectamente, promoviendo o limitando un cuidado de calidad. Estas condiciones pueden ser agrupadas en aspectos propios a la persona con DM 2, en aspectos propios al sistema de salud, y en aspectos propios a la enfermera. Por esta razón, es importante considerar el escenario en el cual surge el fenómeno de la “percepción del

paciente sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”. Esto puede ser observado en la Ilustración N° 36.

Ilustración N° 36: Estructura diagramática de la Microteoría sustantiva “percepción del paciente sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”.



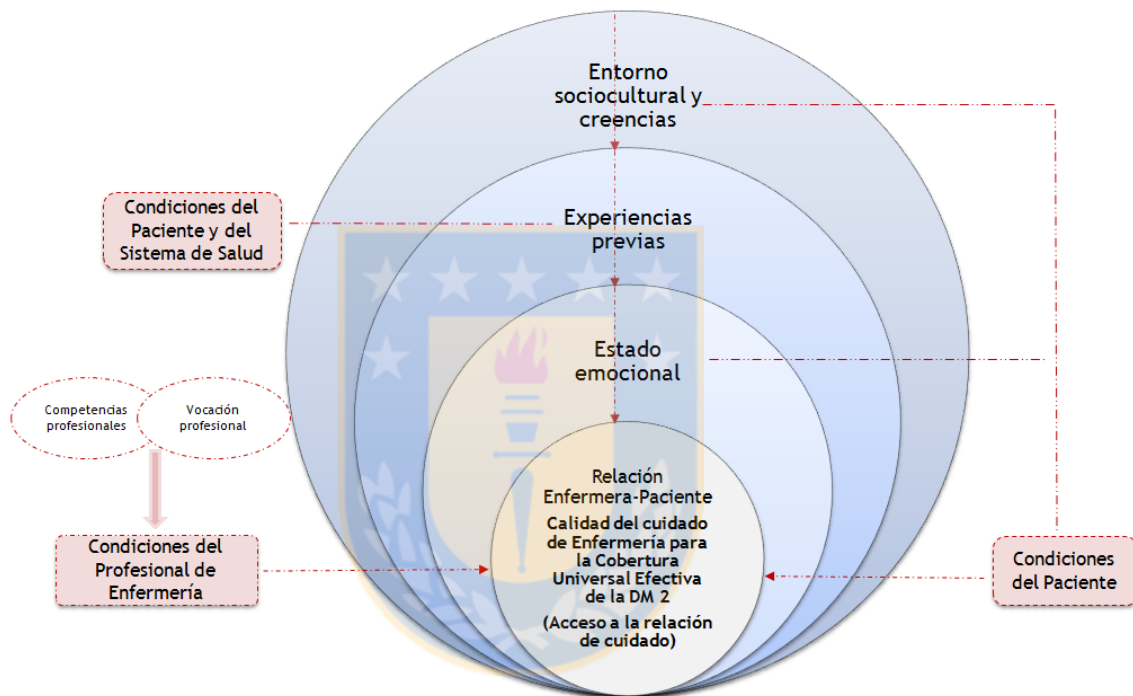
Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos

Condiciones contextuales y causales de la calidad del cuidado de enfermería

El cuidado con orientación a la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2 se oferta en un escenario en el que participan diferentes factores. Las condiciones en las cuales surge el cuidado se relacionan con aspectos propios a los actores participantes en la relación de cuidado, es decir, enfermera y persona con diagnóstico de DM 2, además de una condición propia al paciente, pero

asociada al sistema de salud. Las condiciones contextuales y causales de esta Microteoría sustantiva se aprecian en la Ilustración N°37.

Ilustración N° 37: Condiciones contextuales y causales de la Microteoría sustantiva “percepción del paciente sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”.



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos

Estas condiciones integran la estructura en la cual se desarrolla el cuidado de la persona con DM 2 en la APS, por esta razón, las condiciones contextuales y causales se convierten en el contexto de la calidad del cuidado.

Desde el exterior, se distingue una de las condiciones del paciente, a saber, el entorno sociocultural y creencias. Para el paciente, es fundamental que un

cuidado de calidad considere sus creencias y sus características sociales y culturales, pues, éstas influyen en el significado que ellos dan a lo experimentado en el cuidado. Esta condición es inherente al paciente y contribuye en la conformación de sus características socioculturales y en la construcción de significados y valores del mundo que le rodea. Dichas características acompañan al paciente, y con excepción de las creencias, el profesional no puede modificar. El entorno sociocultural y creencias estarán presentes en la estructura donde se inserta y moviliza el cuidado, determinando la necesidad de un cuidado diverso en la relación que la enfermera establece con el paciente. Esta necesidad es inmediata, por tanto, debe ser resuelta en el centro de la relación, es decir, donde se realiza el cuidado de calidad. De esta manera, el entorno sociocultural y las creencias de la persona con diagnóstico de DM 2 le acompañan durante el encuentro con la enfermera. Por lo descrito, esta profesional debe reconocerlas como características particulares, y factores intervinientes en la atención de salud, convirtiendo cada encuentro de cuidado como único y específico para quien lo necesita. Además, esto debe estar presente en las intervenciones destinadas a la población estimada con DM 2 y que no asiste al CESFAM. Lo anterior, hace de cada entrega de cuidado algo valioso, significativo y comprensible para el paciente.

Continuando con las condiciones que forman parte de la estructura, y con mayor cercanía a la esfera de la relación enfermera-paciente, se encuentran las condiciones relacionadas al paciente y al sistema de salud. Estas consisten en

las experiencias previas, las cuales pueden ser entendidas como una construcción de lo vivido por el paciente o personas significativas, respecto al cuidado de enfermería y/o prestaciones de salud en el CESFAM, u otra parte de la red de atención en salud. Estas experiencias influyen en la percepción actual, en las expectativas, e incluso en la predisposición del paciente con la enfermera. Estas condiciones son tan valiosas para el paciente, que determinan importantemente la actitud en que se dirige al encuentro con la enfermera. De ellas dependerá que un paciente experimente confianza en la atención de la enfermera, o confianza e interés en la recepción del cuidado. Esto último influye en la efectividad de la intervención de enfermería, pues la enfermera enfrentará a un paciente, que además de valorar los fármacos y exámenes clínicos, valorará la esencia del cuidado, pues entenderá que de ello depende su autocuidado y compensación metabólica de la enfermedad. Finalmente, el valor asignado a las experiencias previas hace de cada encuentro de cuidado un momento único, sustancial, e imprescindible para construir una imagen propia de enfermería y su cuidado, transmitiendo por palabra y acción, el rol esencial e insustituible de éste en la compensación metabólica de los pacientes. De esta manera, cada encuentro con el paciente es una oportunidad que la enfermera no puede descuidar, pues le permite establecer o restaurar una relación de cuidado única y significativa para la persona con DM 2.

Acercándose al centro de la relación enfermera-paciente se encuentra el estado emocional de la persona con DM 2, que también forma parte de las condiciones

del paciente. Ésta se refiere al estado o condición en que llega el paciente al encuentro con el profesional de enfermería. Este estado se circunscribe al área psicológica o emocional de quien recibe el cuidado, su experiencia respecto a lo que vive por la enfermedad, y su necesidad de cuidado en esta área. Los pacientes manifiestan la necesidad de experimentar un cuidado en el ámbito emocional, siendo esto fundamental, al considerar que esta necesidad no es abordada en las prestaciones de salud garantizadas. Este aspecto que forma parte de la estructura donde surge el cuidado de calidad, es necesario de considerar durante la planificación del quehacer de enfermería, sustentado en un acceso a la relación de cuidado.

De igual manera, intervienen en el centro de esta relación las condiciones del profesional de enfermería. Estas corresponden a condiciones contextuales y condiciones causales. Las contextuales abordan la vocación profesional, que es valorada como una cualidad necesaria en el profesional de enfermería. Consiste en el fundamento para un cuidado de calidad, es decir, para cuidar con excelencia y centrando la atención en las necesidades de las personas. Las causales en esta Microteoría sustantiva se relacionan a las competencias profesionales en las enfermeras. Esta es clave y requisito previo para acceder a una relación de cuidado. Las competencias profesionales son concebidas a través de los discursos como las capacidades que el profesional debe tener, lo cual le hará ejercer su labor, definiendo los límites de acción responsablemente, y derivando de forma oportuna y coherente a las necesidades del paciente.

Es necesario tener presente que el cuidado y la atención de salud se realiza en instituciones de salud complejas en cuanto a su composición y funcionamiento. Por tanto, las condiciones contextuales y causales deberán considerarse toda vez que se desee alcanzar un cuidado de calidad con enfoque en la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, no entendiendo a éstas como deterministas en el resultado final, sino como aspectos que necesariamente estarán presentes en el contexto donde transita el cuidado de enfermería.

Quehacer profesional en la calidad del cuidado de enfermería

El quehacer profesional en el cuidado de calidad con enfoque en la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, involucra el acceso a una relación de cuidado, cuyos beneficiarios corresponden a personas con DM 2 que asisten al establecimiento de APS, y personas que integran la poblacional estimada con DM 2, pero que no forman parte de los beneficiarios activos de la APS. Lo anterior por desconocimiento, voluntad propia, o limitaciones en el acceso a la salud proporcionada en la APS.

El acceso a una relación de cuidado se visualiza en dos grupos de acciones que el profesional de enfermería realiza. Por una parte, los cuidados que incorporan continuidad, y por otra, los cuidados realizados en comunidad, los cuales tienen un alcance mayor, pues permiten ser dirigidos a la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. Estos últimos son muy valorados por los

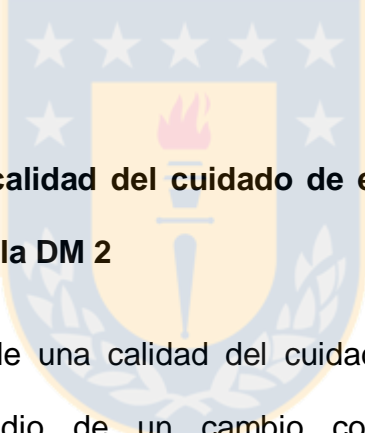
pacientes, al considerar que por ellos se puede alcanzar a quienes no reciben las prestaciones de salud en el CESFAM. El quehacer profesional se convierte en las acciones o interacciones, siendo en su conjunto entendidas como el proceso que emana de la relación entre cuidado de calidad (acceso a la relación de cuidado), y las condiciones que forman parte de la estructura.

Respecto a la continuidad del cuidado, un aspecto importante tiene relación con la continuidad de la enfermera en la atención de la persona con diagnóstico de DM 2. Ellos valoran la participación del mismo profesional en su cuidado, o con escasa rotación de éste. Conocer a la enfermera y que ésta le conozca a él, contribuye en dar valor o significado al encuentro. El cuidado necesita la construcción de una relación entre la enfermera y el paciente, lo cual surge en un contexto de confianza y se da a través del tiempo. Esta relación se establece en tiempos distintos para cada persona, siendo imprescindible para la continuidad del cuidado, y por tanto, para un cuidado de calidad. Además, dentro de la continuidad del cuidado surge el cumplimiento permanente de las prestaciones de salud. El cuidado es continuo en la medida que ejecuta la prestación y orienta al paciente en la adopción de este derecho. En este aspecto, las prestaciones de salud garantizadas son reguladas y establecidas conforme a una ley, estableciendo para enfermería tres prestaciones específicas: consulta o control de salud; educación de grupo (talleres de educación grupal); y curaciones, en caso de una herida o lesión en el pie. Si bien la educación de grupo está garantizada, actualmente ésta no se oferta a

todas las personas con diagnóstico de DM 2. Lo anterior se convierte en una debilidad al considerar la necesidad expresada de los pacientes respecto a una educación permanente. El ser educado por la enfermera es apreciado por ellos, considerando que esto es fundamental para la incorporación de un autocuidado y una futura compensación. Para este tipo de cuidado, las personas con DM 2 valoran la incorporación de estrategias que conllevan a mejorar la continuidad del cuidado. Entre ellas, y relacionado con la educación de grupo, surge la integración de pares, lo cual contribuye a la aceptación y al establecimiento de metas en conjunto. Otro aspecto de gran valor para el paciente es el cuidado específico, ya que, permite establecer objetivos comunes entre la enfermera y el paciente, favoreciendo la medición continua de su cumplimiento o alcance. El cuidado en comunidad es otra acción que favorece el acceso a una relación de cuidado. Consiste en el cuidado de enfermería realizado fuera del CESFAM y en contacto directo con el entorno de la persona. Es llevar el cuidado a la comunidad, realizando actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Esto se dirige a la población diagnosticada con DM 2, y a la población estimada con la enfermedad, pero que aún no ha sido diagnosticada e ingresada a las prestaciones de salud del CESFAM. Los pacientes con DM 2 estiman este tipo de cuidado como clave para alcanzar a aquellos pares que no acuden a una atención de salud, por desinterés o desconocimiento. Es muy apreciada esta intervención, pues consideran como prioritario que la enfermera se acerque al entorno del paciente y lleve el cuidado a un espacio significativo

para él. Muchas personas con diagnóstico de DM 2, no acuden a una atención de salud por temor, desconfianza, o ignorancia, entre otros factores.

Las acciones o interacciones antes señaladas que integran un cuidado de calidad, es decir, un cuidado que involucra el acceso a una relación de cuidado, están en permanente interacción con las condiciones contextuales y causales, lo cual ocasiona efectos de diversa índole. Esto quiere decir que la manifestación de un cuidado de calidad se observará, y por tanto medirá, en aspectos que para los pacientes son fundamentales.



Manifestación de la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2

Las manifestaciones de una calidad del cuidado de enfermería se aprecian directamente por medio de un cambio conductual en el paciente, e indirectamente, por medio del valor asignado al cuidado que realiza la enfermera. Estas manifestaciones corresponden a las consecuencias que surgen de la interacción entre estructura y proceso del fenómeno acceso a una relación de cuidado. La manifestación directa tiene relación con la creación de nuevos hábitos en la persona con diagnóstico de DM 2, en cambio, la manifestación indirecta se asocia a un cuidado significativo para el paciente. Por tanto, la calidad del cuidado se evidenciará en acciones concretas que el paciente realiza respecto a su autocuidado, y en aspectos de mayor abstracción

como el valor o significado asignado al cuidado. Esto último en directa relación con las intervenciones realizadas por las enfermeras, es decir, involucra un proceso cognitivo o afectivo en el paciente, que es ocasionado por las acciones u omisiones de la enfermera durante la oferta de cuidado. Ambas manifestaciones son factibles de medir, pero distintas en cuanto a su alcance, abordando en conjunto la integralidad del cuidado.

Respecto a la manifestación directa en la persona con diagnóstico de DM 2, éstas consideran importante la expresión de un autocuidado por medio de la creación de nuevos hábitos. Estos nuevos hábitos se dirigen a un estilo de vida más saludable y que contribuya a la promoción de la salud y prevención de complicaciones. Por tanto, es ineludible la transformación de los estilos de vida para alcanzar la efectividad del cuidado, es decir, lograr la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2 por medio de acciones centradas en el cuidado. De esta manera, la educación del paciente es primordial en un cuidado de calidad, y consiste en fomentar su autocuidado y autonomía. Esto fomenta la responsabilidad en la persona con DM 2, y la toma de decisiones respecto al cuidado.

La creación de un nuevo hábito en la persona con diagnóstico de DM 2 es posible, aunque complejo, por relacionarse con las costumbres y entorno del paciente. Esto requiere de una intervención de cuidado distinta en tiempos para cada persona, es decir, el cambio conductual en el hábito no está en directa relación con el tiempo de exposición del paciente a la educación. Esto debe ser

entendido por las enfermeras, pues el receptor del cuidado es complejo en cuanto a la integración de diversas dimensiones. Lo anterior es fundamental de considerar, para que la enfermera no establezca únicamente objetivos y metas poblacionales, sino bien, incorpore objetivos y metas específicas por paciente, y que éstas sean definidas junto a él. Esto hace referencia a un cuidado individualizado y específico conforme a las necesidades de las personas. Es necesario estimar las condiciones que determinan el tiempo y razones del cambio conductual, e intervenir conforme al escenario que vive el paciente. Lo anterior sitúa a la intervención educativa, grupal e individual, como clave para el empoderamiento del paciente respecto a su salud y autocuidado.

En relación a la manifestación indirecta en el persona con diagnóstico de DM 2, consiste en un cuidado significativo para él, lo cual está asociado a un buen trato o trato humanizado. Esto es tan importante para él, que incluso es preponderante al momento de categorizar un cuidado como una atención de salud de calidad. De esta manera, un cuidado humanizado representa un cuidado de calidad, donde el centro es el paciente y sus necesidades. Lo anterior involucra una atención donde la enfermera pone especial énfasis en las condiciones en que llega el paciente, considerando su compleja integración de dimensiones que le hacen un ser social con pertenencia a un entorno que involucra innumerables factores asociados. Es de esta forma que el cuidado es significativo por estar centrado en las necesidades propias del paciente, por tanto, la persona con diagnóstico de DM 2 se siente única y distinta al resto de

las personas en su misma condición. En este escenario es perentorio que la enfermera demuestre confianza e interés genuino en la persona. El paciente valora como significativo un cuidado amable, en tanto a actos y lenguaje. Esto quiere decir que un cuidado amable no basta con la entrega de una información verbal necesaria para un cuidado adecuado u oportuno, en el contexto de una derivación, la explicación de un examen o alguna intervención educativa, sino bien, la amabilidad también es evidenciada por los actos u omisión de éstos en la enfermera. Dicho de otra forma, un cuidado de calidad según la percepción de los pacientes, involucra la amabilidad expresada por medio de un lenguaje verbal y no verbal.

Otro aspecto relevante para el paciente es que el profesional de enfermería le conozca, le escuche y comprenda durante el encuentro en la prestación de salud. Estas se relacionan con las acciones e interacciones que forman parte del proceso, tales como la continuidad del cuidado, pues conlleva a la generación de confianza con el profesional que le atiende. Además de ello, considera la escucha activa, y la comprensión del paciente y del mensaje compartido durante el cuidado. Que la escucha sea activa, quiere decir que la enfermera da al paciente el tiempo para que exprese sus inquietudes o preocupaciones, otorgando un cuidado coherente a las necesidades de éste. Este cuidado contiene orientación, búsqueda de soluciones con participación del paciente, y entre otros, la construcción de un conocimiento que impacte en el autocuidado de la persona con diagnóstico de DM 2.

Afirmaciones Teóricas

A continuación, se exponen las afirmaciones teóricas que son expresadas conforme a la convergencia de los elementos propios al metaparadigma de enfermería (enfermería, salud, paciente y entorno).

De tipo estructurales: Incorpora los componentes enfermería y entorno.

1.- La calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, requiere del acceso a la relación de cuidado, que se dará en condiciones contextuales relacionadas con aspectos propios a la persona con diagnóstico de DM 2, al sistema de salud, y al profesional de enfermería.

2.-La calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, requiere del acceso a la relación de cuidado, que emergerá bajo condiciones causales relacionadas con las competencias profesionales.

De tipo proceso: Incorpora los componentes enfermería, entorno y salud.

1.- La calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, expresado por el acceso a la relación de cuidado, conlleva al ejercicio (quehacer) de un rol profesional, manifestado en la ejecución de la continuidad del cuidado, y en el cuidado en comunidad dirigido a la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.

De tipo resultado: Incorpora los componentes enfermería, entorno, salud y persona.

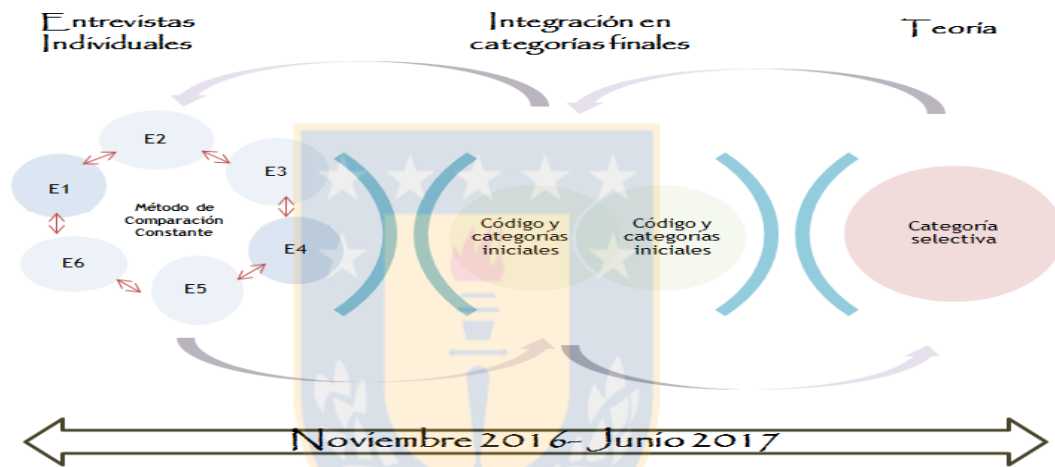
1.- El quehacer del profesional de enfermería en la calidad del cuidado, genera efectos dirigidos a una Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. Estos efectos se expresan directamente en la creación de nuevos hábitos en el paciente, e indirectamente por medio de la apreciación de un cuidado significativo en la relación enfermera paciente.

4.1.2.3. Percepción de los gestores de salud.

Para explicar el fenómeno de la “percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2” se realizó la codificación de conceptos, con la integración de éstos en categorías, para, posteriormente, efectuar cuatro principales acciones: comparando incidentes por categorías; integrando las categorías de acuerdo a sus propiedades; delimitando la teoría; y finalmente escribiendo la teoría. Se recolectó y analizó la información realizando triangulación de técnicas, de datos y de investigadores. Se respetaron los principios de la teoría fundamentada con la aplicación del método de comparación constante y la utilización de un muestreo teórico⁷, es decir, recolectando, analizando y comparando los datos paralelamente y no linealmente, además de no estimar "a priori" el número de participantes. La recolección y análisis de datos se observada en la Ilustración N°38, que grafica los tiempos específicos y demuestra lo cíclico del proceso, lo cual fortaleció la explicación de los principales fenómenos (categorías) que surgieron en esta percepción de calidad. De esta manera, los análisis no se

hicieron linealmente, sino bien, existió una permanente comparación de los datos durante todo el proceso, por medio del método de comparación constante.

Ilustración N° 38: Proceso de recolección y análisis de datos en la percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. 2016-2017.



Fuente: Elaboración propia a partir del proceso de recolección y análisis de datos.

La muestra contempló la participación de 6 gestores de la APS en la región de Atacama. 5 pertenecían al género femenino y 1 al masculino, con un promedio de 47 años de edad y con un promedio de experiencia en la gestión de la APS de 11 años, desempeñándose en el cargo de Director(a) del Departamento de Salud Municipal, Director(a) de CESFAM, Encargado(a) del Programa de Salud Cardiovascular en el Departamento de Salud Municipal y Encargado(a) del Programa de Salud Cardiovascular en el CESFAM. Representaban a cinco instituciones o unidades.

Los primeros participantes fueron seleccionados intencionalmente y conforme a la pronta respuesta que dieron a la invitación realizada por la investigadora. En la medida que la Microteoría emergió, éstos fueron seleccionados conforme al muestreo teórico, hasta lograr la saturación de las categorías. En esta Microteoría solamente se realizaron entrevistas individuales, puesto que el intento permanente de organizar un grupo focal no se concretó a causa del escaso tiempo o nula respuesta de los invitados. De esta manera, las primeras cuatro entrevistas se realizaron con sentido exploratorio, puesto que las categorías emergentes aún no saturaban, y las dos últimas entrevistas se desarrollaron como técnica confirmatoria, trabajando allí la evaluación de la estructura teórica formulada y la identificación de los conceptos subyacentes y dimensiones, lo cual es fundamental para el diseño de indicadores de estructura, proceso, resultado e impacto.

Para resguardar la anonimización, la tesisista como investigadora principal fue la única responsable de conocer la identidad de los entrevistados. Por esta razón se procedió a modificar el nombre de la persona en la transcripción de la entrevista, y a codificar los documentos primarios en el software Atlas ti, versión 7.5.7, tal como se muestra en el Cuadro N°9:

Cuadro N° 9: Codificación de los documentos primarios utilizados en la codificación de la percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.

Documento Primario	Código asignado
Entrevista Gestor de Salud N°1	EGS1
Entrevista Gestor de Salud N°2	EGS2
Entrevista Gestor de Salud N°3	EGS3
Entrevista Gestor de Salud N°4	EGS4
Entrevista Gestor de Salud N°5	EGS5
Entrevista Gestor de Salud N°6	EGS6

En la percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, destaca el fenómeno de la gestión de un cuidado integral y centrado en el paciente, que se convierte en la categoría central de la Microteoría sustantiva “percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”. Se describe, a continuación, el recorrido metodológico sustentado en la teoría fundamentada, según la postura de Strauss y Corbin (1990), señalados en el libro "Basic of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory".

CODIFICACIÓN ABIERTA:

Se identificaron 89 conceptos representados en 89 códigos de la unidad hermenéutica trabajada en el software Atlas ti, versión 7.5.7. Para ellos se confeccionaron notas de codificación, teóricas y/u operacionales. En las notas de codificación se identificaron las propiedades y dimensiones de los

conceptos, y en las notas teóricas y/u operacionales se realizaron las reflexiones, comparaciones e interrogantes para las próximas entrevistas individuales. Se realizó una red semántica que permitió establecer una relación inicial entre las propiedades y dimensiones de los conceptos, lo cual se convirtió en el paso previo de la codificación axial. Los conceptos emergieron de un microanálisis textual de los datos, línea por línea, exhibiendo mayor frecuencia los conceptos: “atención centrada en el paciente” (11 citas); “atención centrada en meta sanitaria” (10 citas); “educación para creación de hábitos” (6 citas); “diferencia de competencias” (6 citas); “intervención educativa” (6 citas); y “disponibilidad de recurso enfermero” (6 citas).

Del concepto “atención centrada en el paciente”, las citas expresan el sentido dado por los gestores a una atención centrada en la persona con diagnóstico de DM 2. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Decirle, “discúlpeme, me atrasé un poquito, pero le voy a dedicar igual su tiempo. Y puede pasar con usted también”. O sea, garantizarle de que se va a realizar una buena atención”. (EGS1-31).
-“Nosotros centrábamos nuestras educaciones en base a nuestras, o en lo que nosotros creíamos que eran las necesidades de la población, pero no a través de las reales necesidades de ellos. ¿Y cómo descubrimos eso?, a través de una encuesta”. (EGS3-109).
-“Se limitaban a responder los cuestionario y a entregar indicaciones, pero la educación la suprimían y hacían controles muy rápidos. Y me llamaba la atención, porque yo ocupaba todo el tiempo y terminaba agotado, pero finalmente mi conclusión es que están intentando ser lo más rápido posible, pero esa rapidez va contra la calidad asistencial, porque se preocupan de su producción, de hacerlo lo más rápido posible, pero el foco de atención es otro. Y de hecho, la calidad como tal, como principio, es centrando en la persona, y ellos no se están centrando en la persona, se están centrando en ellos mismos. Entonces, contradice un principio de la calidad”. (EGS4-31).

Del concepto “atención centrada en meta sanitaria”, las citas abordan el sentido que los gestores perciben de lo que actualmente es la atención de salud asociada a metas sanitarias u otros indicadores de evaluación. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Pero más aún, va más allá, esto de las metas y el incentivo de las metas y todo eso, por un lado te viene a motivar para tu trabajo, pero por otro lado te viene a perder tu foco, porque tú te focalizas en la meta”. (EGS1-57).

-“No nos evalúan por la calidad de la atención, nos evalúan por el número”. (EGS3-69).

-“Creo que está bien que hayan indicadores, que yo siempre digo que si está en una meta sanitaria, está en un IAAPS, ese es un valor agregado, pero para nosotros lo importante son los usuarios, deberían ser los usuarios independiente de que haya o no haya meta”. (EGS5-25).

Del concepto “educación para creación de hábitos”, las citas manifiestan situaciones y expresiones sobre el sentido o alcance de la educación en la persona con diagnóstico de DM 2, según la mirada de los gestores de salud. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Es poder abordar al paciente hoy en día no solamente con las estrategias que hemos ocupado, de hacer una educación de vez en cuando, sino principalmente, creo yo, con trabajar con la psicología de la salud, cómo hacemos que las personas finalmente puedan entender que el foco de atención de todos los esfuerzos sanitarios tiene que ver con entregarle a ellos las herramientas. Ellos aprenden, sepan que son ellos, ellos adquieran la responsabilidad de conducir ellos mismos, de manera favorable su enfermedad, y a partir de eso poder tener estos resultados que nosotros esperamos. Así que, si se sigue depositando la responsabilidad en el equipo, vamos a seguir tropezando con la misma piedra”. (EGS4-27).

-“Yo les preguntaba si es que ellos habían sido educados, me decían que no, inclusive cuando yo le había hecho la educación. Y yo sabía, en lo particular, yo me desgastaba intentando educarlos, pero hay que decir que esa educación, por lo demás, ¿estamos siendo buenos comunicadores?, ¿buenos educadores?. La educación en salud se va a definir cuando se produzca un

cambio conductual en el comportamiento, no en la conducta de la persona”. (EGS4-47).

-“Tengo que tener claro, si a mí me diagnostican diabetes, que yo voy a estar con esta enfermedad el resto de mi vida. Entonces, lo que yo tengo que hacer es tratar de vivir bien, pero siempre presente que voy a tener la patología, por lo tanto, voy a tener que tener estos cuidados, cambiar mi forma de vida, cambiar mi estilo de vida, porque creo que también es un logro”. (EGS5-15).

Del concepto “diferencia de competencias”, las citas hacen referencia a las percepciones de los gestores de salud sobre el escenario diverso de competencia profesional que puede encontrar el paciente durante el encuentro de cuidado. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Hay cosas que no se están haciendo así, por distintas circunstancias, o a veces, porque los profesionales son distintos, porque la preparación de cada profesional es también distinta, no todos tienen la misma preparación”. (EGS1-3).

