

Magaly Del Carmen Gallardo Guzmán

**CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL
ALTA HOSPITALARIA**

Investigación presentada al Programa de Pos graduación en Enfermería MAGISTER, de Universidad Federal de Santa Catarina.

Área de concentración: Filosofía y Cuidado em Salud y Enfermería.

Línea de Investigación: Política, Gestión y Evaluación del Cuidado en Salud y Enfermería.

Orientadora: Prof. Dra. Selma Regina de Andrade.

Florianópolis
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Guzmán, Magaly Del Carmen Gallardo
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL ALTA
HOSPITALARIA / Magaly Del Carmen Gallardo Guzmán ;
orientador, Selma Regina Andrade, 2019.
122 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

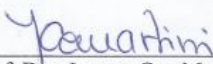
1. Enfermagem. 2. Continuidade do Cuidado. 3.
Enfermagem. 4. Enfermeira de ligação. I. Andrade,
Selma Regina. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
III. Título.

Magaly Del Carmem Gallardo Guzmán

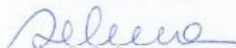
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN ALTA HOSPITALARIA

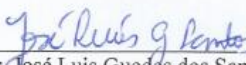
Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Enfermagem” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.


Florianópolis, 28 de março de 2019.


Prof. Dra. Jussara Gue Martini
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:


Prof.ª Dr.ª Selma Regina de Andrade
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina


Prof. Dr. José Luis Guedes dos Santos
Membro titular
Universidade Federal de Santa Catarina


Prof.ª Dr.ª Félipa Rafaela Amadigi
Membro Titular
Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios que me proveyó de bienes para hacer enfermería; a mi familia que anima y soporta mis ausencias; a las amigas que acompañan mis senderos de vida y formación.

A UMAG y UFSC que me otorgaron esta oportunidad de desarrollo y crecimiento. Gracias a los profesores que hicieron posible este proyecto de emprendimiento profesional y artífices de mi formación, en la patagonia de Chile.

A mi profesora orientadora Selma Regina, que con sabiduría, paciencia y calendario, ordenó mis desvaríos, fortaleció con conocimiento y animó a mantenerme alerta y curiosa para un mejor desempeño. A las profesoras de la banca calificadora, siempre pródigas y acogedoras con sus inestimables aportes, consejos y sugerencias.

Al laboratorio GEPADES, en cuyo espacio me acogieron cariñosamente, en múltiples y variados aprendizajes. Colegas del Brasil, que circunstancialmente conocí y me otorgaron oportunidad de acceder a sus ámbitos de trabajo o temas de investigación.

A la inestimable compañía y generosa inclinación al aporte, de todas mis colegas del Magister. A las enfermeras de servicios HCM, que se hicieron disponibles para colaborar con la investigación. Y, a mis colegas HCM Karen, Anita, Joao y Thania, con los cuáles compartimos la experiencia de discutir temas, preocupaciones o la simple y siempre bienvenida palabra de apoyo emocional.

RESUMO

Introdução: A continuidade da assistência de enfermagem constitui o cuidado integral ao paciente após alta hospitalar, um desafio para um serviço de qualidade. **Objetivo:** Compreender a continuidade do cuidado ao usuário em alta hospitalar do Hospital de Clínicas Magallanes, Chile, em uma perspectiva da enfermagem. Especificamente, propôs-se caracterizar a continuidade do cuidado ao usuário em alta hospitalar; e, reconhecer o papel da enfermagem para manter a continuidade do cuidado ao usuário com alta hospitalar. **Método:** Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. Entrevistas semiestruturadas foram utilizadas com oito enfermeiros do Hospital de Clínicas de Magallanes, gravadas em sessões exclusivas e transcritas pelo pesquisador. Na análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Organizados em formato de dois manuscritos: o primeiro intitulado: Continuidade do cuidado na atenção da rede de saúde: uma perspectiva do enfermeiro. Quatro categorias emergiram do proceso de codificação: Continuidade da atenção desde a alta hospitalar até a Atenção Primária à Saúde; Continuidade do cuidado: participação do usuário e da família; Sistema de rede e o insumo de informação; e Conceitos de continuidade do cuidado. No segundo manuscrito, intitulado: O papel da enfermagem para a continuidade do cuidado na rede de saúde, uma perspectiva do enfermeiro, três categorias foram obtidas: Servicio de salud integral: percepcion y significado; Servicio de salud integral: rol y desempeño del rol; Servicio de salud integral: Incidencia en el usuario. **Conclusão:** O conceito de continuidade do cuidado, definido pelos participantes do estudo, está associado à percepção de que existe um sistema organizado que permite manter a continuidade à saúde do paciente, que transita pela rede, mas requer condições técnicas e humanas para um protocolo de continuidade do cuidado; como resultado de sua experiência, a continuidade do cuidados não está assegurada, debido a presença de fenômenos de variabilidade, que incidem como fatores de sucesso ou fracasso, em âmbitos como: colaboração médica, transferência de informação, autonomia dos usuários e familiares. Além disso, o papel da enfermagem é fundamental na alta hospitalar do paciente; por ter competências para o cuidado integral, o profissional facilita a transição da assistência, com base em sua autonomia profissional; administra a alta hospitalar, reunindo a rede institucional de enfermagem e as redes incipientes existentes na Atenção Primária à Saúde; aspira a desenvolver estratégias para uma rede de atenção interníveis, com participação