-“En pregrado te enseñan a realizar esas cosas, por ejemplo, pasan la curación avanzada, yo sé que se las pasan, pero hacer la curación es otra cosa. Ver al paciente, verlo, no sé ahora, puede que ahora sea un poquito más práctica, hace unos años atrás no, llegaban las chiquillas y no sabían cómo se hacía, y bueno, de ahí que yo gestioné que cada año se mandan a dos enfermeras a capacitarse”. (EGS2-15).

-“No es aplicar la pauta, la norma, porque lo tengo que orientar, tengo que entregarle un mensaje, pero ese mensaje es de calidad cuando tengo los conocimientos, la academia, la experiencia, la norma que nos entrega el Ministerio. Mi rol de atención primaria está que todo eso que hacen los de más arriba por decirlo así, o de otros ámbitos, que dicen que eso es lo bueno, cómo yo logro entenderlo” (EGS6-6).

Del concepto “intervención educativa”, las citas hacen referencia a lo importante que es la intervención educativa para los gestores de salud. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“¿Qué le faltó a esa señora para que no le amputaran las dos piernas?, sesenta y cuatro años. Entonces, yo creo que falta no sé po, educación, quizás no le dijeron, no le explicaron con peritas y manzanitas”. (EGS2-69).

-“Porque nosotros descubrimos que esa población, pese a que usan insulina, todos estaban descompensados, entonces algo estaba gatillando que esos pacientes estuvieran descompensados, y dentro de eso estaba la educación, ¿por qué?, porque los pacientes no sabían inyectarse, pacientes que llevaban años inyectándose se inyectaban mal, se inyectaban siempre en una misma zona”. (EGS3-43).

-“Si es que se pudo producir eso fue efectivo, tenemos entonces que evaluar y generar ciertas capacidades en los profesionales que permitan hacer estas educaciones, la educación también tiene que ser estandarizada, también tiene que tener ciertos criterios, nuevamente mínimos de la entrega”. (EGS4-47).

Del concepto “disponibilidad de recurso enfermero”, las citas que abordan el reducido número de enfermeras para las necesidades de atención del centro de salud, y en especial, para satisfacer las necesidades de cuidado en la persona con diagnóstico de DM 2. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Se ocupan muchos recursos en otras actividades de la enfermera, hay momentos que no tenemos tantas curaciones de postrados, por lo general tenemos un paciente en curación de postrados y la enfermera va. Pero ahora tenemos cinco curaciones de pacientes postrados, cinco, y una de ella tiene seis úlceras, entonces con eso ocupa casi las dos horas en atender. Entonces sí, se necesitan otros recursos, otra enfermera que esté mucho en terreno, que se dedique a terreno, una enfermera que se dedique todo lo que es terreno, curación de postrados, todo lo que es visita domiciliaria a los descompensados”. (EGS1-81).

-“En este minuto solo es lo asistencial, atender y atender, lo que yo veo, porque hemos peleado mucho rato por el estándar de enfermera por población, nadie se pone de acuerdo. Yo creo que debiese ser dos mil quinientos por enfermera, otros me dicen no, que tiene que ser cuatro mil quinientos, cinco mil por enfermera. Pero con salud familiar no, te creo antes que sin pena ni gloria eran los cardiovasculares”. (EGS2-71).

-“Entonces, por ejemplo, ya hace tres meses estamos con una sola enfermera, y esa enfermera a parte de las atenciones de pie diabéticos que es lo que le estamos dando prioridad, porque también en base tenemos que trabajar a números”. (EGS3-67).

En este tipo de investigación la frecuencia no es determinante, es decir, no se está interesado en las veces que emerge el concepto o categoría, sino bien, interesa cómo varían dimensionalmente⁷, esto es, que por medio del microanálisis se alcance una mayor densidad. Así, se obtiene una mejor comprensión de las propiedades y dimensiones del fenómeno, las cuales exponen el rango de variabilidad existente. Considerando esto, a continuación se presentan algunos de los conceptos con mayor relevancia debido a su densidad, los cuales fueron claves para la conformación de las categorías axial, y por consiguiente la categoría central. De esta manera, surgen los conceptos anteriormente presentados: “atención centrada en el paciente” y “educación para creación de hábitos”. Sumado a ellos, destacan los conceptos: “evaluación de calidad” y “acceso a una atención integral”. A continuación, son presentados éstos últimos:

Del concepto “evaluación de calidad”, las citas abordan la expresión de los gestores de salud respecto a la necesidad de una evaluación de la calidad. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Tú como gestora quieres que la atención que den tus profesionales, la atención que se le entregue acá sea lo mejor, pero no es tan así, no es tan fácil llevarlo a cabo. Tú puedes generar estrategias, puedes monitorear, puedes hacer esto, puedes hacer un montón de cosas, y te das cuenta que todo lo que a ti te gustaría que fuera, no se están haciendo así por distintas circunstancias”. (EGS1-3).
-“Evaluar la calidad dentro del control, por lo demás, que es una cosa que no es evaluado creo yo, el profesional, la calidad de las cosas que hace dentro de su propio control”. (EGS4-31).
-“Calidad es igual a cantidad y calidad, o sea, es indivisible. Se tiende a creer

que la calidad en sí tiene un puro aspecto cualitativo, y no, está sumado a lo cuanti. Entonces, cuando nos centramos exclusivamente, creo yo, en el control a la persona que tiene diabetes, lo primero es que se tiene que estandarizar, se tiene que estandarizar la forma y los contenidos mínimos, como también los tiempos mínimos que va a trabajar el trabajador, en este caso el enfermero”. (EGS4-33).

Del concepto “acceso a una atención integral”, las citas manifiestan dicho interés y necesidad en la persona con DM 2. A continuación, se exponen algunas de ellas:

-“Tienes que estar controlando constantemente todo, o sea, tienes que estar monitoreando todo de todas partes, desde la accesibilidad del usuario a nuestro centro de salud, porque obviamente tiene que tener su control. Porque no significa que ellos vengan solamente a retirar sus exámenes que por ley no se les puede negar, pero eso no es calidad, nuestra función no es solamente entregar los medicamentos, nuestra función es mantenerlo compensado, es mantener su enfermedad absolutamente compensada. Tienes que estar controlando eso, monitoreando”. (EGS1-7).

-“Lo otro, también es tener una visión integral, eso es otra cosa sumamente importante, la visión integral, de integralidad, de que no solamente con ese medicamento...”. (EGS1-35).

-“Entonces, su hora la tienen asegurada, y si no tienen hora para esa semana, van a tener para la subsiguiente, pero el paciente ya no tiene que venir a pedir sus horas, porque en el fondo también se nos pierde. Porque los pacientes dicen: “si nunca encuentro hora, voy cuando pueda”, entonces al final no había un seguimiento con respecto a esos pacientes. Entonces, nosotros ahora los tenemos todos como pacientes bajo el control del policlínico de insulina, nosotros le hacemos el monitoreo, vienen a la educación por inicio con la enfermera, educación con el tema del tratamiento inyectable, las zonas de punción, ahí pesquisamos factores de riesgo”. (EGS3-47).

En este tipo de codificación se estableció una red semántica, donde se vincularon los diferentes conceptos que emergieron. En la codificación axial se analizaron en profundidad sus propiedades y dimensiones para la conformación

de las respectivas categorías. En esta etapa y debido al nivel de análisis alcanzado, la red semántica evidencia conceptos relacionados sin lograr una cabal comprensión teórica del fenómeno observado.

CODIFICACIÓN AXIAL:

En esta codificación se realizaron dos etapas. La primera permitió identificar 37 categorías iniciales producto de un microanálisis conceptual, representadas en 37 familias de códigos en la unidad hermenéutica del programa Atlas ti, versión 7.5.7. Para ellas, se realizaron notas de codificación, teóricas y/u operacionales. En las notas de codificación se identificaron las propiedades y dimensiones de las categorías, y en las notas teóricas y/u operacionales se realizaron las reflexiones, comparaciones e interrogantes para las próximas entrevistas individuales. En el cuadro N°10 se evidencian las 37 categorías iniciales.

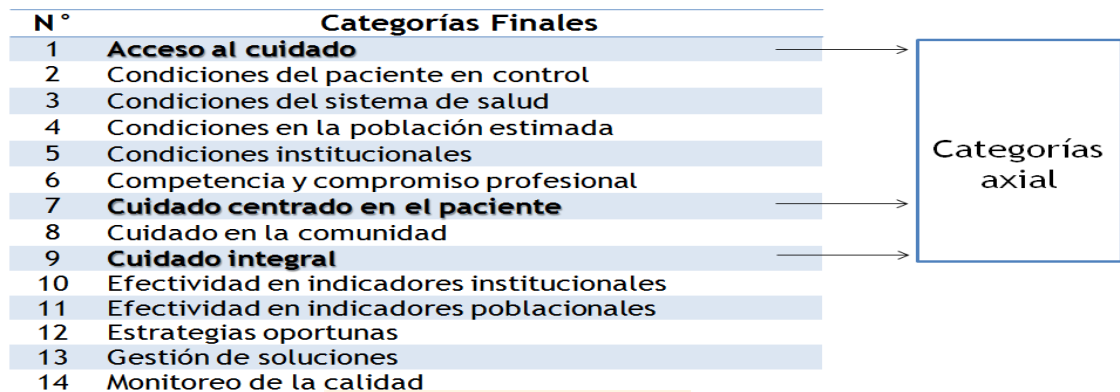
Cuadro N° 10: Categorías iniciales en la codificación axial de la percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.

N°	Categorías Iniciales
1	Acceso del paciente
2	Acompañamiento significativo y de pares
3	Articulación entre atención abierta y cerrada
4	Atención centrada en el paciente
5	Atención integral
6	Atención priorizada
7	Barreras en la institución
8	Barreras en paciente en control
9	Barreras en la población estimada
10	Barreras en el profesional
11	Barreras sistema de salud
12	Calidad desde lo técnico
13	Carencia de metas a largo plazo respecto a población
14	Coberturas
15	Compensación del paciente
16	Compensación individual
17	Competencia profesional
18	Compromiso de la red
19	Compromiso profesional
20	Conflicto de responsabilidades
21	Cuidado en la comunidad
22	Delimitación del rol
23	Educación efectiva
24	EMPA estrategia oportuna
25	Empoderamiento del paciente en autocuidado
26	Estandarización de recepción y espera del paciente
27	Estandarización del quehacer
28	Evaluación por indicadores
29	Gestión de las soluciones en institución
30	Instancia de mejora continua en equipo
31	Intervención educativa prioritaria
32	Monitoreo de la calidad
33	Monitoreo de población en control
34	Motivación del gestor
35	Necesidades de la red asistencial
36	Participación del paciente
37	Satisfacción del paciente

Fuente: Elaboración propia

En la segunda etapa de esta codificación se reconstruyó lo realizado en la primera etapa, comparando incidentes por categorías e integrando las categorías de acuerdo a sus propiedades. Se concluyó con la definición de 14 categorías finales: **“acceso al cuidado”**; **“condiciones del paciente en control”**; **“condiciones del sistema de salud”**; **“condiciones en la población estimada”**; **“condiciones institucionales”**; **“competencia y compromiso profesional”**; **“cuidado centrado en el paciente”**; **“cuidado en la comunidad”**; **“cuidado integral”**; **“efectividad en indicadores institucionales”**; **“efectividad en indicadores poblacionales”**; **“estrategias oportunas”**; **“gestión de soluciones”** y **“monitoreo de la calidad”**. De éstos se identificaron las categorías axiales, a saber: **“acceso al cuidado”**; **“cuidado centrado en el paciente”**; y **“cuidado integral”**. Esto se observa en la Ilustración N°39. Las restantes se vincularon como subcategorías del fenómeno observado, otorgando claridad adicional y especificidad a la categoría⁵, pues respondían a las preguntas "¿cuándo?", "¿dónde?", "¿por qué?", "¿quién?", "¿cómo?" y "¿con qué consecuencias?". Las subcategorías permitieron una mayor explicación de los fenómenos. De esta forma, y tal como es señalado por Strauss y Corbin⁷, las categorías y subcategorías se vincularon en un paradigma, donde se conforma la estructura, proceso, y respectivas consecuencias del fenómeno “percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”.

Ilustración N° 39: Categorías finales en la codificación axial de la percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.



Fuente: Elaboración propia, a partir de la codificación axial de los datos.

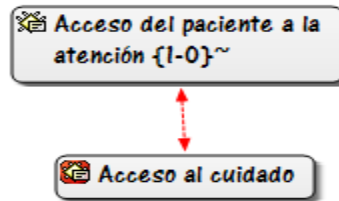
Categorías en la Codificación axial:

-Acceso al cuidado: Está integrada por la categoría inicial "acceso del paciente", y aborda el fenómeno del acceso de éste al cuidado de la enfermera en la APS. En el contexto de la cobertura universal de salud, el acceso se convierte en un aspecto fundamental e insustituible para pretender alcanzarla. De esta manera, el fenómeno abordado por esta categoría se constituye en una condición importante para la oferta de un cuidado de calidad, el cual se entiende como un cuidado dirigido a la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.

El fenómeno del acceso al cuidado es comprendido por medio de otras categorías, que en el contexto de este fenómeno se convierten en subcategorías, formando parte de su estructura, proceso y consecuencias. Por tanto, para comprender el acceso al cuidado se debe responder a las preguntas

"¿cuándo?", "¿dónde?", "¿por qué?", "¿quién?", "¿cómo?" y "¿con qué consecuencias?". La primera interrogante hace referencia a las condiciones contextuales que forman parte de la estructura, entre ellas surge: “**condiciones del paciente en control**”; “**condiciones del sistema de salud**”; “**condiciones en la población estimada**”; y “**condiciones institucionales**”. La interrogante "¿dónde?", es respondida al circunscribir el fenómeno al CESFAM, y también en la comunidad, en el supuesto de intervenciones fuera del establecimiento. El "¿por qué?", es respondido por medio de las condiciones causales, que de igual manera forman parte de la estructura. En este caso es respondido por las subcategorías “**competencia y compromiso profesional**” y “**estrategias oportunas**”. La pregunta "¿quién?", se relaciona con el receptor de cuidado, esto es, el paciente con DM 2, y el "¿cómo?", es resuelto por medio de tres importantes subcategorías: “**cuidado en la comunidad**”; “**gestión de soluciones**”; y “**monitoreo de la calidad**”, dando de esta manera respuesta a la Cobertura Universal Efectiva, es decir, incorporando a la población que asiste al control, y aquella que no asiste al CESFAM. Estas tres subcategorías forman parte del proceso, es decir, de las acciones e interacciones que se desarrollan en la explicación del fenómeno de estudio. Las consecuencias son entendidas al responder a la última interrogante planteada, y se asocia con la “**efectividad en indicadores institucionales**” y con la “**efectividad en indicadores poblacionales**”. La Ilustración N°40 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 40: Red semántica de la categoría Acceso al cuidado.



Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

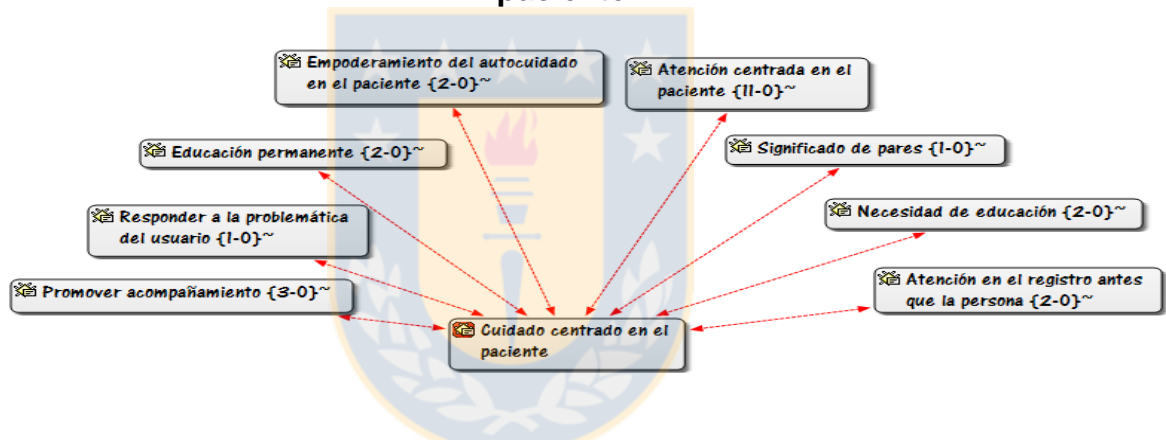
-Cuidado centrado en el paciente: Contiene las categorías iniciales: "acompañamiento significativo y de pares"; "atención centrada en el paciente"; y "empoderamiento del paciente en autocuidado". De esta manera, esta categoría aborda la oferta de un cuidado cuyo centro es la persona con diagnóstico de DM 2. Enfermería enfatiza en las necesidades del paciente y en que el cuidado sea efectivo, es decir, destina su quehacer en fomentar en el paciente el empoderamiento de su autocuidado. Un cuidado centrado en la persona con DM 2 involucra tener presente las necesidades de la persona: su necesidad educativa; necesidad de recibir la atención del profesional, es decir, el ser escuchado y observado, prestando atención a él antes que al registro; necesidad de ser empoderado de su autocuidado, necesidad de ser acompañado por una persona significativa, además de compartir con pares sobre su experiencia y cuidado; y finalmente, recibir solución a su problemática de salud y cuidado. Los responsables de la administración y gestión de la APS, reconocen lo imperativo de un cuidado enfocado en las necesidades de las

personas. Esto significa que el cuidado y la toma de decisiones, incorporen las necesidades y problemáticas de la persona con diagnóstico de DM 2.

El fenómeno del acceso al cuidado es comprendido por medio de otras categorías, que en el contexto de este fenómeno se convierten en subcategorías, formando parte de su estructura, proceso y consecuencias. Por tanto, para comprender el acceso al cuidado se debe responder a las preguntas "¿cuándo?", "¿dónde?", "¿por qué?", "¿quién?", "¿cómo?" y "¿con qué consecuencias?". La primera interrogante hace referencia a las condiciones contextuales que forman parte de la estructura, entre ellas surge: “**condiciones del paciente en control**”; “**condiciones del sistema de salud**”; “**condiciones en la población estimada**”; y “**condiciones institucionales**”. La interrogante "¿dónde?", es respondida al circunscribir el fenómeno en el CESFAM, y también en la comunidad, en el supuesto de intervenciones fuera del establecimiento. El "¿por qué?", es respondido por medio de las condiciones causales, que de igual manera forman parte de la estructura. En este caso es respondido por las subcategorías “**competencia y compromiso profesional**” y “**estrategias oportunas**”. La pregunta "¿quién?", se relaciona con el receptor de cuidado, esto es, el paciente con DM 2, y el "¿cómo?", es resuelto por medio de tres importantes subcategorías: “**cuidado en la comunidad**”; “**gestión de soluciones**”; y “**monitoreo de la calidad**”, dando de esta manera respuesta a la Cobertura Universal Efectiva, es decir, incorporando a la población que asiste al control, y aquella que no asiste al CESFAM. Estas tres subcategorías forman

parte del proceso, es decir, de las acciones e interacciones que se desarrollan en la explicación del fenómeno de estudio. Las consecuencias son entendidas al responder a la última interrogante planteada, y se asocia con la “**efectividad en indicadores institucionales**” y con la “**efectividad en indicadores poblacionales**”. La Ilustración N°41 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 41: Red semántica de la categoría Cuidado centrado en el paciente.



Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

-Cuidado integral: Integrado por la categoría inicial "atención integral". Esto consiste en la oferta de un cuidado que cumple con la perspectiva del gestor sobre un cuidado de calidad. Este cuidado debe ser integral, es decir, que sea abordado desde diferentes perspectivas el problema o necesidad de cuidado. De esta manera, se interviene en distintas aristas o dimensiones en la persona. Los gestores identifican la necesidad de un quehacer de enfermería integral, lo

cual se condice con la compleja integración del ser humano. Enfermería debe gestionar y dar respuesta a esta necesidad.

El fenómeno del acceso al cuidado es comprendido por medio de otras categorías, que en el contexto de este fenómeno se convierten en subcategorías, formando parte de su estructura, proceso y consecuencias. Por tanto, para comprender el acceso al cuidado se debe responder a las preguntas "¿cuándo?", "¿dónde?", "¿por qué?", "¿quién?", "¿cómo?" y "¿con qué consecuencias?". La primera interrogante hace referencia a las condiciones contextuales que forman parte de la estructura, entre ellas surge: “**condiciones del paciente en control**”; “**condiciones del sistema de salud**”; “**condiciones en la población estimada**”; y “**condiciones institucionales**”. La interrogante "¿dónde?", es respondida al circunscribir el fenómeno en el CESFAM, y también en la comunidad, en el supuesto de intervenciones fuera del establecimiento. El "¿por qué?", es respondido por medio de las condiciones causales, que de igual manera forman parte de la estructura. En este caso es respondido por las subcategorías “**competencia y compromiso profesional**” y “**estrategias oportunas**”. La pregunta "¿quién?", se relaciona con el receptor de cuidado, esto es, el paciente con DM 2, y el "¿cómo?", es resuelto por medio de tres importantes subcategorías: “**cuidado en la comunidad**”; “**gestión de soluciones**”; y “**monitoreo de la calidad**”, dando de esta manera respuesta a la Cobertura Universal Efectiva, es decir, incorporando a la población que asiste al control, y aquella que no asiste al CESFAM. Estas tres subcategorías forman

parte del proceso, es decir, de las acciones e interacciones que se desarrollan en la explicación del fenómeno de estudio. Las consecuencias son entendidas al responder a la última interrogante planteada, y se asocia con la “**efectividad en indicadores institucionales**” y con la “**efectividad en indicadores poblacionales**”. La Ilustración N°42 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 42: Red semántica de la categoría Cuidado integral.



Fuente: Elaborado en el software Atlas ti, a partir de la codificación axial de los datos.

Subcategorías en la Codificación Axial:

Tal como se ha señalado, estas subcategorías permiten una mayor explicación de los fenómenos principales de estudios, a saber: “acceso al cuidado”; “cuidado centrado en el paciente”; y “cuidado integral”. Por medio de estas subcategorías los fenómenos explican el “¿cuándo?”, “¿dónde?”, “¿por qué?”, “¿quién?”, “¿cómo?” y “¿con qué consecuencias?”. La Ilustración N°43 contiene el paradigma, con su respectiva estructura, proceso y consecuencias del fenómeno.

Ilustración N° 43: Componentes del paradigma en la percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.



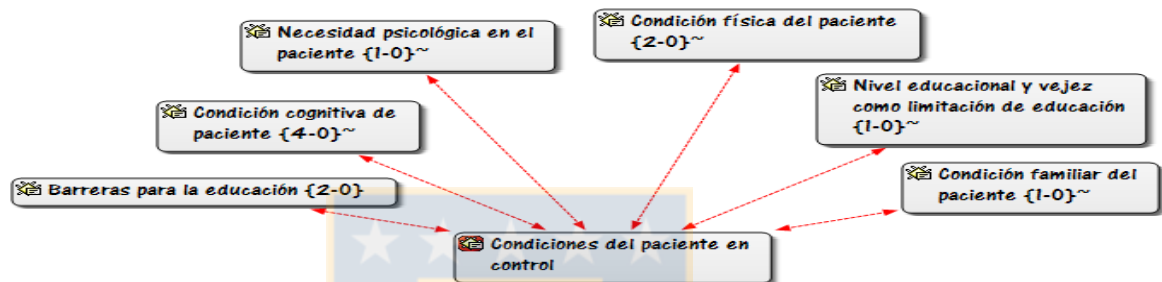
Fuente: Elaboración propia, a partir de los resultados obtenidos.

Subcategorías de la estructura

-Condiciones del paciente en control: Corresponde a la categoría inicial "barreras en paciente en control", y consiste en barreras inherentes al paciente con diagnóstico de DM 2. Corresponden a las características propias de la persona, tales como, su nivel educacional, su capacidad cognitiva, el grado de vejez, las condiciones físicas relacionadas con la audición y vista, además de las necesidades psicológicas presentes en la relación de cuidado, las cuales se convierten en potenciales limitaciones para una comprensión de las intervenciones de enfermería, o para incluso, ejecutar un autocuidado dirigido al control metabólico. De esta manera, los gestores reconocen que, en el encuentro de un cuidado de calidad, las enfermeras deben tener presente estas

condiciones que se convierten en las características inherentes a la persona que necesita y/o demanda el cuidado. La Ilustración N°44 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 44: Red semántica de la Subcategoría Condiciones del paciente en control.

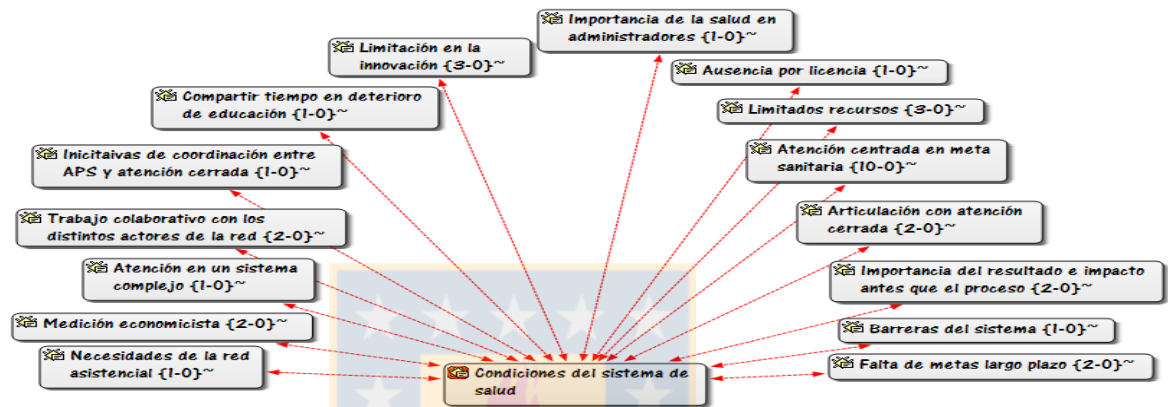


Fuente: Elaboración propia, a partir de los resultados obtenidos.

-Condiciones del sistema de salud: Contiene a las categorías iniciales: "articulación entre atención abierta y cerrada"; "barreras sistema de salud"; "carencia de metas a largo plazo respecto a población"; y "compromiso de la red". Contempla el fenómeno de las limitaciones relacionadas al sistema y que influyen en la calidad del cuidado. De esta manera, esta categoría contiene aspectos relacionados al funcionamiento del sistema, en tanto relación con la red asistencial, la centralidad en la meta sanitaria o la medición economicista, la dinámica de los sistemas complejos, la limitación de recursos e innovación en los equipos de salud, y la centralidad en el proceso antes que el resultado, entre otros. Enfermería se relaciona con estas condiciones y sortea permanentemente los factores que pueden afectar la calidad del cuidado en la

persona con DM 2. La Ilustración N°45 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 45: Red semántica de la Subcategoría Condiciones del sistema de salud.

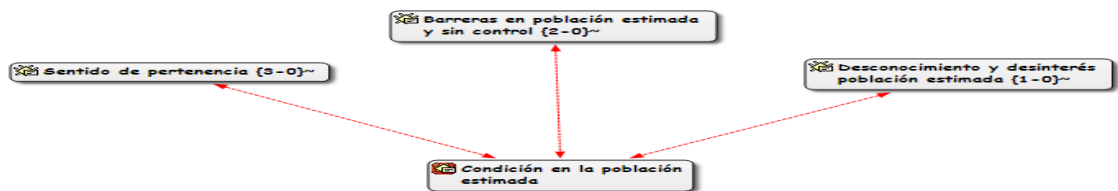


Fuente: Elaboración propia, a partir de los resultados obtenidos.

-Condiciones en la población estimada: Corresponde a la categoría inicial "barreras en la población estimada", y consiste en las condiciones inherentes a la población que integra la prevalencia de DM 2 y que por diversas razones no acude a la APS. Son las características propias de esta población y que potencialmente podrían limitar el acceso al cuidado de calidad. Algunas de estas particularidades estarían vinculadas con las características de la persona que asiste al control. Aquí destaca el desconocimiento y desinterés de la población, además de la ausencia del sentido de pertenencia al CESFAM, lo que ocasiona la inasistencia, incluso la desestimación de sus necesidades

reales de cuidado. La Ilustración N°46 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

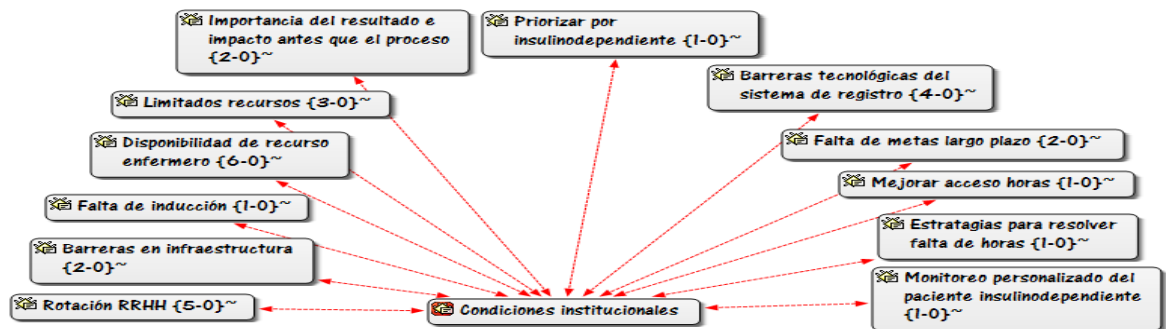
Ilustración N° 46: Red semántica de la Subcategoría Condiciones en la población estimada.



Fuente: Elaboración propia, a partir de los resultados obtenidos.

-Condiciones institucionales: Esta categoría incorpora a las categorías iniciales: "atención priorizada", "barreras en la institución", y "carencia de metas a largo plazo respecto a población". Consiste en las limitaciones de tipo institucional a las cuales se enfrenta el cuidado de calidad. Estas condiciones se relacionan con la dinámica institucional, con la precariedad del sistema, en cuanto a escasos y limitados recursos, con las condiciones de acceso para el paciente, además de la planificación y organización de la atención de la persona con diagnóstico de DM 2. Los gestores perciben que este es el escenario donde se expresa el cuidado, por tanto, dichas condiciones deben ser consideradas durante la planificación y ejecución del cuidado que busca ser de calidad. La Ilustración N°47 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 47: Red semántica de la Subcategoría Condiciones institucionales.

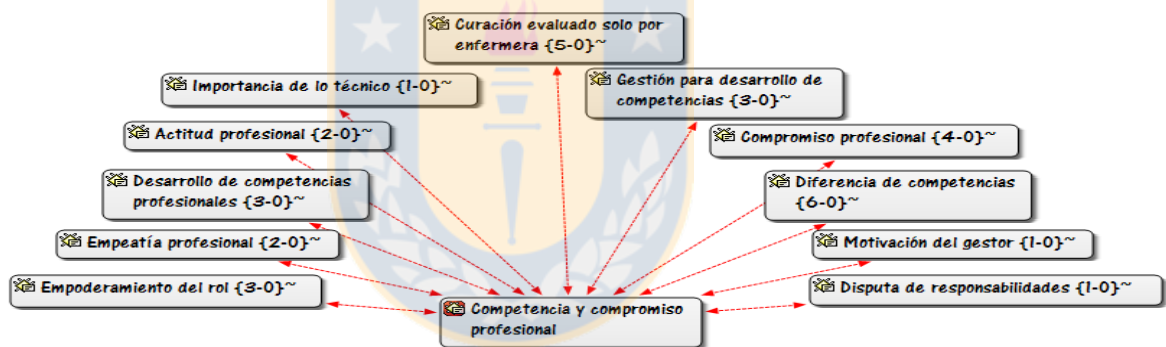


Fuente: Elaboración propia, a partir de los resultados obtenidos.

-Competencia y compromiso profesional: Incorpora las categorías iniciales: "calidad desde lo técnico", "competencia profesional", "compromiso profesional", "conflicto de responsabilidades", "delimitación del rol", y "motivación del gestor". Esta categoría integra los requisitos del profesional de enfermería para la entrega de un cuidado de calidad. Estos requisitos vienen a ser cualidades y competencias profesionales. Las cualidades se relacionan con el compromiso con su rol profesional, el cual no puede ser reemplazado o sustituido. Las competencias se destinan a ser desarrolladas y se relacionan con la empatía y todas aquellas que son necesarias para la atención del paciente con diagnóstico de DM 2. Por medio de esta categoría los gestores identifican potenciales barreras inherentes a la enfermera, las cuales podrían limitar un cuidado de calidad, y por tanto, una Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. Estas limitaciones están relacionadas a las motivaciones y

responsabilidad para la ejecución del cuidado. Se reconoce el riesgo de transmitir estas limitaciones al equipo de enfermería, generando acciones que se convierten en prácticas habituales y aprobadas por el resto, lo cual restringe la aparición de cambios requeridos para alcanzar la calidad del cuidado, y dificulta insertar la calidad como concepto transversal y fundamental en el quehacer de enfermería. La Ilustración N°48 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 48: Red semántica de la Subcategoría Competencia y compromiso profesional.

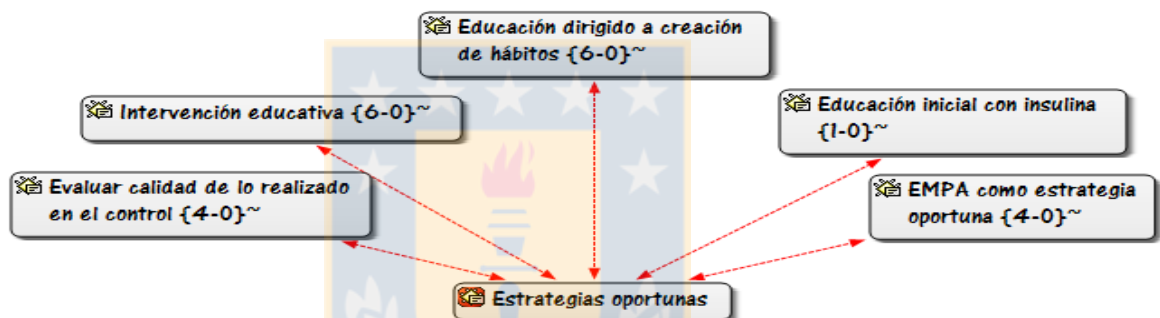


Fuente: Elaboración propia, a partir de los resultados obtenidos.

-Estrategias oportunas: Se encuentra integrada por las categorías iniciales: "educación efectiva", "EMPA estrategia oportuna", e "intervención educativa prioritaria". Los gestores aprecian que un cuidado de calidad debe incorporar intervenciones de enfermería destinadas a la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. Estas intervenciones son consideradas estrategias oportunas, puesto que actúan conforme a la necesidad o problema de la persona, y en el tiempo

adecuado para una pronta pesquisa de la enfermedad, una educación efectiva, una derivación apropiada, o todas aquellas acciones de enfermería destinadas a la población en control por DM 2, o en aquellos sin diagnóstico y sin recepción de las prestaciones de salud garantizadas. La Ilustración N°49 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos..

Ilustración N° 49: Red semántica de la Subcategoría Estrategias oportunas.



Fuente: Elaboración propia, a partir de los resultados obtenidos.

Subcategorías del proceso

-Gestión de soluciones: Incorpora las categorías iniciales: "gestión de las soluciones en institución" y "monitoreo de la calidad". Es reconocido entre los gestores que la calidad del cuidado contiene soluciones y la gestión de éstas en su ámbito de acción. De manera periódica enfermería enfrenta un contexto de conflictos o limitaciones, con los cuales debe relacionarse y saber resolver. La

Ilustración N°50 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 50: Red semántica de la Subcategoría Gestión de soluciones.

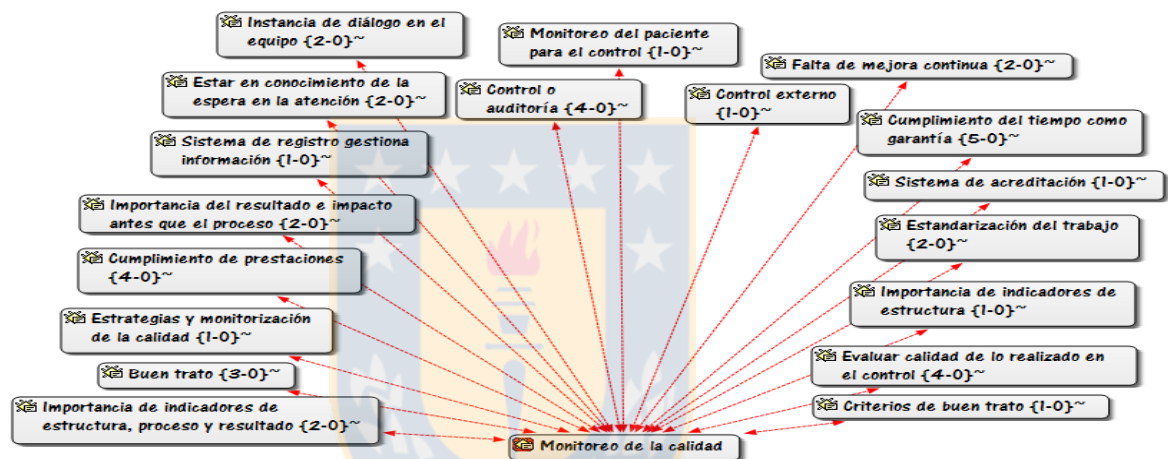


Fuente: Elaboración propia, a partir de los resultados obtenidos.

-Monitoreo de la calidad: Se encuentra integrada por las categorías iniciales: "estandarización de recepción y espera del paciente", "estandarización del quehacer", "evaluación por indicadores", "instancia de mejora continua en equipo", "monitoreo de la calidad", y "monitoreo de población en control". Esta categoría consiste en la incorporación de un monitoreo permanente de la calidad del cuidado, y no solamente enfatizar en la oferta única y esporádica. Para ello, es importante la participación del paciente y considerar la percepción de ellos dentro de este sistema que permitirá el mejoramiento continuo del cuidado. La monitorización de la calidad estará centrada en el trato, en el cumplimiento de las prestaciones de salud garantizadas y en todo lo referido a la atención directa del paciente. Para esto, es necesario estandarizar el cuidado y la atención de este tipo de paciente, estableciendo estrategias de

monitorización e indicadores de diverso tipo, lo cual permita medir el cuidado de enfermería en esta población, especialmente, en aquellos de mayor vulnerabilidad. La Ilustración N°51 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 51: Red semántica de la Subcategoría Monitoreo de la calidad.

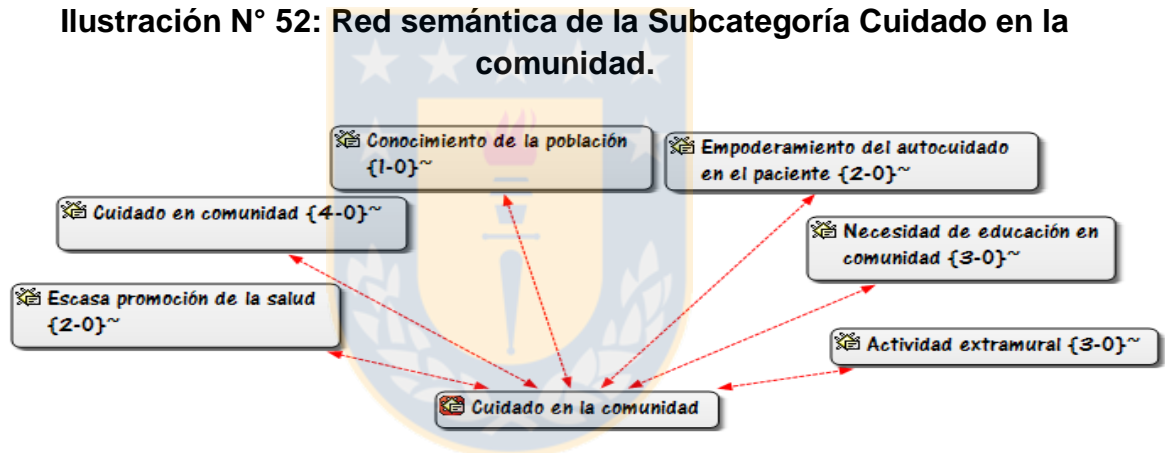


Fuente: Elaboración propia, a partir de los resultados obtenidos.

-Cuidado en la comunidad: Está compuesto por las categorías iniciales: "cuidado en la comunidad", y "empoderamiento del paciente en autocuidado". Esta categoría está dirigida a la oferta de un cuidado en el contexto de mayor cercanía al paciente. Este cuidado extramural o fuera del entorno institucional, permite conocer a la población o al receptor del cuidado, conocer su entorno de significado y comprender las condiciones propias a éste. Actualmente, son escasas las intervención o acciones de salud desarrolladas en estas

condiciones o contextos. Por esta razón, es esencial que el quehacer de enfermería proporcione acciones de cuidado ofertado en el espacio de significado para la población, a saber, un cuidado en comunidad, lo cual favorece la promoción y empoderamiento del autocuidado en el paciente. Esto es valorado por los gestores, pues, reconocen la necesidad educativa en las personas con diagnóstico de DM 2. La Ilustración N°52 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 52: Red semántica de la Subcategoría Cuidado en la comunidad.



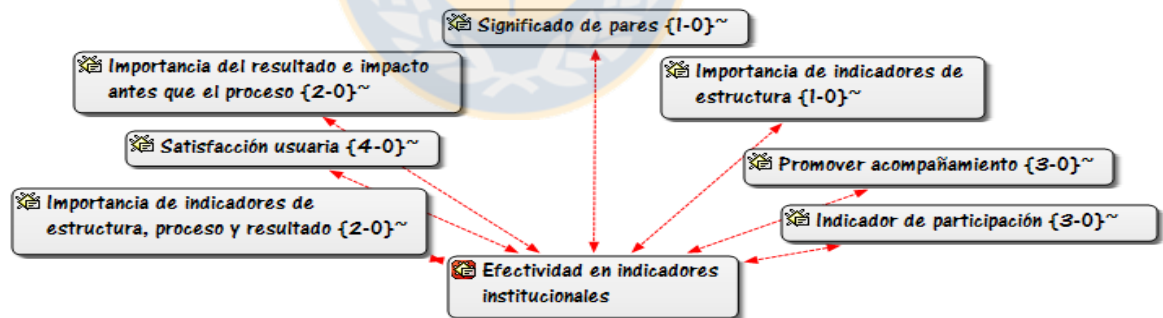
Fuente: Elaboración propia, a partir de los resultados obtenidos.

Subcategoría de consecuencias

-Efectividad en indicadores institucionales: Formada por las categorías iniciales: "evaluación por indicadores", "participación del paciente", "satisfacción del paciente", y "acompañamiento significativo y de pares". Aborda el fenómeno de los indicadores que demuestran efectividad a nivel institucional. Es una medida para monitorizar el desempeño y estado de cumplimiento de la institución en aspectos relevantes de la calidad del cuidado y que, sin duda,

contribuirán en la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. Si bien no contemplan los indicadores de resultado esperado por convención para la DM 2, es decir, coberturas y control metabólico, abordan las condiciones que acompañan a estos indicadores, y que desde la gestión son considerados importantes y claves en la calidad del cuidado. De esta manera, surge la participación del paciente en las actividades a las cuales es convocado en el CESFAM, el acompañamiento del paciente, la participación con pares en actividades de cuidado, y entre otros, la satisfacción usuaria. La Ilustración N°53 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 53: Red semántica de la Subcategoría Efectividad en indicadores institucionales.

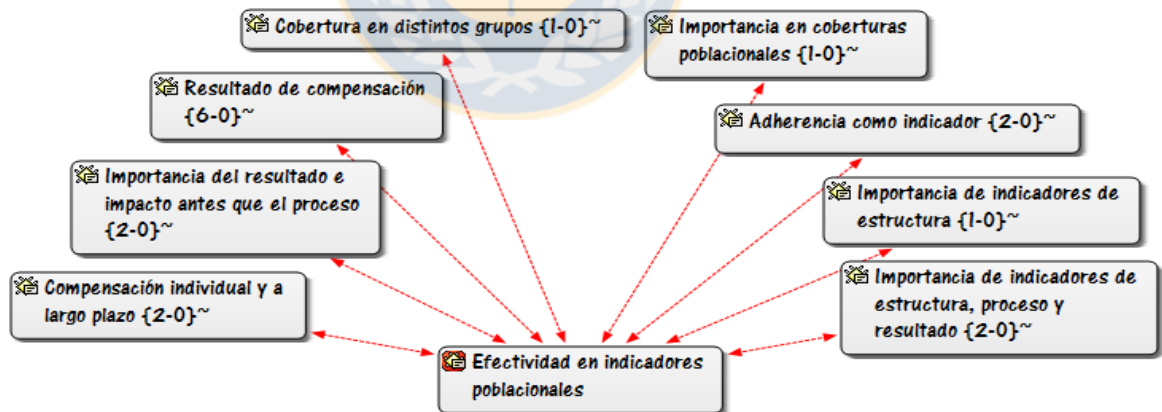


Fuente: Elaboración propia, a partir de los resultados obtenidos.

-Efectividad en indicadores poblacionales: Integrada por las categorías iniciales: "evaluación por indicadores", "coberturas", "compensación del paciente" y "compensación individual". Aborda los aspectos relacionados con

indicadores de efectividad en la población con DM 2. De esta manera, es importante para la gestión que el cuidado enfatice en la atención de ellos y en intentar alcanzarlos, monitorizándolos permanentemente. Estos indicadores están relacionados con la adherencia al cuidado y tratamiento, y que esta adherencia sea en los distintos grupos etarios. Centra la atención en el porcentaje de compensación o control metabólico, pero, asimismo, en el tiempo de compensación individual, pues esto se convierte en un mejor indicador de efectividad a largo plazo, en tanto, intervención educativa, es decir, da cuenta de un cambio de hábito en la población. La Ilustración N°54 contiene la red semántica que relaciona esta categoría y sus respectivos códigos.

Ilustración N° 54: Red semántica de la Subcategoría Efectividad en indicadores poblacionales.



Fuente: Elaboración propia, a partir de los resultados obtenidos.

CODIFICACIÓN SELECTIVA:

- Identificación y delimitación del fenómeno:

La “percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”, consiste en la opinión de un grupo de 6 profesionales responsables de la administración y gestión de la APS, los cuales describen y explican la delimitación del fenómeno de estudio. Centran su atención en el cuidado de enfermería en el paciente con DM 2 realizado en la APS. Si bien los discursos describen lo observado y las percepciones sobre la calidad del cuidado de enfermería asociada a una atención de salud de calidad en la población objetivo, las entrevistas están orientadas a establecer los límites de lo que ellos creen debería ser un cuidado de calidad en personas con DM 2, tanto en aquellos que reciben un cuidado en la APS, como aquellos no inscritos y que forman parte de la población estimada con DM 2. De esta manera, se conoce la percepción de ellos sobre la naturaleza, características, y barreras que limitan la implementación de un cuidado de calidad en la cobertura efectiva de este grupo de pacientes.

Es así, que surge “**la gestión de un cuidado integral y centrado en el paciente**” como categoría central en la “percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”, descubriendo que dicha percepción nace desde la experiencia diaria del quehacer gestor. “**La gestión de un cuidado integral y centrado en el paciente**” es comprendido por los gestores como un elemento fundamental y

que necesariamente debe estar presente en el escenario de un cuidado de calidad. A la enfermera le compete gestionar un cuidado integral, cuyo centro sean las necesidades y problemáticas de la persona en lo relativo al cuidado. Lo anterior integra la planificación y ejecución del cuidado en actividades intramurales, es decir, en el propio establecimiento de salud, y las acciones en el ámbito extramural, a saber, en la comunidad. La gestión de este cuidado en el contexto intramural enfatiza en las prestaciones de salud garantizadas, esto es, consulta o control de salud; educación de grupo (talleres de educación grupal); y curaciones. De igual manera, la gestión de este cuidado en el contexto extramural enfatiza en las intervenciones dirigidas a alcanzar la población estimada con DM 2, lo cual es una prioridad para los gestores de salud, pues contempla un cuidado que impacta en la Cobertura Universal Efectiva.

- **Argumento de la categoría central en el fenómeno:**

Conocer fenómenos como la calidad del cuidado, desde los conceptos asociados a cobertura, acceso, efectividad y satisfacción de necesidades en la población, es relevante para intervenir en políticas públicas, especialmente en patologías como la DM 2 que ocasiona un gran impacto familiar, sanitario y social. Esto es fundamental al considerar la alta proporción del cuidado en atenciones de salud de tipo preventiva y/o promocional. Que enfermería explique, desde su disciplina, la calidad del cuidado en patologías que hoy son un grave problema en salud pública enriquece la oferta de cuidado, y además

responde a desafíos globales como la Cobertura Universal Efectiva. Dado que en Chile la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2 es del 17,69%¹¹, con una alta participación de enfermeras en la atención de este grupo, sumado a la evidencia científica^{12,13} de su importante rol en el control metabólico de la enfermedad, es trascendental ofertar un cuidado de calidad conforme a lo señalado en esta Microteoría sustantiva [desde la gestión de un cuidado integral y centrado en el paciente], pues responderá al desafío sanitario de la Cobertura Universal Efectiva en esta población vulnerable.

Toda vez contrastadas las propiedades dimensionales de las categorías seleccionadas en la codificación axial, éstas son integradas en una categoría central llamada gestión de un cuidado integral y centrado en el paciente, que es necesario para otorgar un cuidado de calidad. En la relación de cuidado que las enfermeras establecen con estos pacientes en la APS, se integran diferentes aspectos que se convierten en condiciones para la expresión de un cuidado de calidad, surgen acciones e interacciones propias a la relación de cuidado, y se manifiestan consecuencias que emanan del mismo fenómeno. Para otorgar un cuidado de calidad dirigido a la Cobertura Universal Efectiva en la DM 2, la gestión de un cuidado integral y centrado en el paciente se enfrenta a condiciones contextuales que forman parte de la estructura, entre ellas: “condiciones del paciente en control”; “condiciones del sistema de salud”; “condiciones en la población estimada”; y “condiciones institucionales”. Así también, enfermería enfrenta condiciones causales, que de igual manera

forman parte de la estructura, a saber: “competencia y compromiso profesional”; y “estrategias oportunas”. Todas estas condiciones contextuales y causales se constituyen en subcategorías dentro de la Microteoría sustantiva, y forman parte de la estructura con la cual se relaciona la calidad del cuidado de enfermería. Dependiendo de las relaciones que establece este fenómeno con la estructura, se fomentará o inhibirá la gestión de un cuidado integral y centrado en el paciente, lo cual se evidenciará en las acciones e interacciones que son propias a este tipo de cuidado, es decir, “cuidado en la comunidad”; “gestión de soluciones”; y “monitoreo de la calidad”, dirigidos a dar respuesta a una Cobertura Universal Efectiva, es decir, incorporando a la población estimada con DM 2. Tanto el cuidado en la comunidad, la gestión de soluciones y el monitoreo de la calidad son parte del proceso, que al estar en constante relación con la estructura producen consecuencias propias a esta relación, las cuales han sido identificadas como “efectividad en indicadores institucionales” y “efectividad en indicadores poblacionales”. La gestión de un cuidado integral y centrado en el paciente ha sido seleccionada como categoría central del fenómeno de estudio “percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”, puesto que por esta gestión las acciones e interacciones se realizan por medio de un cuidado que ocasiona efectos en indicadores de calidad a nivel institucional y en la persona con DM 2.

Para comprender la Microteoría sustantiva de la “percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”, es necesario definir los constructos sobre los cuales se explica el fenómeno que aborda. De la conceptualización de estos constructos y la relación de los mismos, surge el paradigma donde convergen la estructura, procesos y sus respectivas consecuencias.

ESTRUCTURACIÓN DE LA MICROTEORÍA SUSTANTIVA “PERCEPCIÓN DE LOS GESTORES DE SALUD SOBRE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA COBERTURA UNIVERSAL EFECTIVA DE LA DM 2”.

Definición de Constructos:

-Percepción de la calidad del cuidado: Consiste en la opinión de los gestores de salud respecto a la calidad del cuidado de enfermería. Este tipo de cuidado se circunscribe a la atención de una persona con DM 2. La identificación de la naturaleza, características y barreras de este fenómeno contribuyen a establecer sus límites.

-Cobertura Universal Efectiva: Consiste en la proporción de pacientes compensados metabólicamente respecto a la población total estimada con DM 2, según prevalencia de la enfermedad a nivel nacional. La compensación metabólica es evaluada por medio del parámetro clínico de hemoglobina

glicosilada (HbA1c<7%).

-Gestión de un cuidado integral y centrado en el paciente: Contempla la responsabilidad de la enfermera, en tanto gestión de la necesidad o problema de cuidado en la persona con DM 2, respondiendo a las diferentes dimensiones o áreas del ser humano.

Los componentes del paradigma orientan la identificación de indicadores que permitirán medir la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, a saber, las subcategorías de la estructura a indicadores de estructura, las subcategorías del proceso a indicadores de proceso, y las subcategorías de consecuencias a indicadores de resultado e indicadores de impacto. Los indicadores de impacto tienen relación con las subcategorías de consecuencias, y asimismo, con los actuales indicadores de cobertura solicitados en las metas e IAAPS.

Teorización de la “Percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”.

Explorar el fenómeno de la percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, requiere comprender el contexto donde se desarrolla el cuidado y los aspectos

o factores relacionados. Esto con la finalidad de profundizar en la naturaleza de este fenómeno, pues concierne a temáticas amplias y de importancia global, las cuales se relacionan directamente con el quehacer gestor que los participantes ejercen. Por un lado, una política pública en salud de prioridad internacional, a saber, cobertura universal de salud, que involucra ampliar los servicios de salud, la población beneficiaria, y mejorar el acceso de las personas a la salud que necesitan, sin exponerlos a riesgos de tipo económico . Por otra parte, una enfermedad como la DM 2 que se convierte en un grave problema de salud pública a nivel internacional, por sus características y consecuencias. Ambos aspectos, a saber, la declaración de la política pública de cobertura universal de salud y la DM 2, con su alto porcentaje de descompensación y complicaciones asociadas, son prioritarias en la labor que desempeñan estos gestores de salud, pues gestionan la aplicación de las diferentes políticas sanitarias emanadas desde la autoridad de salud e instituciones referentes a nivel nacional e internacional. Así también, planifican y movilizan recursos para dar solución a los problemas en salud por los cuales son evaluados, siendo la DM 2 uno de ellos. De esta manera, esta Microteoría aborda la calidad del cuidado de enfermería en la población diabética beneficiaria de los servicios en la APS chilena, y en los potenciales beneficiarios, es decir, la población diabética estimada según prevalencia de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Por esta razón, esta Microteoría posee un alcance mayor a cobertura universal, esto es, Cobertura Universal Efectiva.

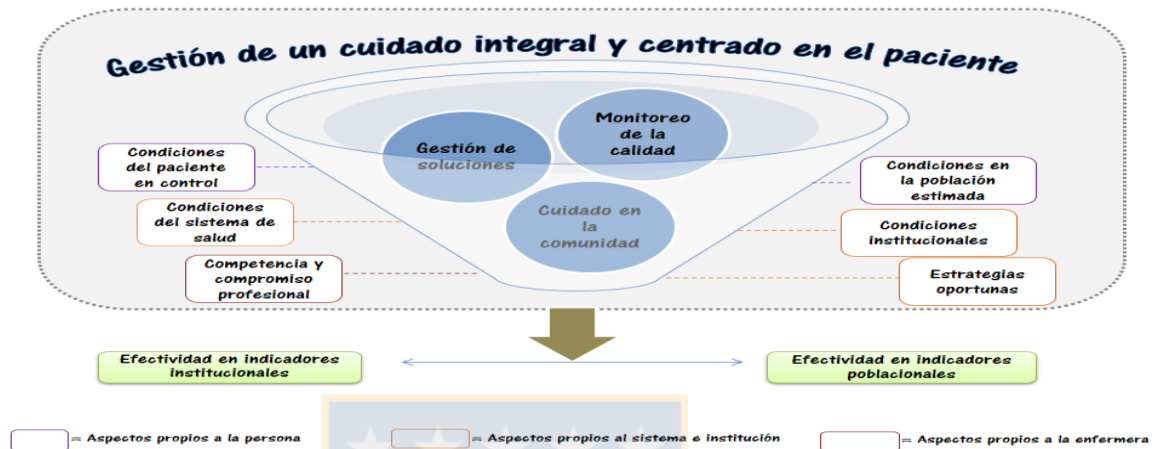
La percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, desarrollada en el contexto de la APS, reconoce la influencia de aspectos o factores intrínsecos al paciente, al sistema de salud e institución, y al profesional de enfermería. Puesto que el cuidado de enfermería integra las atenciones realizadas en los establecimientos de APS, es conveniente tener presente los aspectos que intervienen en esta oferta. Los aspectos asociados al contexto en que se desarrolla el cuidado corresponden a la estructura sobre la cual se sustenta la calidad del cuidado. Esta estructura despliega su influencia en la atención de salud, y por consiguiente en el cuidado, promoviendo o limitando su excelencia. Se reconoce la necesidad de alcanzar la excelencia del cuidado, para enfrentar desde enfermería el importante problema de salud pública del bajo control metabólico en la población diabética. Para ello, enfermería debe gestionar el cuidado integralmente y enfocado en la persona, lo cual se evidenciará en indicadores que demuestran calidad a nivel institucional y en indicadores poblacionales, los cuales están asociados a información propia a la persona con DM 2.

En el contexto de cobertura universal de salud, la gestión de un cuidado integral y centrado en el paciente se convierte en un requisito ineludible para alcanzar la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. De esta manera, es preciso identificar la estructura sobre la cual se relaciona y construye este tipo de cuidado y la gestión de éste. La gestión de un

cuidado integral y centrado en el paciente se convierte en el quehacer de enfermería en el contexto de un cuidado de calidad, el cual es ofertado al paciente por medio de un cuidado en la comunidad, gestionando soluciones respecto a los problemas que surgen, además de una monitorización de la calidad. Estas corresponden a las intervenciones que las enfermeras y equipo realizan para alcanzar una Cobertura Universal Efectiva en la DM 2, las cuales representan el proceso que interactúa permanentemente con los aspectos de la estructura.

Conforme a lo señalado, en la estructura surgen distintas condiciones de tipo contextuales y causales que influyen directa o indirectamente, promoviendo o limitando un cuidado de calidad. Estas condiciones pueden ser agrupadas en aspectos propios a la persona con DM 2, en aspectos propios al sistema de salud e institución, y en aspectos propios a la enfermera. Por esta razón, es importante considerar el escenario en el cual surge el fenómeno de la “percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”. Esto puede ser observado en la Ilustración N° 55.

Ilustración N° 55: Estructura diagramática de la Microteoría sustantiva “percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”.

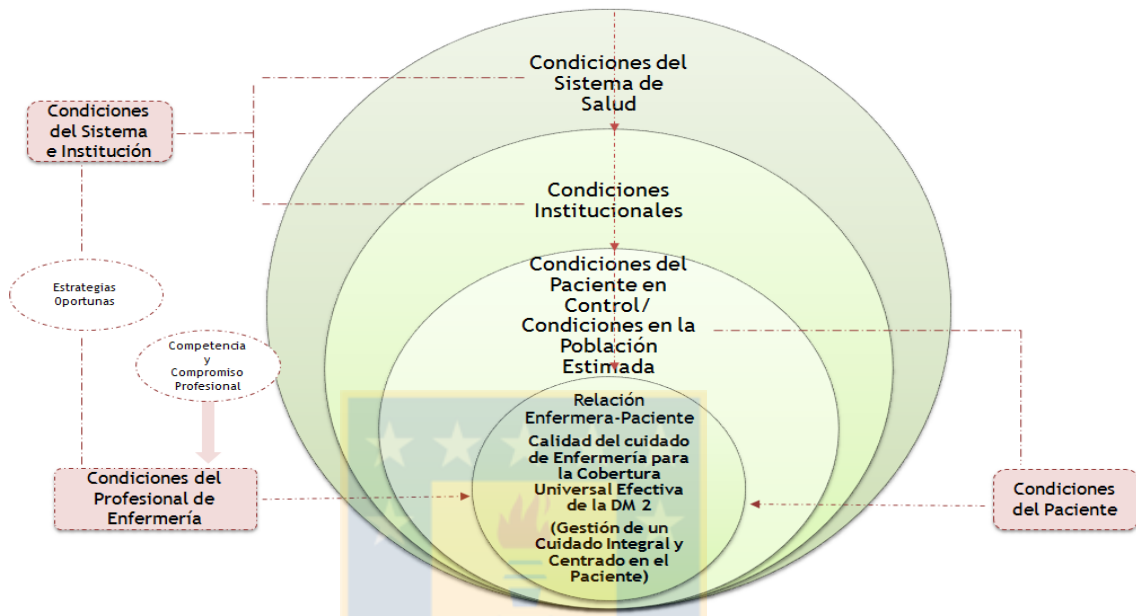


Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos

Condiciones contextuales y causales de la calidad del cuidado de enfermería

El cuidado con orientación a la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2 se oferta en un escenario en el que participan diferentes factores. Las condiciones en las cuales surge el cuidado se relacionan con aspectos propios a los actores participantes en la relación de cuidado, es decir, enfermera y paciente que adolece de DM 2, además de condiciones propias al sistema de salud e institución. Las condiciones contextuales y causales de esta Microteoría sustantiva se aprecian en la Ilustración N°56.