sistêmica e suporte de habilidades de comunicação, gerenciamento de tecnologias, entre outros.

Palavras-chave: Enfermagem. Continuidade da assistência ao paciente. Cuidados de enfermagem. Gestão em Saúde.

RESUMO EXPANDIDO

Introdução

A população de países em desenvolvimento ou em estágios avançados de desenvolvimento socioeconômico, apresenta uma série de mudanças em seus indicadores demográficos e comportamentais nos determinantes da saúde, os quais repercutem no perfil epidemiológico e nas expectativas de saúde da população; o que gera tensão nos processos produtivos dos sistemas de saúde de um país e, por outro lado, apresenta desafios para os planejadores no desenho de oferta custo-efetiva e qualidade prescrita, a fim de se adaptar às mudanças que a população vive e exige. Nesse contexto, o Chile está alinhado com uma proposta para a América Latina da Organização Mundial de Saúde (WHO/OPAS), aprofundando seu compromisso com a implementação da abordagem da Rede Integrada de Serviços de Saúde (RISS). A reforma sanitária ordena gradativamente o sistema, através de órgãos jurídicos que, a partir de 2001, prevê medidas de acordo com os recursos disponíveis, visões e comprometimento das autoridades, empoderamento dos líderes da comunidade organizada e dos trabalhadores da saúde. A definição de Rede Integrada de Serviços de Saúde impõe a necessidade de organizar os vários dispositivos na rede, de tal maneira que supera a fragmentação tradicional, resultante de especialização e fragmentação das diferentes áreas da atenção em um determinado território. O Gestor de Redes de Serviços de Saúde de Magallanes, Chile, que é responsável pela conformidade com as políticas, normas, planos e programas do Ministério da Saúde (Minsal) também deve garantir encaminhamento e usuário dentro e fora Rede, de acordo com as normas técnicas ditadas por este órgão. É quem mantém uma atitude permanente de apoio para a realização de estratégias que combinem demanda, oportunidades e experiência de trabalho para prestar assistência integral ao usuário da rede de saúde da região. Esse papel gerencial e articulador é mencionado, nos países desenvolvidos, como uma estratégia para superar a fragmentação. Na Espanha, há mais de 20 anos, surge como enfermeira de prática avançada, em hospitais e / ou Atenção Primária à Saúde (APS), enfermeiro de ligação (enlace) ou enfermeiro de gestão de casos, focado no gerenciamento de alta hospital e seu trânsito pela rede; com variações em sua organização e portfólios de benefícios, eles vêm sistematizando sua prática até chegarem ao reconhecimento formal pela autoridade de saúde e pelo usuário; tendo em vista que satisfazem a articulação do usuário com a alta hospitalar às suas comunidades, ao gerenciar e facilitar o acompanhamento dos

cuidados, por outro profissional de enfermagem que já conhece seu caso. Diante do exposto, considerando o papel do profissional de enfermagem, propõe-se a seguinte questão de pesquisa: Como se produz continuidade do cuidado, no momento da alta hospitalar e seu encaminhamento para a atenção primária à saúde?