Ilustración N° 56: Condiciones contextuales y causales de la Microteoría sustantiva “percepción de los gestores de salud sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”.



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos

Estas condiciones integran la estructura en la cual se desarrolla el cuidado de la persona con DM 2 en la APS, por esta razón, las condiciones contextuales y causales se convierten en el contexto de la calidad del cuidado.

Se distinguen desde el exterior las condiciones propias al sistema e institución, a saber, condiciones del sistema de salud y condiciones institucionales. Estas forman parte de las condiciones contextuales. Si bien, dichas condiciones son las más distantes a la relación enfermera paciente que surge en el centro del cuidado de calidad, son esenciales para este fenómeno desde el enfoque de los gestores de la APS. Ellos entienden que el sistema de cuidado está circunscrito a la dinámica del sistema de salud, limitando o promoviendo la expresión de un

cuidado de calidad en la persona con DM 2. Es indivisible el cuidado de la estructura y orgánica de la red asistencial, por tanto, el quehacer de enfermería debe ser comprendido, evaluado, gestionado y analizado en este contexto. La inexistencia de una planificación del cuidado a largo plazo, la limitación en la innovación del equipo, y la mirada o enfoque de las políticas, en tanto programación y evaluación de la APS, limitan la intervención estratégica en el ámbito de la enfermería, con la intención de mejorar el escenario adverso que ocasiona la DM 2 a nivel poblacional, social e institucional. Enfermería se relaciona con estas condiciones y sortea permanentemente los factores que pueden afectar la calidad del cuidado en la persona con DM 2. El cuidado de calidad que involucra la gestión del cuidado integral y centrado en el paciente se realiza principalmente dentro de las instituciones de APS. Los gestores describen que, a pesar de realizar una programación local, la gestión del quehacer de enfermería y de otras atenciones de salud, dependen de las condiciones institucionales, es decir, de la disponibilidad y características de los recursos, de las metas o indicadores por los cuales serán evaluados, incluso de la misma dinámica de un sistema complejo.

En el centro de la relación de enfermería, donde se expresa el cuidado de calidad, participan las condiciones de los actores claves de esta relación, es decir, las condiciones del profesional de enfermería y las condiciones del paciente.

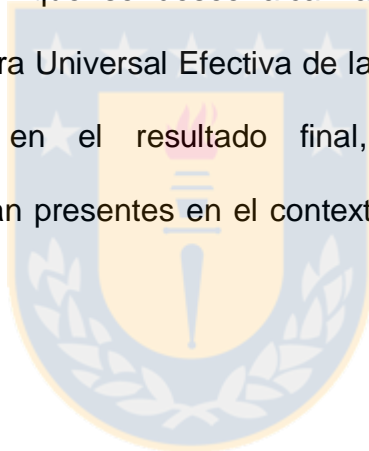
Respecto a las condiciones del profesional de enfermería, que corresponden a las condiciones causales, surge la competencia y compromiso profesional, además de las estrategias oportunas. Estas últimas también se relacionan como condiciones del sistema e institución, pero son entendidas como condiciones causales del fenómeno gestión del cuidado integral y centrado en el paciente, que es requisito para un cuidado de calidad. La competencia y compromiso profesional trata de las características requeridas en la enfermera para la entrega de un cuidado de calidad. Consiste en competencias y cualidades profesionales. Las competencias se destinan a ser desarrolladas y se relacionan con la empatía y todas aquellas que son necesarias para la atención del paciente con diagnóstico de DM 2. Las cualidades se relacionan con el compromiso con su rol profesional, el cual no puede ser reemplazado o sustituido. Los gestores manifiestan la importancia de desarrollar estas competencias y compromisos profesionales, pues su ausencia conlleva al riesgo de transmitir e instaurar un cuidado distante de los parámetros de calidad, es decir, sin la gestión de un cuidado integral y centrado en el paciente. Otra de las condiciones del profesional de enfermería consiste en las estrategias oportunas. Estas estrategias son intervenciones de enfermería destinadas a la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, y son consideradas estrategias oportunas, puesto que actúan conforme a la necesidad o problema de la persona, y en el tiempo adecuado para una pronta pesquisa de la enfermedad, una educación efectiva, una derivación apropiada, o todas

aquellas acciones de enfermería destinadas a la población en control por DM 2, o en aquellos sin diagnóstico y sin recepción de las prestaciones de salud garantizadas.

Con relación a las condiciones del paciente, en ellas se encuentran las condiciones del paciente en control y las condiciones en la población estimada. De esta manera, en el cuidado de calidad participan los aspectos inherentes a la población que recibe el cuidado, o bien, la población objeto de recepción del cuidado, aun cuando éstos actualmente no hagan uso de las garantías de salud ofertadas en la APS. Sobre las condiciones del paciente en control, destacan las características, tales como: nivel educacional; capacidad cognitiva; grado de vejez; condiciones físicas relacionadas con la audición y vista; y las necesidades psicológicas presentes en la relación de cuidado. Todas estas se convierten en potenciales limitaciones para una comprensión de las intervenciones de enfermería, o para incluso, ejecutar un autocuidado dirigido al control metabólico. De esta manera, los gestores reconocen que, en el encuentro de un cuidado de calidad, las enfermeras deben tener presente estas condiciones que se convierten en las características inherentes a la persona que necesita y/o demanda el cuidado. Las condiciones en la población estimada corresponden a las características inherentes de la población que integra la prevalencia de DM 2 y que por diversas razones no acude a la APS. Son particularidades de esta población y que potencialmente podrían limitar el acceso al cuidado de calidad. Algunas de estas estarían vinculadas con las

características de la persona que asiste al control. Aquí destaca el desconocimiento y desinterés de la población, además de la ausencia del sentido de pertenencia al CESFAM, lo que ocasiona la inasistencia, incluso la desestimación de sus necesidades reales de cuidado.

Es necesario tener presente que el cuidado, y así también, la atención de salud se realiza en instituciones de salud complejas en cuanto a su composición y funcionamiento. Por tanto, las condiciones contextuales y causales deberán considerarse toda vez que se desee alcanzar un cuidado de calidad con enfoque en la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, no entendiendo a éstas como deterministas en el resultado final, sino como aspectos que necesariamente estarán presentes en el contexto donde transita el cuidado de enfermería.



Quehacer profesional en la calidad del cuidado de enfermería

El quehacer profesional en el cuidado de calidad con enfoque en la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, involucra la gestión de un cuidado integral y centrado en el paciente, cuyos beneficiarios corresponden a personas con DM 2 que asisten al establecimiento de APS, y personas que integran la poblacional estimada con DM 2, pero que no forman parte de los beneficiarios activos de la APS. Lo anterior por desconocimiento, voluntad propia, o limitaciones en el acceso a la salud proporcionada en la APS.

Los gestores visualizan la gestión de un cuidado integral y centrado en el paciente en tres principales acciones que el profesional de enfermería realiza, a saber: gestión de soluciones; monitoreo de la calidad; y cuidado en la comunidad. Estas corresponden al quehacer de enfermería en un cuidado de calidad. El quehacer profesional se convierte en las acciones o interacciones, siendo en su conjunto entendidas como el proceso que emana de la relación entre cuidado de calidad (gestión de un cuidado integral y centrado en el paciente), y las condiciones que forman parte de la estructura.

De esta manera, la gestión de soluciones es reconocida entre los gestores que la calidad del cuidado contiene soluciones y la gestión de éstas en su ámbito de acción. De manera periódica enfermería enfrenta un contexto de conflictos o limitaciones, con los cuales debe relacionarse y saber resolver.

El monitoreo de la calidad consiste en la incorporación de un monitoreo permanente de la calidad del cuidado, y no solamente enfatizar en la oferta única y esporádica. Para ello, es importante la participación del paciente y considerar la percepción de ellos dentro de este sistema que permitirá el mejoramiento continuo del cuidado. La monitorización de la calidad estará centrada en el trato, en el cumplimiento de las prestaciones de salud garantizadas y en todo lo referido a la atención directa del paciente. Para esto, es necesario estandarizar el cuidado y la atención de este tipo de paciente, estableciendo estrategias de monitorización e indicadores de diverso tipo, lo

cual permita medir el cuidado de enfermería en esta población, especialmente en aquellos de mayor vulnerabilidad.

El cuidado en la comunidad está dirigido a la oferta de un cuidado en el contexto de mayor cercanía al paciente. Este cuidado extramural o fuera del entorno institucional, permite conocer a la población o al receptor del cuidado, conocer su entorno de significado y comprender las condiciones propias a éste. Actualmente son escasas las intervenciones o acciones de salud desarrolladas en estas condiciones o contextos. Por esta razón, es esencial que el quehacer de enfermería proporcione acciones de cuidado ofertado en el espacio de significado para la población, a saber, un cuidado en comunidad, lo cual favorece la promoción y empoderamiento del autocuidado en el paciente. Esto es valorado por los gestores, pues reconocen la necesidad educativa en las personas con diagnóstico de DM 2.

Las acciones o interacciones antes señaladas que integran un cuidado de calidad, es decir, un cuidado que involucra la gestión de un cuidado integral y centrado en el paciente, están en permanente interacción con las condiciones contextuales y causales, lo cual ocasiona efectos de diversa índole. Esto quiere decir que la manifestación de un cuidado de calidad se observará, y por tanto medirá, en aspectos que para los pacientes son fundamentales.

Manifestación de la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2

Las manifestaciones de una calidad del cuidado de enfermería se aprecian en dos áreas de importancia para los gestores de salud, por una parte, en los indicadores institucionales que integran diversos aspectos que miden el desempeño institucional en lo relativo a una Cobertura Universal Efectiva, y por otra parte, en indicadores poblacionales que miden la Cobertura Universal Efectiva de manera directa en la población que adolece de DM 2.

Estas manifestaciones corresponden a las consecuencias que surgen de la interacción entre estructura y proceso del fenómeno gestión de un cuidado integral y centrado en el paciente.

Respecto a la efectividad en indicadores institucionales, esta aborda el fenómeno de los indicadores que demuestran efectividad a nivel institucional. Es una medida para monitorizar el desempeño y estado de cumplimiento de la institución en aspectos relevantes de la calidad del cuidado y que, sin duda, contribuirán en la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. Si bien no contemplan los indicadores de resultado esperado por convención para la DM 2, es decir, coberturas y control metabólico, abordan las condiciones que acompañan a estos indicadores, y que desde la gestión son considerados importantes y claves en la calidad del cuidado. De esta manera, surge la participación del paciente en las actividades a las cuales es convocado en el

CESFAM, el acompañamiento del paciente, la participación con pares en actividades de cuidado, y entre otros, la satisfacción usuaria.

En relación con la efectividad en indicadores poblacionales, esta aborda los aspectos relacionados con indicadores de efectividad en la población con DM 2. De esta manera, es importante para la gestión que el cuidado enfatice en la atención de ellos y en intentar alcanzarlos, monitorizándolos permanentemente. Estos indicadores están relacionados con la adherencia al cuidado y tratamiento, y que esta adherencia sea en los distintos grupos etarios. Centra la atención en el porcentaje de compensación o control metabólico, pero, asimismo, en el tiempo de compensación individual, pues esto se convierte en un mejor indicador de efectividad a largo plazo, en tanto, intervención educativa, es decir, da cuenta de un cambio de hábito en la población.

Afirmaciones Teóricas

A continuación, se exponen las afirmaciones teóricas que son expresadas conforme a la convergencia de los elementos propios al metaparadigma de enfermería (enfermería, salud, paciente y entorno).

De tipo estructurales: Incorpora los componentes enfermería y entorno.

1.- La calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, requiere la gestión de un cuidado integral y centrado en el paciente, que se dará en condiciones contextuales relacionadas con aspectos propios a

la persona que adolece de DM 2, al sistema o institución de salud, y al profesional de enfermería.

De tipo proceso: Incorpora los componentes enfermería, entorno y salud.

1.- La calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, requiere de la gestión de un cuidado integral y centrado en el paciente, que conlleva al ejercicio (quehacer) de un rol profesional, manifestado en la ejecución de cuidado en comunidad dirigido a la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, de un monitoreo de la calidad, y de una gestión de soluciones.

De tipo resultado: Incorpora los componentes enfermería, entorno, salud y persona.

1.- El quehacer del profesional de enfermería en la calidad del cuidado, genera efectos dirigidos a una Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. Estos efectos se expresan en la efectividad de indicadores poblacionales e institucionales.

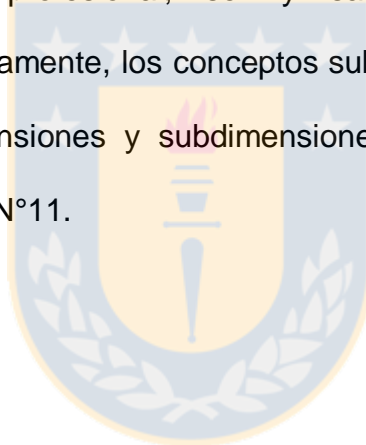
4.2. Segunda Etapa de Investigación: Resultados Paradigma Cuantitativo.

En este paradigma se efectuó la identificación y diseño de los indicadores de calidad, evaluando la validez de contenido por medio de un grupo de expertos. Se realizó un recorrido metodológico para la identificación y diseño de los indicadores, donde se consideró la "estructura", el "proceso", y los "resultados", como componentes del paradigma que emergió en las tres Microteorías

sustantivas. Además, se incorporó el "impacto", con la intención de mejorar la especificidad de los indicadores.

4.2.1. Recorrido metodológico para la identificación de dimensiones e indicadores.

En la estructura, como componente del paradigma en las tres Microteorías sustantivas emergentes, se identificaron tres conceptos subyacentes, a saber: percepción del rol profesional; ser y saber profesional; y aspectos institucionales. Seguidamente, los conceptos subyacentes fueron definidos y se identificaron las dimensiones y subdimensiones respectivas. Esto último se observa en el Cuadro N°11.



Cuadro N° 11: Recorrido metodológico para la identificación de las dimensiones en los indicadores de estructura.

Componente del paradigma	Concepto subyacente por medir	Definición del concepto subyacente	Dimensión	Subdimensiones
Estructura	Percepción del rol profesional.	Consiste en el juicio que se hace sobre el rol autónomo de la enfermera, y su impacto en el control metabólico poblacional.	Desempeño y autonomía profesional.	-Rol insustituible en el acceso y control metabólico. -Autonomía profesional.
	Ser y saber profesional.	Aborda los aspectos relacionados con la adquisición de competencias actitudinales y cognitivas en la enfermera, las cuales son fundamentales para un cuidado de calidad.	Vocación y competencia profesional.	-Vocación profesional. -Competencias adquiridas por educación continua.
	Aspectos institucionales.	Integra la valoración de los aspectos relacionados al sistema de salud en el cual se expresa el cuidado de calidad.	Condiciones del sistema y establecimiento.	-Interacción con red asistencial. -Recursos para el cuidado. -Barreras institucionales.
			Programación de la gestión del cuidado y participación de enfermería.	-Supervisión de enfermería. -Toma de decisiones en el cuidado. -Programación del cuidado según necesidad en el paciente.

Cada dimensión fue definida, delimitando así el alcance de ella. Posteriormente, se definió el indicador por medio de una expresión coherente a la subdimensión de pertenencia. Estos indicadores se observan en los Cuadros N° 12 al 15, y deben ser evaluados por las enfermeras del establecimiento:

Cuadro N° 12: Recorrido metodológico para la identificación de los indicadores de estructura en la dimensión desempeño y autonomía profesional.

Dimensión	Definición	Subdimensiones	Indicador
Desempeño y autonomía profesional.	Dimensión que permite la evaluación de los aspectos relacionados al quehacer de enfermería, en tanto, importancia y autonomía en el control metabólico poblacional.	Rol insustituible en el acceso y control metabólico.	- Las enfermeras poseen un rol insustituible en el control metabólico de la persona con diagnóstico de DM 2. -En la población estimada con DM 2, las enfermeras poseen un rol insustituible en el acceso a las prestaciones ofertadas en la APS.
		Autonomía profesional.	-Las enfermeras planifican con autonomía un cuidado destinado al control metabólico de la población que asiste a la APS. -Las enfermeras planifican con autonomía un cuidado en la población estimada con DM 2, centrado en el acceso a las prestaciones ofertadas en la APS.

Cuadro N° 13: Recorrido metodológico para la identificación de los indicadores de estructura en la dimensión vocación y competencia profesional.

Dimensión	Definición	Subdimensiones	Indicador
Vocación y competencia profesional.	Dimensión que permite la evaluación de los aspectos relacionados al ser y saber de enfermería.	Vocación profesional.	-Las enfermeras demuestran vocación profesional en su comportamiento con la institución, pares, y especialmente en la atención de la persona con diagnóstico de DM 2.
		Competencias adquiridas por educación continua.	-Porcentaje de enfermeras con capacitación en aspectos relacionados con la intervención efectiva del paciente y familia, promoción de la salud, curación, trato humanizado, u otro, por medio de seminarios, cursos de actualización, postítulo o postgrado.

Cuadro N° 14: Recorrido metodológico para la identificación de los indicadores de estructura en la dimensión condiciones del sistema y establecimiento.

Dimensión	Definición	Subdimensiones	Indicador
Condiciones del sistema y establecimiento.	Dimensión que permite la evaluación de los aspectos institucionales que se relacionan permanentemente con la oferta del cuidado de enfermería.	Interacción con red asistencial.	-Las enfermeras reciben información oportuna de la red asistencial, cuando la persona con diagnóstico de DM 2 acude a la atención cerrada o urgencia, debido a descompensación, u otros aspectos relacionados con su condición de salud
		Recursos para el cuidado.	-Los recursos materiales (insumos-equipos) utilizados en el cuidado de la persona con diagnóstico de DM 2 son suficientes y adecuados a las necesidades del paciente. -Los recursos físicos (infraestructura) utilizados para el cuidado de la persona con diagnóstico de DM 2 son suficientes y adecuados a las necesidades del paciente. -Los recursos humanos del sistema de cuidado (enfermeras y técnicos paramédicos) destinados a la atención de la persona con diagnóstico de DM 2, son suficientes y adecuados a las necesidades del paciente.
		-Barreras institucionales.	-Las condiciones, entre ellas, el comportamiento actitudinal de funcionarios, infraestructura, horas disponibles y horario, favorecen el acceso de la persona con diagnóstico de DM 2 al cuidado de enfermería.

Cuadro N° 15: Recorrido metodológico para la identificación de los indicadores de estructura en la dimensión programación de la gestión del cuidado y participación de enfermería.

Dimensión	Definición	Subdimensiones	Indicador
Programación de la gestión del cuidado y participación de enfermería.	Dimensión que permite la evaluación de los aspectos relacionados a la programación de las acciones de enfermería destinadas a gestionar la calidad del cuidado, además de los aspectos relacionados a la participación de las enfermeras en las decisiones relativas al ámbito de su quehacer.	Supervisión de enfermería.	-Las enfermeras planifican la supervisión del cuidado para el mejoramiento continuo de su quehacer, por medio de un plan o sistema de control permanente.
		Toma de decisiones en el cuidado.	-Las enfermeras participan en la toma de decisiones sobre la programación y ejecución del cuidado.
		Programación del cuidado según necesidad en el paciente.	-Las enfermeras programan el cuidado según necesidades poblacionales, y no solamente en función de metas e indicadores de evaluación ministerial, es decir, interviniendo preventiva y promocionalmente en distintos grupos etarios, condiciones metabólicas, o de tratamiento de los mismos.

En el proceso, como componente del paradigma en las tres Microteorías sustantivas emergentes, se identificaron tres conceptos subyacentes, a saber: continuidad del cuidado; diferenciación del cuidado, y control de calidad. Seguidamente, los conceptos subyacentes fueron definidos y se identificaron las dimensiones y subdimensiones respectivas. Esto último se observa en el Cuadro N°16.

Cuadro N° 16: Recorrido metodológico para la identificación de las dimensiones en los indicadores de proceso.

Componente del paradigma	Concepto subyacente por medir	Definición del concepto subyacente	Dimensión	Subdimensiones
Proceso	Continuidad del cuidado.	Es la respuesta oportuna de enfermería, y sostenida en el tiempo, frente a las necesidades de cuidado en el paciente. Se relaciona con un cuidado continuo individual (pacientes atendidos por la APS), y un cuidado continuo poblacional (aquellos que integran la población estimada con DM 2).	Cobertura del cuidado continuo y diverso.	-Cuidado no delegado -Cuidado en comunidad -Responsabilidad profesional de un cuidado específico -Derivación oportuna y coherente a necesidades del paciente -Transmisión de confianza
	Diferenciación del cuidado.	Es la respuesta de enfermería que integra la visión del sistema de salud, y las diversas necesidades de cuidado en la persona y familia en comunidad.		
	Control de calidad.	Consiste en las acciones de enfermería dirigidas al control de la calidad del cuidado y la puesta en marcha de acciones dirigidas al mejoramiento continuo.	Gestión de la calidad del cuidado.	-Mejoramiento continuo

Cada dimensión fue definida, delimitando así el alcance de ella. Posteriormente,

se definió el indicador por medio de una expresión coherente a la subdimensión de pertenencia. Estos indicadores se observan en los Cuadros N° 17 y 18, y deben ser evaluados por las enfermeras del establecimiento:



Cuadro N° 17: Recorrido metodológico para la identificación de los indicadores de proceso en la dimensión cobertura del cuidado continuo y diverso.

Dimensión	Definición	Subdimensiones	Indicador
Cobertura del cuidado continuo y diverso.	Consiste en el alcance de un cuidado que sea continuo, y asimismo diverso, con cercanía al entorno del paciente y conforme a sus necesidades de cuidado.	Cuidado no delegado.	<p>-La periodicidad del cuidado de enfermería expresado en el control de salud se realiza a todas las personas con diagnóstico de DM 2, según calendario de citación local.</p> <p>-La periodicidad del cuidado de enfermería expresado en la educación de grupo (talleres de educación), se realiza a todas las personas con DM 2 según calendario de citación local.</p> <p>-El cuidado de enfermería expresado en el control de salud, no se delega a otros profesionales o técnicos paramédicos.</p> <p>-El cuidado de enfermería expresado en la educación de grupo (talleres de educación), no se delega a otros profesionales o técnicos paramédicos.</p> <p>-El cuidado de enfermería expresado en la curación de la lesión en el pie, no se delega a otros profesionales o técnicos paramédicos.</p>
		Cuidado en comunidad.	<p>-Las enfermeras realizan intervenciones comunitarias en el entorno del paciente, familia y comunidad.</p> <p>-Las enfermeras intervienen mejorando el acceso al cuidado en la población estimada con DM 2.</p>
		Responsabilidad profesional de un cuidado específico.	<p>-Las enfermeras son responsables de un cuidado integral en todas las personas con diagnóstico de DM 2, abordando la adherencia al control y tratamiento, autocuidado en la administración de medicamentos, alimentación y estilos de vida saludables, cuidado de los pies, factores psicosociales, u otros.</p> <p>-Las enfermeras cuidan conforme a las condiciones socioeconómicas, culturales y emocionales de la persona con diagnóstico de DM 2.</p>

		Derivación oportuna y coherente a necesidades del paciente.	-Las enfermeras derivan oportunamente a la persona con diagnóstico de DM 2, según prestaciones de salud garantizadas, o conforme a la aparición de nuevas necesidades de cuidado.
		Transmisión de confianza.	-Durante el cuidado las enfermeras transmiten confianza a la persona con diagnóstico de DM 2. -La enfermera respeta el rendimiento asignado para el control de salud, educación de grupo, y curación en caso de lesión en los pies

Cuadro N° 18: Recorrido metodológico para la identificación de los indicadores de proceso en la dimensión gestión de la calidad del cuidado.

Dimensión	Definición	Subdimensiones	Indicador
Gestión de la calidad del cuidado.	Consiste en las acciones que enfermería realiza para gestionar la calidad del cuidado en esta población. Esto involucra un diagnóstico e intervenciones dirigidas al mejoramiento continuo del cuidado.	Mejoramiento continuo.	<ul style="list-style-type: none"> - Las enfermeras destinan tiempo para la identificación de problemas en el cuidado, la retroalimentación mutua, y el mejoramiento de procesos relacionados con: control de salud, curación de lesiones en el pie; educación de grupo, otros procedimientos clínicos, intervenciones destinadas al acceso y pesquisa de pacientes, y actividades comunitarias, entre otros. - La enfermera evalúa el cuidado por medio de la supervisión del mismo, de acuerdo a un plan o sistema de control permanente.

En el resultado, como componente del paradigma en las tres Microteorías sustantivas emergentes, se identificaron tres conceptos subyacentes, a saber: aspectos del profesional; aspectos del paciente; y relación interpersonal de ayuda. Seguidamente, los conceptos subyacentes fueron definidos y se

identificaron las dimensiones y subdimensiones respectivas. Esto último se observa en el Cuadro N°19.

Cuadro N° 19: Recorrido metodológico para la identificación de las dimensiones en los indicadores de resultado.

Componente del paradigma	Concepto subyacente por medir	Definición del concepto subyacente	Dimensión	Subdimensiones
Resultado	Aspectos del profesional.	Trata sobre las acciones propias del profesional durante la oferta del cuidado de calidad.	Actitud profesional.	-Escucha activa -Lenguaje verbal comprensivo y afable -Lenguaje no verbal afable -Conocimiento del paciente y entorno familiar o comunitario -Empatía -Contacto visual -Visibilidad
	Aspectos del paciente.	Consiste en las acciones que el paciente realiza tras la recepción del cuidado de calidad.	Recepción y eficacia del cuidado.	-Prestaciones al día -Cambio conductual
	Relación interpersonal de ayuda.	Aborda los aspectos que acompañan la relación interpersonal de ayuda entre la enfermera y paciente, en el contexto de un cuidado de calidad.	Relación de cuidado.	-Objetivos y metas específicas -Rendimiento -Refuerzo positivo, corrección y Retroalimentación

Cada dimensión fue definida, delimitando así el alcance de ella. Posteriormente, se definió el indicador por medio de una expresión coherente a la subdimensión de pertenencia. Estos indicadores se observan en los Cuadros N° 20 al 22, y

deben ser evaluados por los pacientes del establecimiento:

Cuadro N° 20: Recorrido metodológico para la identificación de los indicadores de resultado en la dimensión actitud profesional.

Dimensión	Definición	Subdimensiones	Indicador
Actitud profesional.	Corresponde al comportamiento de la enfermera en la relación que establece con los pacientes.	Escucha activa.	-La enfermera escucha activamente al paciente y familia, orientando conforme a las necesidades e inquietudes de ellos.
		Lenguaje verbal comprensivo y afable.	-El lenguaje verbal utilizado por la enfermera es comprensible, respetuoso y afable.
		Lenguaje no verbal afable.	-El lenguaje no verbal (gestos y movimientos corporales) utilizado por la enfermera es respetuoso y gentil.
		Conocimiento del paciente y entorno familiar o comunitario.	-La enfermera conoce al paciente y entorno familiar o comunitario.
		Empatía.	-La enfermera otorga un cuidado empático al paciente y familia.
		Contacto visual.	-La enfermera durante el cuidado mantiene contacto visual con el paciente y familia.
		Visibilidad.	-El cuidado de enfermería es importante para el paciente y familia.

Cuadro N° 21: Recorrido metodológico para la identificación de los indicadores de resultado en la dimensión recepción y eficacia del cuidado.

Dimensión	Definición	Subdimensiones	Indicador
Recepción y eficacia del cuidado.	Contempla que el paciente reciba oportunamente las prestaciones de salud en lo específico a enfermería, y que además el cuidado provoque en él un cambio conductual promovedor del autocuidado.	Prestaciones al día.	<p>-El paciente recibe las prestaciones de enfermería garantizadas por derecho: al menos un control de salud y una educación de grupo anual, y curaciones en caso de lesión en el pie.</p> <p>-El paciente recibe, al menos una vez por año, una evaluación de los pies para identificar el riesgo y potenciales problemas en la zona.</p> <p>-El resultado de la clasificación del riesgo en la evaluación de los pies, es informado al paciente con diagnóstico de DM 2.</p>
		Cambio conductual.	<p>-El paciente genera un cambio conductual producto de las intervenciones educativas realizada por la enfermera: estilos de vida saludable sobre adherencia al control y tratamiento, autocuidado en la administración de medicamentos, alimentación y actividad física, entre otros</p>

Cuadro N° 22: Recorrido metodológico para la identificación de los indicadores de resultado en la dimensión relación de cuidado.

Dimensión	Definición	Subdimensiones	Indicador
Relación de cuidado.	Consiste en la relación de cuidado entre la enfermera y el paciente, y la importancia de ésta en la atención directa del receptor del cuidado.	Objetivos y metas específicas.	-La enfermera durante el cuidado establece objetivos y metas específicas por paciente, definidas junto al mismo.
		Rendimiento.	-Es habitual que el paciente es atendido por la enfermera en la hora asignada, tanto en el control de salud, educación de grupo, o curación
		Refuerzo positivo, corrección y Retroalimentación.	-La enfermera durante el cuidado refuerza positivamente al paciente, animándole por los logros obtenidos. -La enfermera durante el cuidado corrige respetuosamente el autocuidado del paciente, respecto a la administración de medicamentos, alimentación, cuidado de pies, actividad física, u otros aspectos.

En el impacto, como componente del paradigma en las tres Microteorías sustantivas emergentes, se identificó un concepto subyacente, a saber: cobertura de la enfermedad. Seguidamente, el concepto subyacente fue definido y se identificó la dimensión y subdimensión respectiva. Esto último se observa en el Cuadro N°23.

Cuadro N° 23: Recorrido metodológico para la identificación de las dimensiones en los indicadores de impacto.

Componente del paradigma	Concepto subyacente por medir	Definición del concepto subyacente	Dimensión	Subdimensiones
Impacto	Cobertura de la enfermedad.	Consiste en la cobertura de la DM 2, en lo específico a adherencia y control metabólico, además de las condiciones que acompañan a estos indicadores, y que son claves en la calidad del cuidado.	Cobertura Universal Efectiva del cuidado	-Calidad del cuidado.

La dimensión fue definida, delimitando así el alcance de ella. Posteriormente, se definió el indicador por medio de una expresión coherente a la subdimensión de pertenencia. Estos indicadores se observan en el Cuadro N° 24, y deben ser evaluados por los gestores de salud del establecimiento:

Cuadro N° 24: Recorrido metodológico para la identificación de los indicadores de resultado en la dimensión Cobertura Universal Efectiva del cuidado.

Dimensión	Definición	Subdimensiones	Indicador
Cobertura Universal Efectiva del cuidado.	Consiste en la medición de la cobertura del cuidado en la población objetivo, asociado al concepto de calidad, es decir, involucra la efectividad en indicadores poblacionales e institucionales.	Indicadores poblacionales.	<ul style="list-style-type: none"> -Porcentaje anual de personas en control metabólico que asisten a la APS. -Porcentaje anual de personas en control metabólico, según población estimada con DM 2 (cobertura efectiva). -Promedio de tiempo, medido en meses, que permanecen en control metabólico las personas asistentes a la APS.
		Indicadores Institucionales.	<ul style="list-style-type: none"> -Porcentaje anual de personas con control de salud realizado por enfermera. -Porcentaje anual de personas con educación de grupo realizado por enfermera. -Porcentaje anual de adherencia poblacional al cuidado ofertado en el control de salud. -Porcentaje anual de adherencia poblacional al cuidado ofertado en la educación de grupo. -Porcentaje anual de adherencia poblacional al cuidado ofertado en la curación de la lesión en el pie. -Porcentaje anual de personas asistentes a la APS con acompañamiento en el control de salud -Porcentaje anual de personas asistentes a la APS con acompañamiento en la curación de la lesión en el pie -Porcentaje anual de personas con satisfacción usuaria. -Porcentaje anual de pacientes sin complicación: herida por lesión en el pie, descompensaciones metabólicas, consultas de urgencia cardiovascular, u otras relacionadas con la enfermedad.

Estos resultados permitieron la construcción del instrumento que contenía los indicadores de calidad, con el objeto de efectuar la evaluación de la validez de contenido, por medio de un grupo de expertos. El instrumento enviado a los expertos se encuentra en el Anexo N° 10.

4.2.2. Evaluación de la validez de contenido.

-Perfil del grupo de expertos: El grupo de expertos estuvo compuesto por 10 profesionales de enfermería, 9 de ellos nacionales y 1 extranjero. Los expertos nacionales poseen representatividad de 6 regiones del país. 9 pertenecen al género femenino, y 1 al masculino, con un promedio de 52 años. 6 poseen grado académico de magíster, como último grado obtenido, y 4 poseen grado de doctor. Un experto obtuvo un postdoctorado. Del grupo, 9 se desempeñan en instituciones de educación superior, y 1 en el ámbito de consultorías. 6 indican cumplir funciones como académico(a), 3 como director(a), y 1 como coordinador(a). El grupo de expertos posee en promedio 18 años en la institución actual. De ellos, 9 se encuentran de acuerdo con poseer el conocimiento y experiencia para evaluar aspectos relacionados con la calidad del cuidado de enfermería, y 1 se encuentra parcialmente de acuerdo. Finalmente, los 10 señalan que poseen los conocimientos y experiencias para evaluar aspectos relacionados con indicadores, específicamente indicadores de calidad.

-Validez de los indicadores: De los 55 indicadores de calidad sometidos a

evaluación por el grupo de expertos, los resultaron determinaron la modificación de ellos, concluyendo con 53 indicadores de calidad del cuidado de enfermería, para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. Se expone a continuación, para cada uno de los indicadores, la evaluación promedio en los criterios pertinencia y claridad, los cuales determinan la ubicación y redacción del indicador, y la CVR para el criterio de importancia, el cual determina la mantención o eliminación del indicador.

La Tabla N°2 presenta la evaluación de los indicadores de estructura en la dimensión desempeño y autonomía profesional. Los resultados en el criterio de importancia manifiestan un destacado CVR, lo cual expresa la esencial permanencia del indicador en el fenómeno calidad del cuidado de enfermería.

Tabla N° 2: Evaluación de los indicadores de estructura en la dimensión desempeño y autonomía profesional.

Dimensión	Criterios		
	Promedio*		CVR**
Desempeño y autonomía profesional	Pertinencia	Claridad	Importancia
Indicador 1	4,3	4,4	1
Indicador 2	4,2	4,2	1
Indicador 3	4,8	4,9	1
Indicador 4	4,8	4,7	1

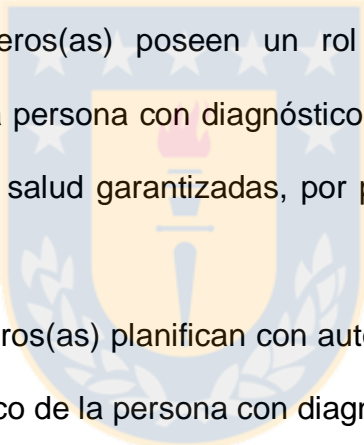
(*): Corresponde al promedio de puntos otorgado por los expertos en cada indicador.

(**): Corresponde a la razón de validez de contenido, considerando mantener el indicador con un valor igual o mayor a 0,58.

Las observaciones en esta dimensión se dirigen a lo declarado como rol insustituible de la enfermera en el cuidado de esta población. Privilegian el uso

de términos como imprescindible o fundamental. Además, sugieren aspectos relacionados con la redacción e integración de indicadores, señalando la importancia de la incorporación del género masculino en los enunciados.

Conforme a la evaluación del grupo de expertos se integra el indicador 1 y 2, mejorando la redacción de todos los que componen la dimensión "desempeño y autonomía profesional". Esta dimensión queda integrada por los siguientes indicadores:

- 
- Los(as) Enfermeros(as) poseen un rol imprescindible en el control metabólico de la persona con diagnóstico de DM 2, y en el acceso a las prestaciones de salud garantizadas, por parte de la población estimada con DM 2.
 - Los(as) Enfermeros(as) planifican con autonomía el cuidado destinado al control metabólico de la persona con diagnóstico de DM 2.
 - Los(as) Enfermeros(as) planifican con autonomía un cuidado destinado al acceso de las prestaciones de salud garantizadas, por parte de la población estimada con DM 2.

La Tabla N°3 presenta la evaluación de los indicadores de estructura en la dimensión vocación y competencia profesional. Los resultados en el criterio de importancia manifiestan un destacado CVR, lo cual expresa la esencial permanencia del indicador en el fenómeno calidad del cuidado de enfermería.

Tabla N° 3: Evaluación de los indicadores de estructura en la dimensión vocación y competencia profesional.

Dimensión	Criterios		
	Promedio*		CVR**
Vocación y competencia profesional	Pertinencia	Claridad	Importancia
Indicador 5	4,6	3,9	1
Indicador 6	4,9	3,9	1

(*): Corresponde al promedio de puntos otorgado por los expertos en cada indicador.

(**): Corresponde a la razón de validez de contenido, considerando mantener el indicador con un valor igual o mayor a 0,58.

Las observaciones en esta dimensión se dirigen, principalmente, a la dificultad de medición del concepto vocación profesional, y a la recomendación de desglosar el indicador 5 y 6.

Conforme a la evaluación cualitativa del grupo de expertos se divide el indicador 5, y se mejora la redacción del indicador 6. La dimensión "vocación y competencia profesional" queda integrada por los siguientes indicadores:

- Los(as) Enfermeros(as) demuestran compromiso profesional en su comportamiento con la institución y pares.
- Los(as) Enfermeros(as) demuestran compromiso profesional en la atención de la persona con diagnóstico de DM 2.
- Porcentaje de enfermeros(as) con capacitación aprobada (cursos de actualización, postítulos y/o postgrado) en aspectos relacionados a la atención de la población con DM 2 durante los últimos dos años.

La Tabla N°4 presenta la evaluación de los indicadores de estructura en la dimensión condiciones del sistema y establecimiento. Los resultados en el criterio de importancia manifiestan un destacado CVR, lo cual expresa la esencial permanencia del indicador en el fenómeno calidad del cuidado de enfermería.

Tabla N° 4: Evaluación de los indicadores de estructura en la dimensión condiciones del sistema y establecimiento.

Dimensión	Criterios		
	Promedio*		CVR**
Condiciones del sistema y establecimiento	Pertinencia	Claridad	Importancia
Indicador 7	4,8	5	1
Indicador 8	5	4,7	1
Indicador 9	5	4,7	1
Indicador 10	5	4,8	1
Indicador 11	4,2	3,9	1

(*): Corresponde al promedio de puntos otorgado por los expertos en cada indicador.

(**): Corresponde a la razón de validez de contenido, considerando mantener el indicador con un valor igual o mayor a 0,58.

Las observaciones en esta dimensión se dirigen, a la discrepancia del uso conjunto de los conceptos suficientes y adecuados, además de la integración de algunos indicadores.

Conforme a la evaluación cualitativa del grupo de expertos se mejora la redacción y se integra el indicador 11 al indicador 9 y 10 respectivamente. La

dimensión "condiciones del sistema y establecimiento" queda integrada por los siguientes indicadores:

- Los(as) Enfermeros(as) reciben información oportuna de la persona con diagnóstico de DM 2, por parte de la red asistencial, cuando ésta acude a la atención cerrada o urgencia por descompensación u otros aspectos relacionados con su condición de salud.
- Los recursos materiales (insumos-equipos) utilizados en el cuidado de la persona con diagnóstico de DM 2 son suficientes para la cantidad de usuarios, y pertinentes a las necesidades del paciente.
- La infraestructura disponible favorece el acceso de la persona con diagnóstico de DM 2 al cuidado de enfermería.
- El recurso humano, en tanto enfermeros(as) y técnicos paramédicos, es suficiente para favorecer el acceso del paciente al cuidado de enfermería.

La Tabla N°5 presenta la evaluación de los indicadores de estructura en la dimensión programación de la gestión del cuidado y participación de enfermería. Los resultados en el criterio de importancia manifiestan un destacado CVR, lo cual expresa la esencial permanencia del indicador en el fenómeno calidad del cuidado de enfermería.

Tabla N° 5: Evaluación de los indicadores de estructura en la dimensión programación de la gestión del cuidado y participación de enfermería.

Dimensión	Criterios		
	Promedio*		CVR**
Programación de la gestión del cuidado y participación de enfermería	Pertinencia	Claridad	Importancia
Indicador 12	4,8	4,9	1
Indicador 13	4,8	4,7	1
Indicador 14	4,8	4,8	1

(*): Corresponde al promedio de puntos otorgado por los expertos en cada indicador.

(**): Corresponde a la razón de validez de contenido, considerando mantener el indicador con un valor igual o mayor a 0,58.

Las observaciones en esta dimensión se dirigen a mejorar la redacción de los indicadores. De esta manera, la dimensión "programación de la gestión del cuidado y participación de enfermería" queda integrada por los siguientes indicadores:

- Los(as) Enfermeros(as) planifican la supervisión del cuidado para el mejoramiento continuo de su quehacer, por medio de un plan o sistema de control permanente.
- Los(as) Enfermeros(as) participan en la toma de decisiones sobre la programación y ejecución del cuidado.
- Los(as) Enfermeros(as) planifican el cuidado según necesidades poblacionales, y no solamente en función de metas e indicadores de evaluación ministerial, es decir, interviniendo preventiva y promocionalmente en distintos grupos etarios, condiciones metabólicas,

o de tratamiento de los mismos.

La Tabla N°6 presenta la evaluación de los indicadores de proceso en la dimensión cobertura del cuidado continuo y diverso. Los resultados en el criterio de importancia manifiestan un destacado CVR, lo cual expresa la esencial permanencia del indicador en el fenómeno calidad del cuidado de enfermería.

Tabla N° 6: Evaluación de los indicadores de proceso en la dimensión cobertura del cuidado continuo y diverso.

Dimensión	Criterios		
	Promedio*		CVR**
Cobertura del cuidado continuo y diverso	Pertinencia	Claridad	Importancia
Indicador 15	4,8	4,4	1
Indicador 16	4,7	4,3	1
Indicador 17	4,7	4,6	1
Indicador 18	4,5	4,6	1
Indicador 19	5	4,6	1
Indicador 20	4,8	4,8	1
Indicador 21	4,5	4,4	0,78
Indicador 22	5	5	1
Indicador 23	5	4,6	1
Indicador 24	5	5	1
Indicador 25	4,8	4,9	1
Indicador 26	4,8	4,9	0,78

(*): Corresponde al promedio de puntos otorgado por los expertos en cada indicador.

(**): Corresponde a la razón de validez de contenido, considerando mantener el indicador con un valor igual o mayor a 0,58.

Las observaciones en esta dimensión se dirigen a mejorar la redacción de los indicadores, relativas a la declaración en términos positivos, la integración del

indicador 21 y 20. De esta manera, la dimensión "cobertura del cuidado continuo y diverso" queda integrada por los siguientes indicadores:

- La periodicidad del cuidado de enfermería, expresado en el control de salud, se realiza a todas las personas con diagnóstico de DM 2 según calendario de citación local.
- La periodicidad del cuidado de enfermería, expresado en la educación de grupo (talleres de educación), se realiza a todas las personas con diagnóstico de DM 2 según calendario de citación local.
- El cuidado de enfermería expresado en el control de salud, es realizado por el(la) enfermero(a) sin delegar su participación a otros profesionales.
- El cuidado de enfermería expresado en la educación de grupo (talleres de educación), es realizado por el(la) enfermero(a) sin delegar su participación a otros profesionales.
- El cuidado de enfermería expresado en la curación de la lesión en el pie, es realizado por el(la) enfermero(a) sin delegar su participación a otros profesionales.
- Los(as) Enfermeros(as) realizan intervenciones comunitarias en el entorno del paciente, familia y comunidad, mejorando el acceso al cuidado en la población estimada con DM 2.
- Los(as) Enfermeros(as) son responsables de un cuidado integral en todas las persona con diagnóstico de DM 2, abordando la adherencia al control y tratamiento, autocuidado en la administración de

medicamentos, alimentación y estilos de vida saludables, cuidado de los pies, factores psicosociales, u otros.

- Los(as) Enfermeros(as) cuidan respetando las condiciones socioeconómicas, culturales y emocionales de la persona con diagnóstico de DM 2.
- Los(as) Enfermeros(as) derivan oportunamente a la persona con diagnóstico de DM 2, según prestaciones de salud garantizadas, o conforme a la aparición de nuevas necesidades de cuidado.
- Durante el cuidado los(as) Enfermeros(as) transmiten confianza a la persona con diagnóstico de DM 2.
- Los(as) Enfermeros(as) respeta el rendimiento asignado para el control de salud, educación de grupo, y curación en caso de lesión en los pies.

La Tabla N°7 presenta la evaluación de los indicadores de proceso en la dimensión gestión de la calidad del cuidado. Los resultados en el criterio de importancia manifiestan un destacado CVR, lo cual expresa la esencial permanencia del indicador en el fenómeno calidad del cuidado de enfermería.

Tabla N° 7: Evaluación de los indicadores de proceso en la dimensión gestión de la calidad del cuidado.

Dimensión	Criterios		
	Promedio*		CVR**
Gestión de la calidad del cuidado	Pertinencia	Claridad	Importancia
Indicador 27	5	4,9	1
Indicador 28	5	5	1

(*): Corresponde al promedio de puntos otorgado por los expertos en cada indicador.

(**): Corresponde a la razón de validez de contenido, considerando mantener el indicador con un valor igual o mayor a 0,58.

Las observaciones en esta dimensión se dirigen, principalmente, a la redacción de los indicadores. De esta manera, la dimensión "gestión de la calidad del cuidado" queda integrada por los siguientes indicadores:

- Los(as) Enfermeros(as) destinan tiempo para el mejoramiento de procesos relacionados con: control de salud, curación de lesiones en el pie; educación de grupo, otros procedimientos clínicos, intervenciones destinadas al acceso y pesquisa de pacientes, y actividades comunitarias, entre otros.
- Los(as) Enfermeros(as) evalúa el cuidado por medio de la supervisión del mismo, de acuerdo a un plan o sistema de control permanente.

La Tabla N°8 presenta la evaluación de los indicadores de resultado en la dimensión actitud profesional. Los resultados en el criterio de importancia

manifiestan un destacado CVR, lo cual expresa la esencial permanencia del indicador en el fenómeno calidad del cuidado de enfermería.

Tabla N° 8: Evaluación de los indicadores de resultado en la dimensión actitud profesional.

Dimensión	Criterios		
	Promedio*		CVR**
Actitud profesional	Pertinencia	Claridad	Importancia
Indicador 29	4,3	4,5	1
Indicador 30	4,3	4,5	1
Indicador 31	4,3	4,5	1
Indicador 32	4,3	4,4	1
Indicador 33	4,3	4,5	1
Indicador 34	4,3	4,5	1
Indicador 35	4,3	4,5	1

(*): Corresponde al promedio de puntos otorgado por los expertos en cada indicador.

(**): Corresponde a la razón de validez de contenido, considerando mantener el indicador con un valor igual o mayor a 0,58.

Las observaciones en esta dimensión se dirigen, principalmente, a redacción y correspondencia de los enunciados al tipo de indicador(resultado). Dado que el argumento contradecía a lo percibido por las enfermeras, pacientes y gestores de salud, considerando que eran aspectos que precisan ser observados como resultados de un cuidado de calidad, sumado al valor obtenido en el criterio de pertinencia, los indicadores se mantuvieron en indicadores de resultados y en la dimensión que fueron categorizados. De esta manera, la dimensión "actitud profesional" queda integrada por los siguientes indicadores:

- El(la) enfermero(a) escucha activamente al paciente y familia, orientando

conforme a las necesidades e inquietudes de ellos.

- El lenguaje verbal utilizado por el(la) enfermero(a) es comprensible, respetuoso y afable.
- El lenguaje no verbal (gestos y movimientos corporales) utilizado por el(la) enfermero(a) es respetuoso y afable.
- El(la) enfermero(a) conoce al paciente y entorno familiar o comunitario.
- El(la) enfermero(a) otorga un cuidado empático al paciente y familia.
- El(la) enfermero(a) durante el cuidado mantiene contacto visual con el paciente y familia.
- El cuidado de enfermería es importante para el paciente y familia.

La Tabla N°9 presenta la evaluación de los indicadores de resultado en la dimensión recepción y eficacia del cuidado. Los resultados en el criterio de importancia manifiestan un destacado CVR, lo cual expresa la esencial permanencia del indicador en el fenómeno calidad del cuidado de enfermería.

Tabla N° 9: Evaluación de los indicadores de resultado en la dimensión recepción y eficacia del cuidado.

Dimensión	Criterios		
	Promedio*		CVR**
Recepción y eficacia del cuidado	Pertinencia	Claridad	Importancia
Indicador 36	4,8	5	1
Indicador 37	4,8	5	1
Indicador 38	5	4,5	1
Indicador 39	5	5	1

(*): Corresponde al promedio de puntos otorgado por los expertos en cada indicador.

(**): Corresponde a la razón de validez de contenido, considerando mantener el indicador con un valor igual o mayor a 0,58.

Las observaciones en esta dimensión se dirigen, principalmente, a la correspondencia de los enunciados al tipo de indicador(resultado). Dado que el argumento contradecía a lo percibido por las enfermeras, pacientes y gestores de salud, considerando que eran aspectos que precisan ser observados como resultados de un cuidado de calidad, sumado al valor obtenido en el criterio de pertinencia, los indicadores se mantuvieron en indicadores de resultados y en la dimensión que fueron categorizados. De esta manera, la dimensión "recepción y eficacia del cuidado" queda integrada por los siguientes indicadores:

- El paciente recibe las prestaciones de enfermería garantizadas por derecho: al menos un control de salud y una educación de grupo anual, y curaciones en caso de lesión en el pie.
- El paciente recibe, al menos una vez por año, una evaluación de los pies para identificar el riesgo y potenciales problemas en la zona.

- El resultado de la clasificación del riesgo en la evaluación de los pies es informado al paciente.
- El paciente genera un cambio conductual producto de las intervenciones educativas realizada por la enfermera, tales como: estilos de vida saludable sobre adherencia al control y tratamiento, autocuidado en la administración de medicamentos, alimentación, y actividad física, entre otros.

La Tabla N°10 presenta la evaluación de los indicadores de resultado en la dimensión relación de cuidado. Los resultados en el criterio de importancia manifiestan un destacado CVR, lo cual expresa la esencial permanencia del indicador en el fenómeno calidad del cuidado de enfermería.

Tabla N° 10: Evaluación de los indicadores de resultado en la dimensión relación de cuidado.

Dimensión	Criterios		
	Promedio*		CVR**
Relación de cuidado	Pertinencia	Claridad	Importancia
Indicador 40	5	4,9	1
Indicador 41	4,8	4,8	1
Indicador 42	5	4,4	1
Indicador 43	4,9	5	1

(*): Corresponde al promedio de puntos otorgado por los expertos en cada indicador.

(**): Corresponde a la razón de validez de contenido, considerando mantener el indicador con un valor igual o mayor a 0,58.

Las observaciones en esta dimensión se dirigen, principalmente, a la redacción de los indicadores. De esta manera, la dimensión "relación de cuidado" queda integrada por los siguientes indicadores:

- El(la) enfermero(a) durante el cuidado establece metas específicas por paciente, definidas junto al mismo.
- Es habitual que el paciente sea atendido por el(la) enfermero(a) en la hora asignada, tanto en el control de salud, educación de grupo, o curación.
- El(la) enfermero(a) durante el cuidado refuerza positivamente al paciente, animándole por los resultados obtenidos.
- El(la) enfermero(a) durante el cuidado orienta respetuosamente sobre las acciones de autocuidado, en lo relativo a: administración de medicamentos, alimentación, cuidado de pies, actividad física, u otros aspectos.

La Tabla N°11 presenta la evaluación de los indicadores de impacto en la dimensión Cobertura Universal Efectiva del cuidado. Los resultados en el criterio de importancia manifiestan un destacado CVR, lo cual expresa la esencial permanencia del indicador en el fenómeno calidad del cuidado de enfermería.

Tabla N° 11: Evaluación de los indicadores de impacto en la dimensión Cobertura Universal Efectiva del cuidado.

Dimensión	Criterios		
	Promedio*		CVR**
Cobertura Universal Efectiva del cuidado	Pertinencia	Claridad	Importancia
Indicador 44	5	4,8	1
Indicador 45	5	5,0	1
Indicador 46	5	4,6	1
Indicador 47	5	4,8	1
Indicador 48	5	4,9	1
Indicador 49	5	5,0	1
Indicador 50	5	5,0	1
Indicador 51	5	5,0	1
Indicador 52	5	4,9	1
Indicador 53	5	4,9	1
Indicador 54	5	5,0	1
Indicador 55	5	4,9	1

(*): Corresponde al promedio de puntos otorgado por los expertos en cada indicador.

(**): Corresponde a la razón de validez de contenido, considerando mantener el indicador con un valor igual o mayor a 0,58.

Las observaciones en esta dimensión se dirigen, principalmente, a la redacción de los indicadores y a establecer una coherencia entre el indicador y la cobertura universal de salud. De esta manera, la dimensión "Cobertura Universal Efectiva del cuidado" queda integrada por los siguientes indicadores:

- Porcentaje anual de personas en control metabólico que asisten a la APS.
- Porcentaje anual de personas en control metabólico, según población estimada con DM 2 (cobertura efectiva).
- Promedio de tiempo, medido en meses, que permanecen en control metabólico las personas con diagnóstico de DM 2.

- Porcentaje anual de personas con control de salud realizado por enfermero(a).
- Porcentaje anual de personas con educación de grupo realizado por enfermero(a).
- Porcentaje anual de adherencia poblacional al cuidado ofertado en el control de salud.
- Porcentaje anual de adherencia poblacional al cuidado ofertado en la educación de grupo.
- Porcentaje anual de adherencia poblacional al cuidado ofertado en la curación de la lesión en el pie.
- Porcentaje anual de personas asistentes a la APS con acompañamiento en el control de salud.
- Porcentaje anual de personas asistentes a la APS con acompañamiento en la curación de la lesión en el pie.
- Porcentaje anual de personas con satisfacción usuaria.
- Porcentaje anual de pacientes en control sin complicación: herida por lesión en el pie, descompensaciones metabólicas, consultas de urgencia cardiovascular, u otras relacionadas con la enfermedad.

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Durante el último decenio, la cobertura universal de salud ha sido prioridad internacional para enfrentar las desigualdades en salud. Por ello, es fundamental evaluar el progreso de esta política en salud¹⁴⁴. La cobertura efectiva es un indicador que mide este progreso, y requiere de mediciones válidas de calidad y con conceptualización clara¹⁴⁵. En consecuencia, la cobertura efectiva, designada en esta investigación como Cobertura Universal Efectiva, es un indicador de la política pública cobertura universal de salud, porque mide la proporción de población que recibe el servicio o atención, ajustada a su necesidad^{145,146}. Este tipo de cobertura es un desafío para las distintas ciencias de la salud, y entre ellas, la ciencia de la enfermería.

La calidad es tema de interés para diversas disciplinas, profesiones, y áreas donde el ser humano se vincula. De esta manera, ha sido investigada e incorporada en diversas ciencias¹⁴⁷⁻¹⁵¹, entre ellas las ciencias de la salud¹⁵²⁻¹⁵⁵. Para la ciencia de la enfermería, relacionar la calidad al objeto de estudio disciplinar, a saber, el cuidado, enriquece la reflexión sobre su concepción, su transmisión a la sociedad beneficiaria, además de la identificación de desafíos profesionales, éticos, incluso legales. Es por ello, que enfermería vincula la calidad a su quehacer, promueve el análisis de dicha importancia en los organismos que la regulan internacionalmente¹⁵⁶⁻¹⁵⁸, además de transferir científicamente el conocimiento producido en la calidad del cuidado como fenómeno de estudio^{109,159-162}. Entender el cuidado en el contexto de la calidad,

centraliza el enfoque en el receptor del cuidado, es decir, la persona que necesita, demanda y/o recibe este servicio.

Considerando que el objetivo de esta investigación es el diseño de indicadores de calidad del cuidado de enfermería en la población objetivo, requiriendo la teorización del fenómeno de investigación, es fundamental discutir los diversos enfoques que emergieron. Los enfoques, que consisten en las percepciones de los participantes, permean incuestionablemente la planificación y ejecución del cuidado de enfermería, la resolución de las decisiones que conlleva, y también, la mirada social construida sobre el rol de enfermería y su significado asociado a ello. Por lo señalado, construir conocimiento integrando dichos enfoques, y teorizar sobre esto, beneficia a la ciencia de la enfermería, en tanto disciplina y profesión, pero asimismo, contribuye en la gestión de los Sistemas de Salud. Contribuye en este sentido, al alinearse con políticas sanitarias como la cobertura universal de salud, en tanto se construye un conocimiento que emerge de las necesidades de salud en los participantes del cuidado, a saber: enfermera; paciente; y gestores de salud.

Tal como fue expuesto en el marco referencial, es necesario que en la evaluación de una calidad total del cuidado de enfermería se incorpore una mirada multidimensional, respondiendo a las expectativas de los participantes del cuidado⁸¹. Los mismos referentes internacionales de calidad, tales como Juran, Deming, Crosby e Ishikawa, entre otros, renovaron el paradigma de la calidad empresarial, al reconocer los beneficios de la gestión de la calidad total,

y de la necesidad de responder a las exigencias de los clientes¹⁵⁹, el fortalecimiento del recurso humano, y la mejor utilización de los recursos¹⁰⁹. Enfermería no ha sido excluida de este tipo de gestión, pues incluso se han efectuado estudios para medirla¹⁶⁰.

Así como existen diferentes modelos teóricos que explican la calidad y contribuyen a su medición, es valioso que enfermería incorpore estas herramientas, pero asimismo, integre medidas o instrumentos que incluyan las percepciones de quienes participan en la relación de cuidado. Este tipo de medición incorporará sustento teórico y disciplinar, lo cual facilitará la identificación de fortalezas y brechas en el contexto profesional. Existen distintos estudios en el ámbito de la enfermería, cuya orientación es la calidad del cuidado e indicadores de calidad, desde el paradigma cuantitativo^{109,161,162-166}. Desde lo indicado, sustentar indicadores de calidad desde la teorización del cuidado a nivel regional, es algo inédito y enriquecedor para enfermería, especialmente para la enfermería en APS, la cual destina importantes esfuerzos para responder a grandes desafíos políticos y sanitarios, como es la cobertura universal de salud y la DM 2.

Iniciando la discusión con el objetivo establecido para el paradigma cualitativo, es posible identificar tres Microteorías sustantivas emergentes que responden a necesidades, problemas e intereses de los particulares. Es enriquecedor descubrir las experiencias, expectativas, necesidades, y entre otros, los temores de los participantes, los cuales se organizaron teóricamente para

explicar la estructura, los procesos y las consecuencias de un cuidado de calidad.

Los matices son diversos e igualmente significativos, pues los enfoques grafican el foco de interés y la interpretación que dichos participantes tienen sobre la calidad del cuidado. Los desafíos para enfermería son diversos y complejos, pues requieren la integración de estas percepciones y la sistematización de una gestión de la calidad del cuidado. Esta gestión deberá dar respuesta a los importantes retos en el contexto de la cobertura universal de salud, tanto en población diagnosticada con DM 2, pero asimismo, en aquellos que no acuden a la APS, y en consecuencia, no son beneficiarios de las prestaciones de salud garantizadas por el Sistema de Salud chileno. Esta cifra es elevada¹¹, y enfermería debe ser parte de la solución a ello.

La calidad en salud se obtiene con el quehacer de enfermería, por tanto, en esta calidad no puede ser invisibilizado o desvalorado el cuidado¹⁶⁷. Es imprescindible que enfermería establezca estándares de calidad para evaluación del cuidado. Autores consideran que la calidad del cuidado es una variable multidimensional, incorporando en ella dimensiones como: satisfacción del cliente; promoción de la salud; prevención de complicaciones; bienestar y autocuidado; la readaptación funcional y la organización de los cuidados de enfermería^{167,168}. Por ello, es relevante discutir los resultados de las Microteorías emergentes, las cuales responden a una multidimensionalidad en la calidad del cuidado.

Las Microteorías emergentes son comprendidas por medio de la integración entre: una estructura; un proceso; y las consecuencias de la relación entre estructura y proceso. Las profesionales enfermeras entienden el fenómeno de la calidad del cuidado de enfermería como un sistema, en donde la estructura está integrada por la participación de ellas, el sistema de salud, y también el paciente. Reconocen que la calidad se expresa e identifica por medio de un cuidado autónomo, continuo y diferenciado. En cambio, los pacientes y gestores de salud comprenden de igual forma la estructura, pero reconocen que el fenómeno se expresa e identifica distintamente. Para los pacientes, la calidad del cuidado es el acceso a la relación de cuidado, y para los gestores de salud es la gestión de un cuidado integral y centrado en el paciente. Es fundamental que enfermería conozca estos resultados, pues la información sobre percepción de la calidad del cuidado de enfermería es limitada¹⁶⁷. Conforme a lo anterior, cabe analizar reflexivamente los enfoques de los participantes, que indudablemente son permeados por el rol que desempeñan en la relación de cuidado, por el significado que dan al mismo, y por las expectativas que acompañan dichos discursos.

La perspectiva de las enfermeras expone el cómo conciben un cuidado de calidad, siendo éste entendido como un cuidado autónomo, continuo y diferenciado. En consecuencia, un cuidado de calidad debe ser independiente, sustentado en el conocimiento y responsabilidad legal y social. Asimismo, debe promover la continuidad, que consiste en el acompañamiento durante el

proceso de cuidado, respondiendo a las necesidades y problemas específicos del paciente. En las enfermeras, la calidad está sustentada en la autoimagen, es decir, una mirada focalizada en sí misma y en el tipo de cuidado que realiza. La autonomía es propia a la historia profesional de enfermería, y a su desarrollo como ciencia. Que las enfermeras la reconozcan como concepto fundamental en la calidad del cuidado, visibiliza la impronta que ellas desean defender y transmitir. La continuidad posee igual relación histórica, pues la misma Florence Nightingale la describió en el clásico libro *Notas sobre Enfermería*, indicando “una enfermera cuidadosa mantendrá una constante vigilancia sobre su enfermo, especialmente los crónicos y colapsados”¹⁶⁶. Un cuidado diferenciado se relaciona con la especificidad de lo ofertado, en tanto sea una atención coherente a las necesidades de la persona. No consiste en una diversidad sustentada en la no estandarización, sino bien, en una respuesta específica del cuidado, conforme al estado de salud de la persona, familia o comunidades que lo requieran. Un cuidado diferenciado fue valorado por Nightingale, indicando que “la enfermera debe distinguir la idiosincrasia de los enfermos”¹⁶⁹. Con esto, hace alusión a un cuidado que distingue las peculiaridades de quienes enferman.

Que el cuidado sea autónomo, continuo y diferenciado, es coherente con políticas de salud centradas en la APS y en el Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitaria, donde se circunscribe el cuidado de enfermería para este grupo poblacional^{170,171}. Distinto es lo establecido en el listado de

prestaciones de salud garantizadas con participación de enfermería, las que pueden realizarse indistintamente por una enfermera, u otro profesional como la matrona o la nutricionista. Esto contraviene a lo percibido por el profesional de enfermería, al no garantizar continuidad del cuidado de enfermería en la persona con diagnóstico de DM 2.

Es necesario reconocer que la calidad del cuidado es un pilar fundamental, exigiendo un actuar congruente a los estándares de calidad definidos para la práctica de una enfermería de calidad¹⁶⁷. Estos estándares deben considerar la mirada de los pacientes, que en el contexto de la Microteoría emergente, comprenden la calidad como el acceso a la relación de cuidado. El acceso corresponde al primer paso de la política cobertura universal de salud, por tanto, para alcanzar la efectividad, necesariamente debe intervenir en el acceso. Este acceso no está circunscrito a una atención tecnificada o medicalizada, sino bien, a una relación significativa con la enfermera. Esto repercutirá en el autocuidado del paciente, evitando complicaciones asociadas a la enfermedad, y específicamente a la descompensación. Estos resultados, semejantes a lo declarado en el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario¹⁷², reafirman la necesidad de que la enfermera promueva una relación de cuidado significativo con el paciente^{173,174}, y que destine esfuerzos y recursos para situar prioritariamente esta relación como la centralidad de toda atención. Para enfermería es un desafío y responsabilidad responder a las expectativas de esta población, porque la efectividad de la cobertura universal

se alcanzará por un cuidado sustentado en una relación de significado para el paciente, expresando empatía, preocupación, e interés genuino, entre otras características. No responder a ello, ocasiona un cuidado de enfermería perdido, que corresponde a cualquier omisión de la atención requerida por el paciente¹⁷⁵, o al retraso significativo de éste. Esto conlleva a un importante número de eventos adversos¹⁷⁶.

En este fenómeno de estudio, también surge la importante perspectiva de los gestores de salud, consolidada en una de las Microteorías emergentes. Para ellos, un cuidado de calidad consiste en la gestión de un cuidado integral y centrado en el paciente. Esto evidencia el interés permeado por la función propia que desempeñan, y las responsabilidades de liderar al equipo de salud al cumplimiento de indicadores institucionales. Es de calidad el cuidado, cuando éste se gestiona abordando las diversas aristas o dimensiones del ser humano. De esta manera, los resultados se relacionan con lo que algunos autores han mencionado sobre la calidad del cuidado, indicando que exige reflexión sobre la práctica de enfermería, la definición de objetivos para la atención prestada, y la delineación de estrategias coherentes a los objetivos que se desean alcanzar¹⁶⁸. Es así, que gestionar los cuidados de enfermería en la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, involucrará la reflexión, la definición de objetivos de cuidado, y la planificación de estrategias y recursos. Por tanto, un cuidado de calidad movilizará a la enfermera para destinar competencias y recursos en la gestión resolutoria de las necesidades multidimensionales de la persona con

diagnóstico de DM 2. Las tres Microteorías sustantivas permiten transitar desde una gestión del cuidado, a una gestión de la calidad del cuidado, que necesariamente considerará la mirada multidimensional del concepto calidad.

Pasar desde el paradigma cualitativo al paradigma cuantitativo, permitió el diseño de 55 indicadores de calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. Estos indicadores, consolidados en indicadores de estructura, proceso, resultado e impacto, fueron agrupados en distintas dimensiones que respondieron a la naturaleza del indicador. Los resultados de búsqueda para la construcción del marco empírico, no evidenciaron estudios en el contexto y población de estudio con participación de enfermeras, pacientes y gestores de salud, sino bien, investigaciones destinadas a estudiar la calidad o la construcción de indicadores, basados en revisiones bibliográficas, adaptaciones de instrumentos, u otras metodologías, en un contexto y población distinta. A pesar de ello, es posible encontrar algunas similitudes con dimensiones o indicadores que emergieron. Es así, que las 10 dimensiones de la calidad para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, a saber: desempeño y autonomía profesional; vocación y competencia profesional; condiciones del sistema y establecimiento; programación de la gestión del cuidado y participación de enfermería; cobertura del cuidado continuo y diverso; gestión de la calidad del cuidado; actitud profesional; recepción y eficacia del cuidado; relación de cuidado; y cobertura universal efectiva del cuidado, surgen de la consolidación de las tres Microteorías

emergentes, y se relacionan con algunos resultados de investigaciones en el contexto de la calidad.

De acuerdo al marco empírico, y considerando el enfoque de los pacientes, la calidad percibida por ellos contempla investigaciones cuantitativas en contextos y población distinta. De igual forma, éstos resultados permiten comparar la proximidad o semejanza de los aspectos medidos, y así también, las discrepancias en los elementos incorporados a la medición. Ejemplo de ello, son los estudios que utilizan el instrumento CUCACE^{106,107}, el cual mide la calidad de la atención de enfermería en dos dimensiones: experiencia y satisfacción con los cuidados. Este instrumento incorpora aspectos que emergieron en las Microteorías sustantivas, y que posteriormente fueron definidos en dimensiones y/o indicadores de calidad. Entre ellos está el tiempo que las enfermeras destinan al paciente; la capacidad de ellas para hacer bien su trabajo; la manera en que hacían sentir como en casa; la cantidad y tipo de información acerca de la situación y tratamiento; la amabilidad; la manera en que explicaban las cosas; el trato; la forma como escuchaban las preocupaciones del paciente; la disponibilidad para responder; y entre otros; el grado de intimidad proporcionado. Continuando con la percepción de calidad de los pacientes, un estudio aplicó el instrumento Quality of Oncology Nursing Care Scale (QONCS), el cual incorpora cinco dimensiones que abordan los resultados obtenidos en la actual investigación. Éstas se relacionan con la relación, cercanía y compatibilidad con la enfermera; los cuidados religiosos o

espirituales; el sentido de pertenencia; el sentirse valorado; y el sentirse respetado. Esa investigación manifiesta que la dimensión de los cuidados religiosos o espirituales, es la que recibió los puntajes más bajos en los tres países europeos donde se realizó el estudio¹⁰⁹. Conforme a ello, estos resultados son semejantes a lo descrito en la Microteoría sustantiva que abordó la percepción del paciente sobre la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. Aquí surgió la categoría estado emocional, considerada como condiciones que integraron la estructura teórica. El estado emocional integró los reiterados relatos sobre las necesidades psicológicas y espirituales de la persona con diagnóstico de DM 2.

En otro estudio se diseñó y validó un instrumento compuesto por 36 ítems, los cuales fueron clasificados en ocho factores. Estos factores integran aspectos que emergieron en la teorización, y que posteriormente fueron integrados en las dimensiones e indicadores de calidad. Los factores consistían en: aspectos interpersonales; eficiencia; competencia; comodidad; entorno físico; limpieza; información personalizada; e instrucciones generales¹¹¹.

Son significativos los resultados obtenidos en un estudio que construyó y validó un cuestionario, el cual integró las necesidades de cuidado según percepción del paciente y equipo de enfermería. El instrumento estaba compuesto por afirmaciones agrupadas en cuatro dimensiones: planificación y organización del cuidado; ambiente de cuidado; comunicación e información; y cuidados básicos. Estas dimensiones abordaron elementos considerados en los indicadores de

calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, estos son: participación del paciente y acompañante en las decisiones; el conocimiento del equipo sobre necesidades de cuidado; la satisfacción de estas necesidades; la resolutivez; el ambiente en lo relativo al ruido; confort; gentileza; soporte emocional; confidencialidad; respeto y ética; seguridad y competencia profesional; información sobre el estado de salud y cuidado; la comunicación con el equipo; la claridad de las orientaciones orales y escritas; y entre otros; el tiempo destinado a responder consultas¹⁰⁸.

Conforme a la percepción de las enfermeras, es importante considerar el estudio que construyó y validó una escala para medir la percepción de estas profesionales sobre las actividades que contribuyen a la calidad de la atención de enfermería. El instrumento consideró 25 ítems, agrupados en 7 dimensiones, relacionadas con la satisfacción del cliente; promoción de la salud; prevención de complicaciones; bienestar y autocuidado; readaptación funcional; organización de los cuidados; y la responsabilidad y rigor¹¹². Éstas son abordadas en las dimensiones e indicadores de calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.

Es fundamental considerar los resultados actuales, teniendo presente lo realizado en una investigación chilena, donde se obtuvo un modelo con las dimensiones, procesos, y resultados necesarios para una certificación de calidad de la gestión del cuidado en hospitales complejos¹¹⁰. Esto es primordial, pues la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva

de la DM 2, debe ser abordada por medio de una gestión de la calidad del cuidado. En ese estudio surgen aspectos relacionados con la pertinencia y costo efectividad de las acciones de enfermería; el poder y relación con otros; y la investigación y formación en enfermería. Estas dimensiones abordaron procesos, resultados e indicadores que podrían relacionarse con la actual investigación, entre ellos: aspectos relacionados con condiciones ambientales; infraestructura; necesidades humanas; juicio enfermero; la coordinación; el abastecimiento de insumos; soporte emocional; voluntad anticipada y consentimiento; talentos, competencias y preferencias; continuidad de la atención; negociación y comunicación de logros de la gestión del cuidado; profesionalización de la atención; mejoramiento continuo; producción de evidencia; y formación de capacidades.

Durante la validación de contenido, el grupo de expertos evaluó todos los indicadores con un CVR que indicó la esencialidad de ellos en el fenómeno investigado, determinando la mantención de los 55 indicadores de calidad. Puesto que la validación de contenido también consideró una evaluación cualitativa, esto determinó la redacción final de 53 indicadores de calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2. La reducción del número de indicadores consideró la necesidad de consolidar alguno de ellos, además de mejorar su redacción. Los 53 indicadores permitirán, en un próximo estudio, la construcción de un cuestionario que mida la calidad del cuidado de enfermería en el contexto y población de estudio.

CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES

La calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la Diabetes Mellitus tipo 2, es un fenómeno multifactorial, y que integra diversas perspectivas. Las tres Microteorías sustantivas y los 53 indicadores, agrupados en las 10 dimensiones de calidad, explican y promueven la medición del progreso en la cobertura universal de salud. La ciencia de la enfermería contribuirá con la cobertura universal de salud, al implementar una gestión de la calidad del cuidado destinada a la medición de indicadores que consideren las necesidades de la población objetivo. Esta investigación demuestra que enfermería, como disciplina profesional, es capaz de construir herramientas destinadas a promover un mejoramiento continuo de la gestión del cuidado en la práctica profesional. El diseño de los indicadores de calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, contiene elementos disciplinares en la teorización de las Microteorías sustantivas, además de contribuir con herramientas destinadas a mejorar la práctica del cuidado de enfermería en personas con diagnóstico de DM 2, especialmente, en el escenario de la APS.

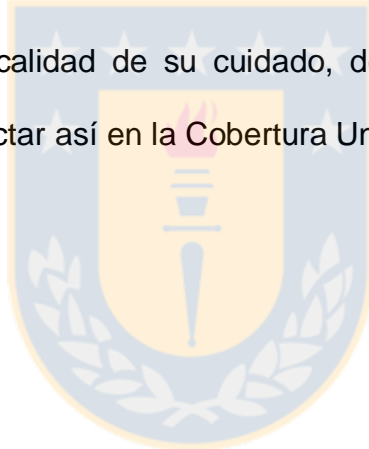
El diseño de indicadores o herramientas que contribuyen a medir un fenómeno tan complejo, pero esencial, como la calidad del cuidado de enfermería, es una labor importante para la disciplina y profesión de enfermería, en tanto se construye en el escenario de reflexión del objeto disciplinar. Y tanto más importante, al considerar la responsabilidad de responder a una asociación con

problemáticas vigentes en el contexto de la salud pública nacional e internacional. En tal escenario se encuentra la DM 2. Es también relevante cuando se relaciona, con el fin de resolver o impactar positivamente, con declaraciones políticas sanitarias, dirigidas a resolver problemas y necesidades en la población afectada. Entre ellas se encuentra la política pública cobertura universal en salud.

Sin duda, los desafíos son muchos cuando se intenta medir la cobertura universal en salud, puesto que los propósitos son ambiciosos al considerar el entorno tan dispar. Esta política desea resolver necesidades en salud desde las prioridades sanitarias nacionales e internacionales, visto desde el enfoque técnico, pero así también, desea responder a las necesidades incorporando expectativas poblacionales. Por esta razón, tan valioso es que enfermería cuente con herramientas de medición que consoliden las diversas perspectivas de quienes participan en el cuidado.

Teorizar sobre el cuidado contribuye con espacios reflexivos para entender lo que se está haciendo y hacia dónde se debe avanzar, y asimismo, genera las condiciones para que lo teórico contribuya a la profesión de enfermería. En consecuencia, la utilización de metodologías como la teoría fundamentada en el contexto disciplinar, favorece la discusión y el diseño de indicadores empíricos, tal como en esta investigación se ha desarrollado. Es importante considerar lo anterior, pues el propósito de la disciplina es la retroalimentación a la práctica de enfermería, para hacer útil y efectivo el conocimiento producido.

Los indicadores de calidad del cuidado de enfermería serán fundamentales de considerar, cuando el Sistema de Salud decida profundizar en la garantía de salud para la población diabética, pues necesariamente deberá promover la ampliación del listado de prestaciones de salud, garantizando de manera específica un cuidado que dé cuenta de todos los aspectos que han emergido, y que se han plasmado en estos indicadores. Cuando se reconozca aquello, se promoverá en enfermería la gestión de la calidad del cuidado en este contexto y población. Entonces, estaríamos en condiciones de señalar que enfermería estará gestionando la calidad de su cuidado, desde su disciplina y quehacer profesional, para impactar así en la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.



CAPÍTULO 7: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (WHO). Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action[Internet]. Washington, D.C.: WHO; 2007 [Cited 2017 Nov 15]. 46 p. Available from: http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Investigaciones para una cobertura sanitaria universal, Informe sobre la salud en el mundo 2013[Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [Acceso 2014 Abr 14]. 160 p. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2013/report/es/>
3. Organización Mundial de la salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Proyecto Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. 52º Consejo Directivo de la OPS, 65ª Sesión del Comité Regional del 30 septiembre al 4 de octubre del 2013. Documento oficial 345[Internet]. Washington, D.C.: OMS-OPS; 2013 [Acceso 2014 Oct 03]. 3 p. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=es#InformeFinal
4. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53º Consejo Directivo, 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas del 29 de Septiembre al 3 de Octubre del 2014. Documento oficial CD53/5[Internet]. Washington, D.C.: OMS-OPS; 2014 [Acceso 2014 Oct 02]. 26 p. Disponible en: http://www.paho.org/HQ/index.php?option=com_content&view=article&id=9774&Itemid=41062&lang=es
5. Ley 19.966/2004 de 25 de agosto, establece un Régimen de Garantías Explícitas en Salud (Diario Oficial Chile, de 03/09/2004).
6. Ministerio de Salud (MINSAL). Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2011 [Acceso 2014 Oct 14]. 426 p. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
7. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Clombia: Editorial Universidad de Antioquía; 2012.

8. Dmytraczenko T, Almeida G. Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean: Evidence from Selected Countries[Internet]. Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank; 2015 [Cited 2014 Oct 9]. 221 p. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11065%3A2015-universal-health-coverage-latin-america-caribbean&catid=3316%3Apublications&Itemid=3562&lang=en
9. Ministerio de Salud (MINSAL). Guía Clínica Diabetes Mellitus tipo 2. Serie Guías Clínicas[Internet]. Santiago: MINSAL; 2010 [Acceso 2014 Oct 10]. 75 p. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c3e23d1e04001011f011398.pdf>
10. Lenz R, Zárate A, Rodríguez J, Ramírez J. Niveles de hemoglobina glicosilada y diferencia en el gasto en salud de pacientes diabéticos: un estudio econométrico. *Rev Med Chile*. 2014; 142(7): 841-849.
11. Guerrero S, Valenzuela S, Cid P. Effective universal coverage of diabetes mellitus type 2 in Chile. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25: e2871.
12. Houweling S, Kleefstra N, Hateren K, Groenier K, Meyboom-de B, Bilo H. Can diabetes management be safely transferred to practice nurses in a primary care setting? A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(9-10):1264-1272.
13. Juul L, Terkildsen H, Frydenberg M, Kolding J, Sandbaek A. Quality of type 2 diabetes management in general practice is associated with involvement of general practice nurses. *Primary care diabetes*. 2012;6(3): 221-228.
14. Ng M, Fullman N, Dieleman JL, Flaxman AD, Murray CJ, Lim S. Effective Coverage: A Metric for Monitoring Universal Health Coverage. *PLoS Med*. 2014;11(9): e1001730.
15. Superintendencia de Salud, Intendencia de Prestadores en Salud. Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales Atención Abierta [Internet]. Santiago: Superintendencia de Salud Intendencia de Prestadores en Salud; 2009 [Acceso 2014 Oct 14]. 46 p. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/568/articles-4530_Manual_AA_pdf.pdf
16. Shengelia B, Tandon A, Adams O, Murray C. Access, utilization, quality, and effective coverage: An integrated conceptual framework and measurement strategy. *Soc Sci Med*. 2005; 61(1):97-109.
17. Lozano R, Soliz P, Gakidou E, Abbott J, Feehan D, Vidal C, et al.

Benchmarking of performance of Mexican states with effective coverage. Lancet. 2006; 368(11):1729-41.

18. Ley 19.937/2004 de 30 de enero, modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. (Diario Oficial Chile, de 24/02/2004).

19. Resolución Exenta N° 1127 del Ministerio de Salud de 14 de Diciembre de 2007, que fija el texto de la Norma General Administrativa N°19, "Gestión del cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada" y que tiene por objeto implementar Modelo de Gestión del Cuidado de Enfermería en los establecimientos de alta y mediana complejidad de la atención cerrada en el Sistema Nacional de Servicios de Salud.

20. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia para la cobertura universal de salud. 154ª Sesión del Comité Ejecutivo del 16 al 20 de Junio del 2014. Documento oficial CE154/12 [Internet]. Washington, D.C.: OMS-OPS; 2014 [Acceso 2014 Oct 02]. 23 p. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9415%3A2014-154th-session-executive-committee&catid=1258%3Aexecutive-committee&Itemid=40704&lang=es

21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos [Internet]. Ginebra: OMS; 2006 [Acceso 2014 Oct 10]. 20 p. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

22. Evans D, Hsu J, Boerma T. Universal health coverage and universal access. Bulletin of the World Health Organization. 2013;91(8):546-546.

23. The World Bank. Healthy systems for universal health coverage a joint vision for healthy lives[Internet]. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development; 2017[Cited 2017 Jul 10]. 27 p. Available from: https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About_UHC2030/mgt_arrangemts___docs/UHC2030_Official_documents/UHC2030_vision_per_WEB2.pdf

24. The World Bank. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report[Internet]. Switzerland: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development; 2017[Cited 2017 Jul

15]. 69 p. Available from:
<http://documents.worldbank.org/curated/en/640121513095868125/pdf/122029-WP-REVISED-PUBLIC.pdf>

25. Ministerio de Salud (MINSAL). Estudios de la OCDE sobre Salud Pública: Chile. Hacia un futuro más sano. Evaluación y recomendaciones [Internet]. Santiago: MINSAL; 2017 [Acceso 2016 Dic 22]. 33 p. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Revisi%C3%B3n-OCDE-de-Salud-P%C3%ABlica-Chile-Evaluaci%C3%B3n-y-recomendaciones.pdf>

26. Botler J, Bastos L, Marques M, George P. Triagem neonatal - o desafio de uma cobertura universal e efetiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(2):493-508.

27. Organización Mundial de La Salud (OMS). Cobertura sanitaria universal. Informe de la Secretaría. Consejo Ejecutivo EB132/22. 132ª reunión del 18 de enero de 2013 [Internet]. Washington, D.C.: OMS; 2013 [Acceso 2014 Oct 02]. 5 p. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_22-sp.pdf

28. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [Acceso 2014 Sep 30]. 144 p. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf?ua=1

29. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca [Internet]. Ginebra: OMS; 2008 [Acceso 01 Oct 2014]. 154 p. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf

30. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013 [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [Acceso 03 Oct 2014]. 172 p. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf

31. Organización Mundial de la salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México [Internet]. México: OPS; 2013 [Acceso 03 Oct 2014]. 191 p. Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&Itemid=329

32. Frenz P, Delgado I, Kaufman J, Harper S. Achieving effective universal

health coverage with equity: evidence from Chile. *Health Policy and Planning*. 2014;29(6):717-731.

33. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Decreto 100. Fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Constitución Política de la República de Chile. 2005 Sep 22. 61 p. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242302>

34. Organización Mundial de la salud(OMS), Organización Panamericana de la Salud(OPS), Fondo Nacional de Salud(FONASA). Indicadores para evaluar la protección social de la salud (caso de Chile) [Internet]. Chile: OMS-OPS-FONASA; 2009 [Acceso 2014 Oct 05]. 86 p. Disponible en: <http://www.paho.org/chi/images/PDFs/indicadores%20ops-fonasa%202010.pdf>

35. Fundación Mexicana para la Salud A.C, Fundación Santa Fe de Bogotá. Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe. Informe Regional de Cobertura Efectiva[Internet]. México/Colombia: Fundación Mexicana para la Salud A.C, Fundación Santa Fe de Bogotá; 2010 [Acceso 2014 Oct 10]. 227 p. Disponible en: http://www.tomateloapecho.org.mx/fusionmaps/data/Informe_Regional_de_Cobertura_Efectiva_final_300910.pdf

36. Naciones Unidas. Río+20, Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, A/CONF.216/L.1. El futuro que queremos[Internet]. Río de Janeiro, Brasil: Naciones Unidas; 2012[Acceso 2014 Sep 14]. 59 p. Disponible en: https://rio20.un.org/sites/rio20.un.org/files/a-conf.216-l-1_spanish.pdf.pdf

37. Organización Mundial de la Salud(OMS). Informe Final sobre el Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 y evaluación de fin de Bienio del programa y presupuesto 2012-2013. 53º Consejo Directivo, 66ª sesión del comité regional de la OMS para las Américas del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014. Documento oficial 348[Internet]. Washington D.C.: OMS; 2014[Acceso 2014 Oct 02]. 255 p. Disponible en: http://www.paho.org/HQ/index.php?option=com_content&view=article&id=9774&Itemid=41062&lang=es

38. Organización Mundial de la Salud(OMS). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de Orientación[Internet]. Ginebra: OMS; 2011 [Acceso 2014 Oct 14]. 176 p. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf?ua=1

39. World Health Organization. Diabetes Programme [Cited 2014 Oct 14].

Available from: <http://www.who.int/diabetes/en/>

40. Federación Internacional de la Diabetes (FID). Atlas de la Diabetes de la FID, 6° ed [Internet]. FID;2013 [Acceso 2014 Nov 20]. 160 p. Disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/SP_6E_Atlas_Full.pdf

41. Whiting DR, Guariguata L, Weil C, Shaw J. IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract.* 2011; 94(3): 311-21.

42. Organización Mundial de la salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud en las Américas, 20 años Indicadores Básicos 2014. OMS-OPS.2014.

43. Organización Mundial de la Salud(OMS). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014, una mina de información sobre salud pública mundial [Internet]. Ginebra: OMS; 2014[Acceso 2014 Oct 19]. 12 p. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf

44. Ministerio de Salud(MINSAL). Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010[Internet]. Santiago: MINSAL; 2011[Acceso 2014 Oct 19]. 1064 p. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>

45. Ministerio de Salud(MINSAL). Resultados I Encuesta de Salud Chile 2003[Internet]. Santiago: MINSAL; 2004[Acceso 2014 Oct 15]. 253 p. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/InformeFinalENS.pdf>

46. Ministerio de Salud(MINSAL), Departamento de Estadísticas e Información de Salud(DEIS). Indicadores Básicos de Salud Chile 2013 [Internet].Santiago: MINSAL/DEIS; 2013[Acceso 2014 Oct 17]. 19 p. Disponible en: <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/12/IBS-2013.pdf>

47. Ortiz M, Garrido F, Orozco R, Pineda D, Rodríguez M. Sistema de Protección Social en Salud y calidad de la atención de hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud. *Salud pública de México.* 2011; 53(4): 436-444.

48. Galiano M, Calvo M, Feito M, Aliaga M, Leiva S, Mujica B. Condición de salud de pacientes diabéticos y su satisfacción con el tratamiento para la enfermedad. *Cienc. enferm.* 2013;19(2): 57-66.

49. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes asistenciales. Aprueba

Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la Atención Primaria de Salud para el año 2013. Santiago, 13 de septiembre de 2012.

50. Gigoux L, Moya P, Silva J. Adherencia al tratamiento farmacológico y relación con el control metabólico en pacientes con DM2. Rev chil salud pública. 2010; 14(2-3): 238-229.

51. Fokkens A, Wieggersma P, Reijneveld S. Organization of diabetes primary care: a review of interventions that delegate general practitioner tasks to a nurse/jep. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2011;17(1): 199-203.

52. Arteaga A, Maiz A, Rigotti A, Cortés V. Asociación entre diabetes mellitus y patología cardiovascular en la población adulta de Chile: estudio de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Rev. méd. Chile. 2014;142(2): 175-183.

53. Código Sanitario. Decreto con Fuerza de Ley N° 725. Actualizado a julio de 2000. Libro V, Artículo 113, inciso cuarto. Disponible en: www.bibliotecadelcongreso.cl/.../pub_leyes_mas_soli/admin/ver_archivo_codigos.php?id_codigo=68dile=l

54. Decreto Supremo N° 44, de 2007, del Ministerio de Salud. Aprueba Garantías Explícitas en salud del Régimen General de Garantías en Salud.

55. Ministerio de Salud(MINSAL), Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red Año 2013 [Internet]. Santiago: MINSAL;2013[Acceso 2014 Oct 17]. 164 p. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/cd34d7da59bfbd48e0400101650154ea.pdf>

56. Decreto 38/2005 de 29 de diciembre. Reglamento Orgánico de los Establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red. (Diario Oficial Chile, de 29/12/2005).

57. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. 5a. ed. Madrid: Elsevier; 2003.

58. Macinko J, Montenegro H, Nebot A, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2007; 21(2/3):73–84.

59. Ministerio de Salud (MINSAL), Subsecretaría de Redes Asistenciales. En

el Camino a Centro de Salud Familiar[Internet]. Santiago: MINSAL; 2008 [Acceso 2014 Oct 17]. 133 p. Disponible en: <http://buenaspracticassaps.cl/wp-content/uploads/2014/07/MINSAL-2008-En-el-camino-a-Centro-de-Salud-Familiar.pdf>

60. González I. Reflexiones acerca de la salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000; 16(5): 508-512.

61. Twingg D, Geelhoed E, Bremner A, Duffield C. The economic benefits of increased levels of nursing care in the hospital setting. Journal of advanced nursing. 2013; 69(10): 2253-2261.

62. Milos P, Bórquez B, Larraín A. La "Gestión del cuidado" en la legislación chilena: Interpretación y alcance. Cienc. enferm. 2010;16(1):17-29.

63. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Manual de medición y monitoreo. Indicadores de las metas regionales de recursos humanos para la salud: un compromiso compartido [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2011[Acceso 2014 Nov 02]. 60 p. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5843:manual-medicion-monitoreo-indicadores-metas-regionales-recursos-humanos-salud-un-compromiso-compartido&Itemid=3491&lang=es

64. Jones TL, Yoder L. Economic theory and nursing administration research is this a good combination?. Nurse Forum. 2010;45(1):40-53.

65. Zarate R. La gestión del cuidado de enfermería. Index Enferm. 2004;13(44-45):42-46.

66. Fernandes D, Conceição-Stipp M, Leite J, De Mattos V, De Andrade K. Gerenciamento de enfermagem: situações que facilitam ou dificultam o cuidado na unidade coronariana. Aquichan. 2010; 10(2):115-131.

67. Milos P, Bórquez B, Larraín A. La "gestión del cuidado" en la legislación chilena (II) estado actual. Cienc. enferm. 2011;XVII(3):23-33.

68. Guerrero S, Cid P. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. Aquichán. 2015; 15(1): 129-140.

69. González N. Palabras clave: Reformas sanitarias, recursos humanos, atención primaria de salud. Rev Cubana Salud Pública.2006;32(2):2.

70. Lamas K, Willman A, Lindholm L, Jacobsson C. Economic evaluation of nursing practices: a review of literature. *Int Nurs Rev.* 2009;56(1);13-20.
71. Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Población en control por diabetes mellitus con HbA1c menor a 7%, según sexo y grupo de edad, por región y servicio de salud, SNSS 2011-2013.
72. Organización Mundial De La Salud (OMS). Resoluciones y Decisiones, Fortalecimiento de la Enfermería y la Partería. 64ª Asamblea Mundial de la Salud del 16 al 24 de mayo de 2011 [Internet]. Ginebra: OMS; 2011[Acceso 2014 Nov 05]. 225 p. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-sp.pdf
73. Shengelia B, Murray C, Adams O. Beyond Access and Utilization: Defining and Measuring Health System Coverage. In: World Health Organization(WHO). Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods and Empiricism. Switzerland: WHO; 2003: 221-234.
74. Secretaría de Salud de México. Cobertura efectiva del Sistema de Salud en México, 2000-2003[Internet]. México: Secretaría de Salud de México; 2006[Acceso 2014 Nov 10]. 74 p. Disponible en: http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/CoberturaEfectivaSistemaSaludMexico_2000-2003.pdf
75. Victora C, Fenn B, Bryce J, Kirkwood BR. Co-coverage of preventive interventions and implications for child survival strategies: evidence from national surveys. *Lancet.* 2005;366(9495):1460-1466.
76. Lozano R, Soliz P, Gakidou E, Abbott J, Feehan D, Vidal C, et al. Evaluación de desempeño de los sistemas estatales de salud usando cobertura efectiva. *Salud Publica Mex.* 2007;49(Supl1):53-69.
77. Willamowius D, Martinez Y. Fiabilidad de indicadores de calidad del cuidado de enfermería: comprobando la concordancia y fiabilidad entre evaluadores. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014;22(2):234-40.
78. Ortega MA, Suárez M, Jiménez M, Añorve A, Cruz M, Cruz G, et al. Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. Estrategias para su aplicación. México: Editorial médica Panamericana, S.A; 2006.
79. López I, Torres M, Casanova M, Martínez E. Diseño de criterios, indicadores y estándares para evaluar calidad de la atención de enfermería en servicios pediátricos. 2008-2009. *Revista Cubana de Enfermería.* 2012;28(2):112-117.

80. Balderas M. Administración de los servicios de enfermería. 5° ed. México: McGraw- Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V; 2009.
81. Camisón C, González T, Cruz S, González T. Gestión de la calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas. Pearson Educación; 2007. 1428 p.
82. Willamowius D, Misue L. Content validation of quality indicators for nursing care evaluation. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(2):426-34.
83. Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge : Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. 2 ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2005. 623 p.
84. Díez J, Moulines C. Fundamentos de filosofía de la ciencia. 3 ed. Barcelona: Editorial Ariel, S, A; 2008. 527 p.
85. Bunge M. La investigación científica: su estrategia y su filosofía. 3 ed. Barcelona: Siglo XXI editores, S.A; 2004. 805 p.
86. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007. 828 p.
87. Smith M, Parker M. Nursing theories and nursing practice. 4 ed. India: F.A. Davis Company; 2015. 544 p.
88. Ray M, Turkel M. A Transtheoretical evolution of caring science within complex systems. International Journal for human caring. 2012;16(2): 28-49.
89. Martínez J. Percepción de las enfermeras y enfermeros del clima ético hospitalario en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo, Bogotá 2012 [Tesis magíster]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2012.
90. Turkel M, Ray M. Relational Complexity: From grounded theory to instrument development and theoretical testing. Nursing Science Quarterly. 200;14(4): 281-287.
91. Turkel M, Ray M. Relational complexity: a theory of the nurse-patient relationship within an economic context. Nursing Science Quarterly. 2000; 13(4): 306-313.

92. Guerrero S, Valenzuela S, Cid P. Cuidado de enfermería en personas con diabetes mellitus tipo 2, según la Teoría de la Atención Burocrática. *Aquichan*. 2018;18(1):20-31.
93. Morse J, Noerager P, Corbin J, Bowers B, Charmaz K, Clarke A. *Developing grounded theory*. 2 ed. New York: Routledge; 2016. 279 p.
94. Glaser B, Strauss A. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. USA: Aldine; 1967. 271 p.
95. Rodríguez G, Gil J, García E. *Metodología de la investigación cualitativa*. 2º ed. Ediciones Aljibe, S.L; 1999. 378 p.
96. Creswell J. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. 2º ed. Sage publications, Inc; 2007.
97. Andréu J, García-Nieto A, Pérez A. Cuadernos metodológicos 40. *Evolución de la teoría fundamentada como técnica de análisis cualitativo*. Madrid: Centro de investigaciones sociológicas; 2007. 205 p.
98. Chinn P, Kramer M. *Integrated Knowledge Development in Nursing*. 5 ed. Mosby; 2004. 278 p.
99. Chinn P. *Nursing Theories For The 21st Century*. *Advances in Nursing Science*. 2014;37(1):1.
100. Durán M. *Teoría de enfermería ¿un camino de herradura?*. *Aquichan*. 2007; 7(2): 161-173.
101. Fawcett J, Ellenbecker C. *A proposed conceptual model of nursing and population health*. *Nurs Outlook*. 2015;63(3):288-298.
102. Facett J, Downs F. *Theory and research*. USA: F.A. Davis Company; 1992. 334 p.
103. Durán M. *Marco epistemológico de la enfermería*. *Aquichán*. 2002;2(1):7-18.
104. Sánchez C. *Análisis del marco conceptual de la Enfermería del Trabajo: una propuesta en el contexto español*[Tesis Doctorado]. [Murcia]: Universidad Católica de Murcia; 2016.
105. Mota D, Cruz D, Pimenta C. *Fadiga: uma análise do conceito*. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(3):285-93.

106. Torres C, Páez A, Rincón L, Rosas D, Mendoza E. Reproducibilidad del cuestionario: calidad de cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados. *Rev Cuid.* 2016; 7(2): 1338-44.
107. Lenis C, Manrique F. Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. 2015;15(3): 413-425.
108. Martins P, Perroca M. Care necessities: the view of the patient and nursing team. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(5):1026-32.
109. Charalambous A, Adamakidou T, Cloconi C, Charalambous M, Tsitsi T, Vondráčková L, et al. The quality of oncology nursing care: A cross sectional survey in three countries in Europe. *Eur J Oncol Nurs.* 2017; 27:45-52.
110. Torres M, Alarcón J, Berthet A, Cantero V, Llanquipichún D, Sáez D, et al. Modelo de certificación de calidad para la gestión del cuidado en hospitales chilenos. *Revista de Enfermagem Referência.* 2016. Série IV(9): 65-74.
111. Senarat U, Gunawardena N. Development of an instrument to measure patient perception of the quality of nursing care and related hospital services at the national hospital of Sri Lanka. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).* 2011; 5(2):71-80.
112. Da Silva M, Da Costa M, Lopes O, Rizatto D. Qualidade dos cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(5):920-926.
113. Morse J. Application of Mixed-methods Research in Clinical Practice. *Aquichan.* 2017;17(1):5-6.
114. Morse J, Niehaus L. *Mixed-method Design: Principles and Procedures.* Walnut Creek, CA: Left Coast Press; 2009.
115. Creswell J. *Research design qualitative, quantitative, and mixed methods approaches.* 2° ed. Sage publications, Inc; 2003.
116. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación.* 4° ed. México: McGraw-Hill/ Interamericana; 2006. 850 p.
117. Creswell J. *Educational research: planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research.* 4° ed. Pearson; 2012. 650 p.
118. Okuda M, Gómez C. *Métodos en investigación cualitativa: triangulación.*

rev.colomb.psiquiatr 2005;34(1):118-124.

119. Creswell J. Diseño de investigación. Aproximaciones cualitativas y cuantitativas. Sage publications, Inc; 1994.

120. Pérez G. Investigación cualitativa. Retos e interrogantes, I Métodos. Editorial La Muralla, S.A. 3° ed. 2001.

121. Bernal C. Metodología de la investigación. Para administración, economía, humanidades y ciencias sociales. 2 ed. México: Pearson educación de México; 2006. 286 p.

122. De Oliveira S, Da Silva C, De Mello U, Ferreira C. Aplicabilidade de indicador de qualidade subjetivo em Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm. 2006;59(2):201-205.

123. Pineda E, De Alvarado E. Metodología de la Investigación. 3 ed. Washington DC: Organización Panamericana de salud; 2008.

124. Chin G, Warren N, Kornman L, Cameron P. Patients' perceptions of safety and quality of maternity clinical handover. BMC Pregnancy Childbirth[Internet]. 2011[cited 2017 Jul 4]; 11(58). Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-11-58>

125. Doorenbos A. Mixed Methods in Nursing Research: An Overview and Practical Examples. Kango Kenkyu. 2014; 47(3): 207-217.

126. Guetterman T, Fetters M, Creswell J. Integrating Quantitative and Qualitative Results in Health Science Mixed Methods Research Through Joint Displays. Ann Fam Med. 2015; 13(6): 554-561.

127. Deslandes S, Figueira C, De Souza J, De Souza D. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(8):1633-1645.

128. Da Silva L, Cruz M, Silva R, Vasconcelos G, Chaves E. Content validation of an instrument for identifying violence against children. Acta paul. enferm. 2016;29(2): 205-217.

129. Jara P. Desarrollo de indicadores de la práctica de enfermería en pacientes críticos [Tesis doctoral]. [Concepción]: Universidad de Concepción, Concepción; 2011.
130. Cea M. Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social. Madrid: Síntesis, S.A; 2001. 414 p.
131. De Abreu M, Kuckartz A, Do Canto D. Validación del mapeo de cuidados de enfermería prescritos para pacientes ortopédicos con la clasificación de las intervenciones de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(1):116-123.
132. Denzin N. *The research act: a theoretical introduction to sociological methods*. 3rd ed. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall; 1989. 306 p.
133. Ramada J, Serra-Pujada C, Delclós-Clanchet G. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud pública de México*. 2013; 55(1): 57-66.
134. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. *An Sist Sanit Navar*. 2011; 34(1):63-72.
135. Urrutia M, Barrios S, Gutiérrez M, Mayorga M. Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educación médica superior*. 2014; 28(3):547-558.
136. Pehler S, Markwardt M, Hibbard D. Nursing diagnosis development of logging: content validation with nursing experts. *Int J Nurs Knowl*. 2015;26(3): 121-126.
137. De Oliveira S, Teixeira F. Content validation of the self-care assessment scale for heart failure patients. *Rev Rene*. 2017; 18(2):148-55.
138. Carvalho H, Figueredo F, Romualdo D, Bosco A, Gabriel B, Reis I, et al. Translation, adaptation and validation the contents of the Diabetes Medical Management Plan for the Brazilian context. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016; 24. e2740.
139. Cucolo D, Galan M. Instrument to assess the nursing care product: development and content validation. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(4): 642-650.
140. Polit D, Beck C, Owen S. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007;30(4):459-67.

141. Borges J, Moreira T, Rodrigues M, De Souza A, Da Silva D. Content validation of the dimensions constituting non-adherence to treatment of arterial hypertension. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(5):1077-83.
142. Vargas M, Máñez A, Cavazos J, Cervantes L. Validez de contenido de un instrumento de medición para medir el liderazgo transformacional. *Revista Global de Negocios*. 2016; 4(1):35-45.
143. Tristán A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en medición*. 2008;6(1):37-48.
144. Mendes I, Ventura C, Trevizan M, Marchi-Alves L, Souza-Junior V. Education, leadership and partnerships: nursing potential for Universal Health Coverage. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2673.
145. Leslie H, Malata A, Ndiaye Y, Kruk M. Effective coverage of primary care services in eight high-mortality countries. *BMJ Glob Health*. 2017;2:e000424
146. Nguhiu P, Barasa E, Chuma J. Determining the effective coverage of maternal and child health services in Kenya, using demographic and health survey data sets: tracking progress towards universal health coverage. *Tropical Medicine and International Health*. 2017; 22(4): 442-453.
147. Pavlova O, Pavlov A. Improving the quality of extracting dynamics from interspike intervals via a resampling approach. *Commun Nonlinear Sci Numer Simul*. 2018; 57: 22-230.
148. Steadie M, Dellaert N, Nuijten W, Van Woensel T. A metaheuristic for the multimodal network flow problem with product quality preservation and empty repositioning. *Transportation Research Part B*. 2017; 106: 321-344.
149. Tristan B, Mabel A. Pursuing Quality: How Search Costs and Uncertainty Magnify Gender-based Double Standards in a Multistage Evaluation Process. *Administrative Science Quarterly*. 2017;62(4): 698-730.
150. Quigley J, Walls L, Demirel G, MacCarthy B, Parsa M. Supplier quality improvement: The value of information under uncertainty. *European Journal of Operational Research*. 2018; 264(3): 932-947.
151. Smits M, Keizer E, Ram P, Giesen P. Development and testing of the KERNset: an instrument to assess the quality of telephone triage in out-of-hours primary care services. *BMC Health Serv Res*[Internet]. 2017[cited 2017 Nov

24];17:798. Available from:
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-017-2686-1?site=bmchealthservres.biomedcentral.com>

152. Staggs V. Reliability assessment of a hospital quality measure based on rates of adverse outcomes on nursing units. *Stat Methods Med Res.* 2017;26(6):2951-2961.

153. Kwon K, Lee J, Jeon N, Hyung Y. Factors associated with health-related quality of life in Koreans aged over 50 Years: the fourth and fifth Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *Health and Quality of Life Outcomes.* 2017;15:243.

154. Ilkowitz J, Wissing V, Lally C, Pacheco M, Meadow J, Rebecca L, et al. 002-Increasing the Quality of Care of Pediatric Patients with Diabetes. *Journal of Pediatric Nursing.* 2017; 37: 143-144.

155. Zucca A, Sansson-Fisher R, Waller A, Carey M, Boadle D. The first step in ensuring patient-centred quality of care: ask the patient. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2017;26(1).

156. Consejo internacional de enfermeras(CIE). Las enfermeras, una fuerza para el cambio: Mejorando la capacidad de recuperación de los sistemas de salud[Internet]. Suiza: CIE; 2016[Acceso 2017 Nov 30]. 58 p. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/IND_kit_2016_es.pdf

157. Consejo internacional de enfermeras(CIE). Las enfermeras, una fuerza para el cambio: eficaces en cuidados, eficientes en costos[Internet]. Suiza: CIE; 2015[Acceso 2017 Nov 30]. 64 p. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/IND_2015_Sp.pdf

158. Consejo internacional de enfermeras(CIE). Servir a la comunidad y garantizar la calidad: las enfermeras se comprometen a dispensar cuidados innovadores[Internet]. Suiza: CIE; 2009[Acceso 2017 Nov 30]. 37 p. Disponible en:<http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2009sp.pdf>

159. Stewart K, Doody O, Bailey M, Moran S. Improving the quality of nursing documentation in a palliative care setting: a quality improvement initiative. *Int J Palliat Nurs.* 2017; 23(12):577-585.

160. Tingvoll W, Sæterstrand T, McClusky L. The challenges of primary health care nurse leaders in the wake of New Health Care Reform in Norway. *BMC*

Nursing. 2016;15:66.

161. Hong S, Akkadechanunt T, Li X. Quality nursing care as perceived by nurses and patients in a Chinese hospital. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 18: 1722-1728.

162. Stalpers D, Kieft R, Linden D, Kaljouw M, Schuurmans M. Concordance between nurse-reported quality of care and quality of care as publicly reported by nurse-sensitive indicators. *BMC Health Serv Res*. 2016; 16:120.

163. Ruiz A, Ayala J, Alomoto N, Acero J. Revisión de la literatura sobre gestión de la calidad: caso de las revistas publicadas en Hispanoamérica y España. *Estudios Gerenciales*. 2015; 31: 319-334.

164. Silva R. La calidad total en organizaciones y entornos complejos: análisis en una aerolínea de bandera [Tesis doctoral]. [Madrid]: Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales; 2011. 245 p.

165. Molina J, Vaca J, Muñoz P, Cabascango K, Cabascango C. Gestión de la calidad de los cuidados de enfermería hospitalaria basada en la evidencia científica. *Index Enferm*. 2016; 25(3): 151-155.

166. Borré Y, Vega Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Cienc. enferm*. 2014;XX(3): 81-94.

167. Pereira da Silva M, Da Costa M, Lopes O, Rizatto D. Qualidade dos cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(5): 920-926.

168. Fradique M, Mendes L. Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. 2013; III Série(10): 45-53.

169. Nightingale F. Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es. España: Elsevier España; 1990. 139 p.

170. Organización Panamericana de la Salud. Hacia un modelo de atención integral a la salud basado en la Atención Primaria de Salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2012.

171. Ministerio de Salud(MINSAL). Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitaria[Internet]. Chile: MINSAL; 2013[Acceso 2017 Nov 23]. 142 p. Disponible en:

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

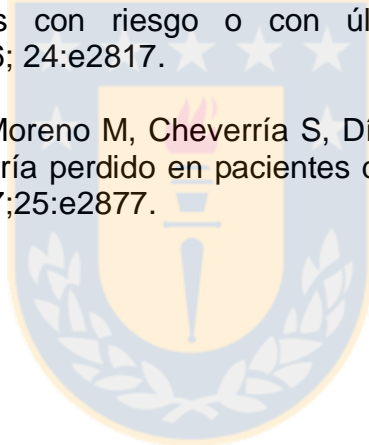
172. Dois A, Contreras A, Bravo P, Mora I, Soto G, Solís C. Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. *Rev Med Chile*. 2016; 144: 585-592.

173. Mejía M. Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad. *Index Enferm*. 2008; 17(4): 231-235.

174. Guevara B, Evies A, Rengifo J, Salas B, Manrique D, Palacio C. El cuidado de enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis. *Enfermería global*[Internet]. 2014[Acceso 2017 Nov 4]; 13(1): 318-327. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/168021>

175. Hernández J, Moreno M, Interrial M, Vázquez L. Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlceras por presión. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016; 24:e2817.

176. Hernández R, Moreno M, Cheverría S, Díaz A. Factores que influyen en el cuidado de enfermería perdido en pacientes de un hospital privado. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25:e2877.



CAPÍTULO 8: ANEXOS

Anexo N°1: Invitación Enfermero(a) del Centro de Salud Familiar

INVITACIÓN

Septiembre 2015

Sr/Sra/Srta (Nombre Enfermero/a)

Enfermero/a CESFAM (Nombre del Establecimiento)

Pte.

Por su destacado rol en la Atención Primaria en Salud de la región de Atacama, tengo el agrado de invitar a usted a participar de la tesis doctoral "Indicadores de Calidad del Cuidado de Enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2". La investigación incorpora una metodología mixta secuencial, aplicando en la región de Atacama diversas técnicas de carácter cualitativo, entre ellas, entrevistas individuales y grupales.

Debido a su valiosa experiencia y conocimiento en el cuidado de pacientes con DM 2, su participación en las diversas entrevistas enriquecerá los resultados del estudio e impactará en el diseño de los indicadores de calidad.

De ser posible su participación, previo a las entrevistas se esclarecerán las dudas pertinentes al estudio y se procederá a firmar el Consentimiento Informado, el cual se adjunta a esta invitación.

Cordialmente,

Sara Guerrero Núñez
Magíster en Salud Pública
Doctora(c) en Enfermería
Académica, Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Atacama

Anexo N°2: Invitación Director del Centro de Salud Familiar

INVITACIÓN

Septiembre 2015

Sr/Sra/Srta (Nombre Director/a)

Director CESFAM (Nombre del Establecimiento)

Pte.

Por su destacado rol en la Atención Primaria en Salud de la región de Atacama, tengo el agrado de invitar a usted a participar de la tesis doctoral "Indicadores de Calidad del Cuidado de Enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2". La investigación incorpora una metodología mixta secuencial, aplicando en la región de Atacama diversas técnicas de carácter cualitativo, entre ellas, entrevistas individuales y grupales.

Debido a su valiosa experiencia y conocimiento en la gestión que se realiza para alcanzar la compensación de los pacientes diabéticos, su participación en las diversas entrevistas enriquecerá los resultados del estudio e impactará en el diseño de los indicadores de calidad.

De ser posible su participación, previo a las entrevistas se esclarecerán las dudas pertinentes al estudio y se procederá a firmar el Consentimiento Informado, el cual se adjunta a esta invitación.

Cordialmente,

Sara Guerrero Núñez
Magíster en Salud Pública
Doctora(c) en Enfermería
Académica, Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Atacama

Anexo N°3: Invitación al Subdirector y Jefe del Programa de Salud Cardiovascular

INVITACIÓN

Septiembre 2015

Sr/Sra/Srta (Nombre Profesional)

Jefe Programa de Salud Cardiovascular

CESFAM (Nombre del Establecimiento)

Pte.

Por su destacado rol en la Atención Primaria en Salud de la región de Atacama, tengo el agrado de invitar a usted a participar de la tesis doctoral "Indicadores de Calidad del Cuidado de Enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2". La investigación incorpora una metodología mixta secuencial, aplicando en la región de Atacama diversas técnicas de carácter cualitativo, entre ellas, entrevistas individuales y grupales.

Debido a su valiosa experiencia y conocimiento en la gestión que se realiza para alcanzar la compensación de los pacientes diabéticos, su participación en las diversas entrevistas enriquecerá los resultados del estudio e impactará en el diseño de los indicadores de calidad.

De ser posible su participación, previo a las entrevistas se esclarecerán las dudas pertinentes al estudio y se procederá a firmar el Consentimiento Informado, el cual se adjunta a esta invitación.

Cordialmente,

Sara Guerrero Núñez
Magíster en Salud Pública
Doctora(c) en Enfermería
Académica, Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Atacama

Anexo N°4: Invitación Gestor en Servicio de Salud o Departamento de Salud Municipal

INVITACIÓN

Septiembre 2015

Sr/Sra/Srta (Nombre Profesional)

Cargo

Institución

Pte.

Por su destacado rol en la Atención Primaria en Salud de la región de Atacama, tengo el agrado de invitar a usted a participar de la tesis doctoral "Indicadores de Calidad del Cuidado de Enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2". La investigación incorpora una metodología mixta secuencial, aplicando en la región de Atacama diversas técnicas de carácter cualitativo, entre ellas, entrevistas individuales y grupales.

Debido a su valiosa experiencia y conocimiento en la gestión que se realiza para alcanzar la compensación de los pacientes diabéticos, su participación en las diversas entrevistas enriquecerá los resultados del estudio e impactará en el diseño de los indicadores de calidad.

De ser posible su participación, previo a las entrevistas se esclarecerán las dudas pertinentes al estudio y se procederá a firmar el Consentimiento Informado, el cual se adjunta a esta invitación.

Cordialmente,

Sara Guerrero Núñez
Magíster en Salud Pública
Doctora(c) en Enfermería
Académica, Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Atacama

Anexo N°5: Plan de Trabajo de la Investigación

Objetivos Específicos	Actividad	Fechas	Recursos
<p>-Describir la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, según percepción de enfermeras, pacientes, y gestores de salud.</p> <p>-Identificar las dimensiones de la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, según percepción de enfermeras, pacientes, y gestores de salud.</p> <p>-Definir las dimensiones de la calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2, según percepción de enfermeras, pacientes, y gestores de salud.</p> <p>-Definir los indicadores de calidad del cuidado de enfermería, para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.</p>	-Revisión sistemática del fenómeno de estudio en diversas bases de datos.	Marzo 2015	<p>-Materiales: Notebook, libreta para notas de campo, lápiz, grabadora, celular, vehículo.</p> <p>-Físicos: Box de atención, sillas, mesa y sala en establecimientos de atención primaria en salud.</p> <p>-Humanos: Investigadora, Investigador externo, Profesora guía y Profesora co-guía.</p>
	-Observación no participante de la labor de enfermería en el control de la persona con diagnóstico de DM 2, en la atención primaria en salud de la región de Atacama.	Octubre- Noviembre 2015	
	-Entrevistas en profundidad a enfermeras/os, gestores y pacientes con diagnóstico de diabetes en la región de Atacama. -Grupo focal en enfermeras/os, gestores y pacientes con diagnóstico de diabetes en la región de Atacama.	Diciembre 2015- Julio 2017	
	-Triangulación de datos -Teorización	Enero 2016- Julio 2017	
	-Confección del instrumento con la propuesta de indicadores.	Octubre 2017	
	<p>-Evaluar la validez de contenido de los indicadores de calidad del cuidado de enfermería, para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.</p>	-Contactar a las enfermeras expertas.	
-Aplicar el instrumento para evaluación de juicio de expertos.		Noviembre- Diciembre 2017	
-Discusión de resultados y confección del informe final		Octubre- Diciembre 2017	

Anexo N°6: Lineamientos para la codificación

Lineamientos para la codificación de datos con programa Atlas ti

- ✓ **Diseño:** El diseño que guía la codificación es la Teoría Fundamentada según procedimientos sistemáticos de Strauss y Corbin (Revisar el libro: Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada).
- ✓ **Propósito:** Diseñar Indicadores de calidad del cuidado de Enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.
- ✓ **Técnicas de recolección a codificar:** Entrevistas semiestructuradas a pacientes, enfermeros(as) y gestores de salud.
- ✓ **Contexto de análisis:** Las entrevistas fueron realizadas a los tres tipos de participantes en el contexto de la APS:

-Pacientes: Personas con diagnóstico de DM 2, que pertenecen al programa de salud cardiovascular en su CESFAM.

-Enfermeros(as): Profesionales que participan en el programa de salud cardiovascular. Son parte de una o todas las intervenciones que requieren participación de enfermería, las cuales son señaladas en el listado de prestaciones garantizadas para el paciente con diagnóstico de DM 2, es decir; control o consulta, curaciones de pie diabético y educación grupal.

Gestores de Salud: Profesionales que asumen cargos administrativos y/o de gestión.

- ✓ **Conceptos que contextualizan la codificación:**

-Necesidad en salud según cobertura universal de salud (en la investigación se convierte en necesidad de cuidado): La Cobertura Universal de Salud es un tema de interés internacional, y se define como la "capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades en salud de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento". Si bien la necesidad de salud lleva muchas veces a la población a requerir servicios de salud, éstos no les deben poner en riesgo de ruina económica o empobrecimiento, ahora ni en el futuro. Para ello se requiere de mecanismos de

organización y financiación suficientes para cubrir las necesidades de toda la población. Es sabido que la Cobertura Universal no es suficiente por sí misma para garantizar la salud, bienestar y, equidad, pero se convierte en uno de los fundamentos necesarios para alcanzarlos. La Cobertura Universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo a los servicios, por esta razón el Acceso Universal a la Salud es un concepto muy relacionado con Cobertura Universal, pues se entiende como la capacidad que tiene un sistema de entregar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, de calidad y en el momento en que la persona lo necesita.

Estos dos importantes conceptos (Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud) contribuyen al acceso sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, y de acuerdo con las necesidades en salud a nivel nacional. Todo lo anterior en lo relativo a prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, además de acceder a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, personal sanitario suficiente y motivado, cercano a la población y con una combinación adecuada de diferentes tipos de profesionales, y sistemas de información que proporcionen de forma oportuna los datos necesarios para la toma de decisiones, asegurando la protección financiera de las personas, especialmente de las más vulnerables. Por esto es importante el planteamiento de políticas, planes y programas de salud eficientes y coherentes a las necesidades poblacionales, con la intención de optimizar los recursos para alcanzar los objetivos sociales determinados a nivel nacional.

El Informe sobre la salud en el mundo del año 2010 define y representa el concepto de cobertura sanitaria universal en tres dimensiones: servicios de salud que se necesitan, número de personas que los necesitan, y costos para quien debe pagar, a saber, usuarios y terceras partes financiadoras. Es responsabilidad de los gobiernos decidir "qué servicios de salud son necesarios, y cómo asegurarse de que estén universalmente disponibles y sean asequibles, eficaces y de buena calidad".

-Cobertura Universal Efectiva: La cobertura bruta consiste en la proporción de la población con una necesidad, y que debido a ello recibe una determinada intervención en salud. Este tipo de cobertura es la que se acostumbra a medir, en cambio la Cobertura Efectiva corresponde a una métrica que permite precisar dónde y a quién se deben dirigir los recursos, con el único fin de otorgar el mayor beneficio a las personas con más necesidad. Corresponde a la

utilización de una intervención, considerando la necesidad ajustada por calidad. La Cobertura Efectiva se debe entender como la medida de desempeño de los sistemas de salud, relevante para el seguimiento de los avances hacia el logro de la cobertura sanitaria universal, en ella se combinan elementos en la prestación del servicio. Estos elementos corresponden a la necesidad de una intervención, al uso de ella, y también a su respectiva calidad, componentes básicos de la Cobertura Universal en salud. Conforme a lo señalado, la medición de la Cobertura Efectiva requiere saber quiénes necesitan de la intervención en salud (necesidad), quienes la reciben (utilización) y si la intervención fue efectiva para los que la han recibido (calidad).

Entonces, para medir la Cobertura Efectiva de la diabetes se debe conocer primeramente la prevalencia de ella en la población. El resultado representará a las personas que necesitan de una atención de salud. Por otra parte, se debe disponer del porcentaje de personas con diabetes que recibe una atención de salud, además de conocer la eficacia de dicha atención, que para las personas con DM 2 es la disminución del nivel de glucosa en ayunas o de la Hemoglobina glicosilada. De esta manera, la medición de la Cobertura Efectiva en salud permitirá medir con mayor precisión las deficiencias de la atención ofertada por el Sistema de Salud, especialmente, si se comparan los niveles de Cobertura Efectiva con la cobertura bruta de una atención de salud, intervención, e incluso programa de salud.

-Percepción de calidad según expectativas: Corresponde a la opinión vertida por el participante respecto a la calidad del cuidado según expectativas propias. Esto no involucra solamente lo demandado por la población, sino bien, la necesidad sentida de quienes participan y/o conocen la relación de cuidado entre un profesional enfermero y persona con DM 2.

Se sitúa al participante en el escenario ideal de una calidad total (expectativas), con el fin de alcanzar una Cobertura Universal Efectiva en la DM 2, es decir, una percepción amplia de la calidad, que va desde la infraestructura hasta la eficacia del servicio. Es una mirada del cuidado en tanto a estructura, proceso y resultados.

✓ **Conceptos para la codificación:**

-Dps: Corresponden a los documentos primarios (entrevistas) de la investigación, y serán agrupados en tres familias: Pacientes, Enfermeros (as) y Gestores de salud.

-Códigos: Corresponden a los conceptos destacados por el investigador y son la base de la Microteoría que emergerá de los datos. A éstos se debe otorgar una breve descripción, propiedades (cualidades o características) y dimensiones (escala en que varía la propiedad). La descripción, propiedades y dimensiones se descubren en los datos y no conforme a la estimación propia de quien analiza.

-Vista de red: Se vincularán los conceptos por medio de diferentes tipos de relación, lo cual favorecerá la agrupación de conceptos en categorías y la identificación de subcategorías.

-Familias de códigos: Corresponde a categorías, es decir, agrupación de conceptos semejantes que representan un fenómeno. Cada categoría debe recibir una descripción, propiedades y dimensiones que deben ser descubiertas en los datos analizados.

-Súper Familia: Corresponde a la categoría axial sobre la cual se enlazan las subcategorías. Esta categoría recibe una descripción, propiedades y dimensiones.

-Memos: Se realizarán memos en la codificación abierta, axial y selectiva, es decir, memos dirigidos a conceptos, categorías y relación entre categorías. Se redactarán memos que incorporen notas sobre codificación, notas teóricas y notas operacionales.

Notas de codificación: Contienen los verdaderos resultados. En Atlas ti se organiza así;

a) En la codificación abierta estas notas serán visible en la descripción de los códigos(conceptos) y en la descripción de las familias de códigos(categorías).

b) En la codificación axial estas notas serán registradas en la descripción de la súper familia, señalando la vinculación de categorías, identificando condiciones, acciones/interacciones, y consecuencias.

c) En la codificación selectiva estas notas son integradoras, describiendo la investigación, siendo la base para un relato analítico de la teoría. Aquí se enuncia con claridad la categoría central.

Notas teóricas: Principalmente contiene ideas sobre el muestreo teórico. En Atlas ti se organiza así;

- a) En la codificación abierta consiste en preguntarse sobre otras propiedades o dimensiones posibles.
- b) En la codificación axial consiste en preguntarse sobre posibles condiciones, acciones/interacciones, y consecuencias.
- c) En la codificación selectiva se cuestiona qué se debe realizar para completar la Microteoría emergente

Notas operacionales: Contienen notas procedimentales y recordatorias. En Atlas ti se organiza así;

- a) En la codificación abierta consiste en formular preguntas, hacer comparaciones o realizar más entrevistas.
- b) En la codificación axial consiste en identificar dónde hacer la recolección para muestreo teórico, incluso, sugerir preguntas para próximas preguntas.
- c) En la codificación selectiva se cuestiona qué se debe realizar para completar la Microteoría emergente

Cada memo iniciará con la fecha, tipo de nota y nombre del concepto, categoría o relación entre categoría, ej:

04/02/17 Nota teórica sobre relación de categorías “continuidad del cuidado” y “aplicación del cuidado”

✓ **Tipos de codificación:**

-Codificación abierta: Identificación de conceptos (códigos) que dan cuenta de algún fenómeno de interés para la construcción de la Microteoría sobre la percepción de calidad del cuidado según expectativa del participante. El concepto se describe y se enuncian sus propiedades y dimensiones. Posteriormente se agrupan los conceptos en categorías (familias de códigos), realizando la descripción e identificando sus propiedades y dimensiones. Se establecen las categorías y subcategorías.

-Codificación axial: Se relacionan categorías y subcategorías alrededor de una categoría axial. Además, se identifican las condiciones, acciones e interacciones y consecuencias de las categorías.

-Codificación selectiva: Se realiza una integración y refinación de la teoría.



Anexo N°7: Consentimiento Informado Pacientes



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Doctorado en Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO _____ como usuario(a) de los servicios entregados por las(os) Enfermeras(os) de los Establecimientos de Atención Primaria en Salud de la región de Atacama, declaro en forma libre y voluntaria mi deseo de participar en el estudio de investigación que corresponde a una Tesis del Doctorado en Enfermería de la Universidad de Concepción, cuyo objetivo consiste en diseñar Indicadores de calidad del cuidado de Enfermería, para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.

Por esta razón, autorizo de manera voluntaria que la investigadora presencie mi control en salud realizado por la(el) enfermera(o), y/o a participar en entrevistas individuales o grupales, respondiendo fidedignamente a las interrogantes planteadas por la investigadora. Para estas actividades autorizo que fotografíen mi control en salud, y graben mis entrevistas. Estoy en conocimiento de mi derecho de rehusar continuar en la investigación, pudiendo retirarme en los momentos que yo lo decida, sin recibir perjuicio por mi decisión. Además de lo anterior, tengo plena libertad para solicitar a la investigadora un informe sobre los conocimientos concluidos en la investigación.

Finalmente, debo expresar que todas mis inquietudes han sido resueltas y comprendo toda la información que me han proporcionado, y en pleno uso de mis facultades, declaro que la información entregada podrá ser utilizada en esta investigación, y darse a conocer en las instancias o fines estimados convenientes por la investigadora, tales como congresos o artículos científicos, y siempre respetando los principios de confidencialidad.

Nombre: _____
R.U.T _____ Fecha de Nacimiento: _____
Centro de Salud al que pertenece _____
Dirección: _____ Número de contacto: _____

Datos de la Investigadora:

-Nombre: Sara Guerrero Núñez - R.U.T: 15.027.344-7
-Dirección: Victoria 1230 dpto. 32-C, Concepción. -Teléfono de contacto:
89223611
- Mail: saragn7@gmail.com, saraguerrero@udec.cl

La Investigación fue aprobada por el Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción. Frente a consultas referente a principios éticos que regulan esta investigación, se podrá contactar a la Dra. Olivia Sanhueza Alvarado, Presidenta del Comité Ético Científico.

Datos de contacto: Fono:(56-41)2207065 - Mail;
andreagayoso@udec.cl

Firma del participante

Firma de la Investigadora

Anexo N°8: Consentimiento Informado Enfermera(o)



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Doctorado en Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO _____ como Enfermera(o) de los Establecimientos de Atención Primaria en Salud de la región de Atacama, declaro en forma libre y voluntaria mi deseo de participar en el estudio de investigación que corresponde a una Tesis del Doctorado en Enfermería de la Universidad de Concepción, cuyo objetivo consiste en diseñar Indicadores de calidad del cuidado de Enfermería, para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.

Por esta razón, autorizo de manera voluntaria que la investigadora presencie el control en salud que realizaré a pacientes con DM 2, y/o a participar en entrevistas individuales o grupales, respondiendo fidedignamente a las interrogantes planteadas por la investigadora. Para estas actividades autorizo que fotografíen el control en salud, y graben mis entrevistas. Estoy en conocimiento de mi derecho de rehusar continuar en la investigación, pudiendo retirarme en los momentos que yo lo decida, sin recibir perjuicio por mi decisión. Además de lo anterior, tengo plena libertad para solicitar a la investigadora un informe sobre los conocimientos concluidos en la investigación.

Finalmente, debo expresar que todas mis inquietudes han sido resueltas y comprendo toda la información que me han proporcionado, y en pleno uso de mis facultades, declaro que la información entregada podrá ser utilizada en esta investigación, y darse a conocer en las instancias o fines estimados convenientes por la investigadora, tales como congresos o artículos científicos, y siempre respetando los principios de confidencialidad.

Nombre: _____
R.U.T _____ Fecha de Nacimiento: _____
Centro de Salud al que pertenece _____
Dirección: _____ Número de contacto: _____
Cargo en el que se desempeña: _____

Datos de la Investigadora:

-Nombre: Sara Guerrero Núñez - R.U.T: 15.027.344-7
-Dirección: Victoria 1230 dpto. 32-C, Concepción. -Teléfono de contacto: 89223611
- Mail: saragn7@gmail.com, saraguerrero@udec.cl

La Investigación fue aprobada por el Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción. Frente a consultas referente a principios éticos que regulan esta investigación, se podrá contactar a la Dra. Olivia Sanhueza Alvarado, Presidenta del Comité Ético Científico.

Datos de contacto: Fono:(56-41)2207065 - Mail;
andreagayoso@udec.cl

Firma del participante

Firma de la Investigadora

Anexo N°9: Consentimiento Informado Gestor(a) de Salud



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Doctorado en Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO _____ como Gestor(a) en Salud, siendo directivo, coordinador o administrador de diversas áreas o unidades de los Establecimientos de Atención Primaria en Salud de la región de Atacama, declaro en forma libre y voluntaria mi deseo de participar en el estudio de investigación que corresponde a una Tesis del Doctorado en Enfermería de la Universidad de Concepción, cuyo objetivo consiste en diseñar Indicadores de calidad del cuidado de Enfermería, para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2.

Por esta razón, de manera voluntaria deseo participar en las entrevistas individuales y/o grupales, respondiendo fidedignamente a las interrogantes planteadas por la investigadora. Para estas actividades autorizo que graben mis entrevistas. Estoy en conocimiento de mi derecho de rehusar continuar en la investigación, pudiendo retirarme en los momentos que yo lo decida, sin recibir perjuicio por mi decisión. Además de lo anterior, tengo plena libertad para solicitar a la investigadora un informe sobre los conocimientos concluidos en la investigación.

Finalmente, debo expresar que todas mis inquietudes han sido resueltas y comprendo toda la información que me han proporcionado, y en pleno uso de mis facultades, declaro que la información entregada podrá ser utilizada en esta investigación, y darse a conocer en las instancias o fines estimados convenientes por la investigadora, tales como congresos o artículos científicos, y siempre respetando los principios de confidencialidad.

Nombre: _____
R.U.T _____ Fecha de Nacimiento: _____
Centro de Salud al que pertenece _____
Dirección: _____ Número de contacto: _____
Cargo en el que se desempeña: _____

Datos de la Investigadora:

-Nombre: Sara Guerrero Núñez - R.U.T: 15.027.344-7
-Dirección: Victoria 1230 dpto. 32-C, Concepción. -Teléfono de contacto:
89223611
- Mail: saragn7@gmail.com, saraguerrero@udec.cl

La Investigación fue aprobada por el Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción. Frente a consultas referente a principios éticos que regulan esta investigación, se podrá contactar a la Dra. Olivia Sanhueza Alvarado, Presidenta del Comité Ético Científico.

Datos de contacto: Fono:(56-41)2207065 - Mail;
andreagayoso@udec.cl

Firma del participante

Firma de la Investigadora

Anexo N°10: Instrumento enviado a grupo de expertos para validación de contenido.

Instrucciones

Estimada(o) Colega:

A continuación, encontrará un listado de 55 indicadores de calidad del cuidado de enfermería, contruidos en función de tres Microteorías sustantivas dirigidas a comprender el fenómeno de la “calidad del cuidado de enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la DM 2”. Estas Microteorías han incorporado la percepción de enfermeras, pacientes con diagnóstico de DM 2, y gestores de salud. Los indicadores han sido clasificados en indicadores de estructura, proceso, resultado e impacto, conociendo la definición y expresión de ellos. Los indicadores de estructura y proceso serán evaluados según percepción de enfermeras, los indicadores de resultado según percepción de pacientes con diagnóstico de DM 2, y los indicadores de impacto por los gestores de salud, según registros institucionales.

Con el objetivo de realizar una validación de contenido, solicito a usted, debido a su valiosa experiencia y conocimiento, evaluar dichos indicadores en su rol de experto, conforme a los criterios de “pertinencia”, “claridad”, e “importancia”. Para ello, cada criterio será calificado de 1 a 5 puntos, siendo este puntaje coherente a la definición dada en la escala de evaluación. En cada dimensión es posible evaluar cualitativamente aspectos relacionados con la definición, expresión o clasificación de indicador. Es importante considerar, que todos los indicadores están expresados en el contexto del cuidado de enfermería realizado en la APS para la población con diagnóstico o prevalencia estimada de DM 2.

Seguidamente, encontrará la definición de los tres criterios de evaluación, y la escala a utilizar en la validación de contenido:

Criterios de evaluación:

Pertinencia: Evalúa la relación del indicador con el tipo de clasificación (estructura, proceso, resultado e impacto), y con la dimensión a la que pertenece. De esta manera, mide los aspectos de la calidad que pretende medir.

Claridad: Evalúa la definición comprensible del indicador. No considera ambigüedades, y es preciso en lo que pretende medir.

Importancia: Valora lo esencial de incorporar el indicador en la medición del fenómeno calidad del cuidado de enfermería.

Escala de Evaluación	
Calificación	Definición
1	Muy en desacuerdo: El indicador responde insatisfactoriamente en el criterio.
2	En desacuerdo: El indicador podría responder parcialmente en el criterio. Necesita modificaciones mayores en la definición y expresión.
3	Parcialmente de acuerdo: El indicador responde parcialmente en el criterio. Necesita modificaciones menores en la definición y expresión.
4	De acuerdo: El indicador podría responder satisfactoriamente en el criterio. Necesita modificaciones menores en la definición o expresión.
5	Muy de acuerdo: El indicador responde satisfactoriamente en el criterio.

Antecedentes del Evaluador Experto

ANTECEDENTES PERSONALES			
Nombre		Apellidos	
Edad		Nacionalidad	Teléfono (optativo)
ANTECEDENTES ACADÉMICOS-LABORALES			
Grado(s) académico(s)		Años de experiencia profesional	
Institución donde se desempeña		Años en la Institución	
Cargo actual			
ANTECEDENTES RELACIONADOS CON SU CALIDAD DE EXPERTO			
Su nivel de conocimiento y experiencia le permiten evaluar aspectos relacionados con la calidad del cuidado de enfermería (Marque con una x).	En desacuerdo		
	Parcialmente de acuerdo		
	De acuerdo		
Su nivel de conocimiento y experiencia le permiten evaluar aspectos relacionados con indicadores, específicamente indicadores de calidad (Marque con una x).	En desacuerdo		
	Parcialmente de acuerdo		
	De acuerdo		

- I. INDICADORES DE ESTRUCTURA:** Serán evaluados por las enfermeras del establecimiento según percepción individual. Esto reflejará una autoevaluación de ellas en su desempeño local.

DIMENSIÓN: Desempeño y autonomía profesional

N°	INDICADOR		CRITERIOS A EVALUAR		
	Definición	Expresión	Pertinencia	Claridad	Importancia
1	Las enfermeras poseen un rol insustituible en el control metabólico de la persona con diagnóstico de DM 2.	Dicotómica (Si-No)			
2	En la población estimada con DM 2, las enfermeras poseen un rol insustituible en el acceso a las prestaciones ofertadas en la APS.	Dicotómica (Si-No)			
3	Las enfermeras planifican con autonomía un cuidado destinado al control metabólico de la población que asiste a la APS.	Dicotómica (Si-No)			
4	Las enfermeras planifican con autonomía un cuidado en la población estimada con DM 2, centrado en el acceso a las prestaciones ofertadas en la APS.	Dicotómica (Si-No)			
Observación de los indicadores (Indique N° del indicador y comentario respectivo)					
Apreciación sobre eliminación o incorporación de otro indicador					

DIMENSIÓN: Vocación y competencias profesionales

N°	INDICADOR		CRITERIOS A EVALUAR		
	Definición	Expresión	Pertinencia	Claridad	Importancia
5	Las enfermeras demuestran vocación profesional en su comportamiento con la institución, pares, y especialmente en la atención de la persona con diagnóstico de DM 2.	Dicotómica (Si-No)			
6	Porcentaje de enfermeras con capacitación en aspectos relacionados con la intervención efectiva del paciente y familia, promoción de la salud, curación, trato humanizado, u otro, por medio de seminarios, cursos de actualización, postítulo o postgrado.	$(N^{\circ} \text{ enfermeras capacitadas} / \text{Total enfermeras}) \times 100$			
Observación de los indicadores (Indique N° del indicador y comentario respectivo)					
Apreciación sobre eliminación o incorporación de otro indicador					

DIMENSIÓN: Condiciones del sistema y establecimiento

N°	INDICADOR		CRITERIOS A EVALUAR		
	Definición	Expresión	Pertinencia	Claridad	Importancia
7	Las enfermeras reciben información oportuna de la red asistencial, cuando la persona con diagnóstico de DM 2 acude a la atención cerrada o urgencia, debido a descompensación, u otros aspectos relacionados con su condición de salud.	Dicotómica (Si-No)			
8	Los recursos materiales (insumos-equipos) utilizados en el cuidado de la persona con diagnóstico de DM 2 son suficientes y adecuados a las necesidades del paciente.	Dicotómica (Si-No)			
9	Los recursos físicos (infraestructura) utilizados para el cuidado de la persona con diagnóstico de DM 2 son suficientes y adecuados a las necesidades del paciente.	Dicotómica (Si-No)			
10	Los recursos humanos del sistema de cuidado (enfermeras y técnicos paramédicos) destinados a la atención de la persona con diagnóstico de DM 2, son suficientes y adecuados a las necesidades del paciente.	Dicotómica (Si-No)			
11	Las condiciones, entre ellas, el comportamiento actitudinal de funcionarios, infraestructura, horas disponibles y horario, favorecen el acceso de la persona con diagnóstico de DM 2 al cuidado de enfermería.	Dicotómica (Si-No)			
Observación de los indicadores (Indique N° del indicador y comentario respectivo)					
Apreciación sobre eliminación o incorporación de otro indicador					


DIMENSIÓN: Programación de la gestión del cuidado y participación de enfermería.

N°	INDICADOR		CRITERIOS A EVALUAR		
	Definición	Expresión	Pertinencia	Claridad	Importancia
12	Las enfermeras planifican la supervisión del cuidado para el mejoramiento continuo de su quehacer, por medio de un plan o sistema de control permanente.	Dicotómica (Si-No)			
13	Las enfermeras participan en la toma de decisiones sobre la programación y ejecución del cuidado.	Dicotómica (Si-No)			
14	Las enfermeras programan el cuidado según necesidades poblacionales, y no solamente en función de metas e indicadores de evaluación ministerial, es decir, interviniendo preventiva y promocionalmente en distintos grupos etarios, condiciones metabólicas, o de tratamiento de los mismos.	Dicotómica (Si-No)			
Observación de los indicadores (Indique N° del indicador y comentario respectivo)					
Apreciación sobre eliminación o incorporación de otro indicador					

- II. INDICADORES DE PROCESO:** Serán evaluados por las enfermeras del establecimiento según percepción individual. Esto reflejará una autoevaluación de ellas en su desempeño local.

DIMENSIÓN: Cobertura del cuidado continuo y diverso

N°	INDICADOR		CRITERIOS A EVALUAR		
	Definición	Expresión	Pertinencia	Claridad	Importancia
15	La periodicidad del cuidado de enfermería expresado en el control de salud se realiza a todas las personas con diagnóstico de DM 2, según calendario de citación local.	Dicotómica (Si-No)			
16	La periodicidad del cuidado de enfermería expresado en la educación de grupo (talleres de educación), se realiza a todas las personas con DM 2 según calendario de citación local.	Dicotómica (Si-No)			
17	El cuidado de enfermería expresado en el control de salud, no se delega a otros profesionales o técnicos paramédicos.	Dicotómica (Si-No)			
18	El cuidado de enfermería expresado en la educación de grupo (talleres de educación), no se delega a otros profesionales o técnicos paramédicos.	Dicotómica (Si-No)			
19	El cuidado de enfermería expresado en la curación de la lesión en el pie, no se delega a otros profesionales o técnicos paramédicos.	Dicotómica (Si-No)			
20	Las enfermeras realizan intervenciones comunitarias en el entorno del paciente, familia y comunidad.	Dicotómica (Si-No)			
21	Las enfermeras intervienen mejorando el acceso al cuidado en la población estimada con DM 2.	Dicotómica (Si-No)			
22	Las enfermeras son responsables de un cuidado integral en todas las personas con diagnóstico de DM 2, abordando la adherencia al control y tratamiento, autocuidado en la administración de medicamentos, alimentación y estilos de vida saludables, cuidado de los pies, factores psicosociales, u otros.	Dicotómica (Si-No)			
23	Las enfermeras cuidan conforme a las condiciones socioeconómicas, culturales y emocionales de la persona con diagnóstico de DM 2.	Dicotómica (Si-No)			

24	Las enfermeras derivan oportunamente a la persona con diagnóstico de DM 2, según prestaciones de salud garantizadas, o conforme a la aparición de nuevas necesidades de cuidado.	Dicotómica (Si-No)			
25	Durante el cuidado las enfermeras transmiten confianza a la persona con diagnóstico de DM 2.	Dicotómica (Si-No)			
26	La enfermera respeta el rendimiento asignado para el control de salud, educación de grupo, y curación en caso de lesión en los pies.	Dicotómica (Si-No)			
	Observación de los indicadores (Indique N° del indicador y comentario respectivo)				
	Apreciación sobre eliminación o incorporación de otro indicador				

DIMENSIÓN: Gestión de la calidad del cuidado

N°	INDICADOR		CRITERIOS A EVALUAR		
	Definición	Expresión	Pertinencia	Claridad	Importancia
27	Las enfermeras destinan tiempo para la identificación de problemas en el cuidado, la retroalimentación mutua, y el mejoramiento de procesos relacionados con: control de salud, curación de lesiones en el pie; educación de grupo, otros procedimientos clínicos, intervenciones destinadas al acceso y pesquisa de pacientes, y actividades comunitarias, entre otros.	Dicotómica (Si-No)			
28	La enfermera evalúa el cuidado por medio de la supervisión del mismo, de acuerdo a un plan o sistema de control permanente.	Dicotómica (Si-No)			
Observación de los indicadores (Indique N° del indicador y comentario respectivo)					
Apreciación sobre eliminación o incorporación de otro indicador					

III. INDICADORES DE RESULTADO: Serán evaluados por los pacientes del establecimiento según percepción individual. Esto reflejará la opinión de los pacientes sobre el desempeño de la enfermería local.

DIMENSIÓN: Actitud profesional

N°	INDICADOR		CRITERIOS A EVALUAR		
	Definición	Expresión	Pertinencia	Claridad	Importancia
29	La enfermera escucha activamente al paciente y familia, orientando conforme a las necesidades e inquietudes de ellos.	Dicotómica (Si-No)			
30	El lenguaje verbal utilizado por la enfermera es comprensible, respetuoso y afable.	Dicotómica (Si-No)			
31	El lenguaje no verbal (gestos y movimientos corporales) utilizado por la enfermera es respetuoso y afable.	Dicotómica (Si-No)			
32	La enfermera conoce al paciente y entorno familiar o comunitario.	Dicotómica (Si-No)			
33	La enfermera otorga un cuidado empático al paciente y familia.	Dicotómica (Si-No)			
34	La enfermera durante el cuidado mantiene contacto visual con el paciente y familia.	Dicotómica (Si-No)			
35	El cuidado de enfermería es importante para el paciente y familia.	Dicotómica (Si-No)			
Observación de los indicadores (Indique N° del indicador y comentario respectivo)					
Apreciación sobre eliminación o incorporación de otro indicador					

DIMENSIÓN: Recepción y eficacia del cuidado

N°	INDICADOR		CRITERIOS A EVALUAR		
	Definición	Expresión	Pertinencia	Claridad	Importancia
36	El paciente recibe las prestaciones de enfermería garantizadas por derecho: al menos un control de salud y una educación de grupo anual, y curaciones en caso de lesión en el pie.	Dicotómica (Si-No)			
37	El paciente recibe, al menos una vez por año, una evaluación de los pies para identificar el riesgo y potenciales problemas en la zona.	Dicotómica (Si-No)			
38	El resultado de la clasificación del riesgo en la evaluación de los pies, es informado al paciente con diagnóstico de DM 2.	Dicotómica (Si-No)			
39	El paciente genera un cambio conductual producto de las intervenciones educativas realizada por la enfermera: estilos de vida saludable sobre adherencia al control y tratamiento, autocuidado en la administración de medicamentos, alimentación y actividad física, entre otros.	Dicotómica (Si-No)			
Observación de los indicadores (Indique N° del indicador y comentario respectivo)					
Apreciación sobre eliminación o incorporación de otro indicador					

DIMENSIÓN: Relación de cuidado

N°	INDICADOR		CRITERIOS A EVALUAR		
	Definición	Expresión	Pertinencia	Claridad	Importancia
40	La enfermera durante el cuidado establece objetivos y metas específicas por paciente, definidas junto al mismo.	Dicotómica (Si-No)			
41	Es habitual que el paciente es atendido por la enfermera en la hora asignada, tanto en el control de salud, educación de grupo, o curación.	Dicotómica (Si-No)			
42	La enfermera durante el cuidado refuerza positivamente al paciente, animándole por los logros obtenidos.	Dicotómica (Si-No)			
43	La enfermera durante el cuidado corrige respetuosamente el autocuidado del paciente, respecto a la administración de medicamentos, alimentación, cuidado de pies, actividad física, u otros aspectos.	Dicotómica (Si-No)			
Observación de los indicadores (Indique N° del indicador y comentario respectivo)					
Apreciación sobre eliminación o incorporación de otro indicador					

- IV. INDICADORES DE IMPACTO:** Serán evaluados por los gestores de salud del establecimiento según registros institucionales. Estos indicadores pueden ser evaluados por el director, subdirector, o jefe del programa cardiovascular.

DIMENSIÓN: Cobertura Universal Efectiva

N°	INDICADOR		CRITERIOS A EVALUAR		
	Definición	Expresión	Pertinencia	Claridad	Importancia
44	Porcentaje anual de personas en control metabólico que asisten a la APS.	(N° personas con HbA1c <7% / Total personas con diagnóstico de DM 2)x100			
45	Porcentaje anual de personas en control metabólico, según población estimada con DM 2 (cobertura efectiva).	(N° personas con HbA1c <7% /Total personas estimadas con DM 2)x100			
46	Promedio de tiempo, medido en meses, que permanecen en control metabólico las personas asistentes a la APS.	Promedio			
47	Porcentaje anual de personas con control de salud realizado por enfermera.	(N° personas con DM 2 y control de salud con enfermera/Total personas con diagnóstico de DM 2)x100			
48	Porcentaje anual de personas con educación de grupo realizado por enfermera.	(N° personas con DM 2 y educación de grupo realizado por enfermera. /Total personas con diagnóstico de DM 2)x100			
49	Porcentaje anual de adherencia poblacional al cuidado ofertado en el control de salud.	(N° personas con DM 2 asistentes al control de salud con enfermera /Total personas con DM 2 citadas a control con enfermera)x100			
50	Porcentaje anual de adherencia poblacional al cuidado ofertado en la educación de grupo.	(N° personas con DM 2 asistentes a educación de grupo con enfermera/Total personas con DM 2 citadas a educación de			

		grupo con enfermera)x100			
51	Porcentaje anual de adherencia poblacional al cuidado ofertado en la curación de la lesión en el pie.	(N° personas con DM 2 asistentes a curación por lesión en el pie /Total personas con DM 2 citadas a curación por lesión en el pie)x100			
52	Porcentaje anual de personas asistentes a la APS con acompañamiento en el control de salud.	(N° personas con DM 2 y acompañamiento en el control de salud /Total personas con DM 2 citadas a control de salud)x100			
53	Porcentaje anual de personas asistentes a la APS con acompañamiento en la curación de la lesión en el pie.	(N° personas con DM 2 y acompañamiento en la curación de la lesión en el pie /Total personas con DM 2 citadas a curación de la lesión en el pie)x100			
54	Porcentaje anual de personas con satisfacción usuaria.	(N° personas con DM 2 satisfechas/Total personas con diagnóstico de DM 2 participantes de evaluación)x100			
55	Porcentaje anual de pacientes sin complicación: herida por lesión en el pie, descompensaciones metabólicas, consultas de urgencia cardiovascular, u otras relacionadas con la enfermedad.	(N° personas con DM 2 sin complicación /Total personas con DM 2)x100			
Observación de los indicadores (Indique N° del indicador y comentario respectivo)					
Apreciación sobre eliminación o incorporación de otro indicador					