Objetivos

O presente estudo tem como objetivo geral: Compreender a continuidade do cuidado ao usuário com alta hospitalar no Hospital de Clínicas de Magalhães (HCM), na perspectiva da enfermagem. Especificamente, buscou: Caracterizar a continuidade do cuidado ao usuário com alta hospitalar do CMH, na perspectiva da enfermagem; e Reconhecer o papel do enfermeiro para continuidade do cuidado do usuário com alta hospitalar do HCM.

Metodologia

Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, com enfoque na compreensão das dimensões de percepção e significado para a equipe de enfermagem, no processo de continuidade do cuidado ao usuário com alta hospitalar. Foi aplicado em um Centro de Saúde de maior complexidade da 12^a região político-administrativa da capital de Punta Arenas, Magallanes, Chile. O Hospital Clínico de Magalhães (HCM), de 340 leitos, produz anualmente cerca de 12 mil altas hospitalares. Universo de estudo, grupo de 40 enfermeiros que dão alta de enfermagem, pois trabalham em bloco de serviços médicos básicos, adulto e infantil, do referido estabelecimento. Para caracterizar a continuidade do cuidado e reconhecer o papel da enfermagem nesse processo, foi selecionada uma amostra de oito participantes, com técnica de amostragem não probabilística e intencional; Convidados os profissionais que cumpriram o trabalho por dois meses ou mais, e que mostraram disposição para entrevistar, no período de maio a agosto de 2018, com consentimento informado; nenhum caso de dissenso ou correção de transcrição foi relatado, de acordo com o protocolo. Para o objetivo do estudo, foi aplicada a entrevista semiestruturada, registrando-se na íntegra; Foi transcrito pelo pesquisador, salvaguardando o anonimato do entrevistado por meio de código. Como forma de organizar os resultados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo na modalidade temática. Para transformar, segundo regras de recorte e organização sistemáticas, os dados do texto bruto em representações do conteúdo. Portanto, após uma leitura geral do conteúdo das entrevistas, identificaram-se unidades de registro, que

falavam da continuidade do cuidado e do papel do enfermeiro na continuidade do cuidado; para qual uma grade foi projetada para agrupar as respostas que constituíram os códigos; em seguida, foram ordenados por cores de acordo com critérios de seleção, para compor subcategorias; por fim, foram organizados de forma a criar categorias homogêneas e exclusivas entre si. Como resultado da técnica de análise, foram obtidas oito subcategorias, que formaram quatro categorias relacionadas à continuidade do cuidado e que constituíram um primeiro manuscrito. Outras oito subcategorias, deram origem a três categorias, na temática do serviço integral de saúde, com as quais o segundo manuscrito foi produzido.

Resultados e Discussão

Os resultados deste estudo foram organizados na forma de dois manuscritos. O primeiro manuscrito, com o título: Continuidade do cuidado no cuidado da rede de saúde, uma perspectiva do enfermeiro, e o objetivo de caracterizar a continuidade do cuidado ao usuário com alta hospitalar apresentaram quatro categorias, que reúnem o que os enfermeiros exibem em suas falas: 1. Referem-se à existência de atores e ações do sistema de saúde, necessários para manter a continuidade do cuidado; 2. Discuta o comportamento do paciente e da família, que afeta a continuidade do cuidado; 3. Discuta como eles percebem a rede de cuidado e o gerenciamento de informações nessa rede; e 4. Fale sobre o que eles entendem pela continuidade do cuidado. Neste sentido, o conceito de continuidade do cuidado dos entrevistados está associado à percepção de que existe um sistema organizado que permite manter um cuidado contínuo à saúde do paciente que transita pela rede, mas requer condições técnicas e humanas para um protocolo de continuidade de cuidado; como resultado de sua experiência não seria a garantia de continuidade de cuidados, com a presença de fenômenos de variabilidade como fatores que influenciam o sucesso ou fracasso, em áreas como a cooperação da família médico, transferência de informação, e a autonomia dos usuários. O segundo manuscrito, com o título: Papel da enfermagem para a continuidade do cuidado na rede de saúde: uma perspectiva de enfermeira, e o objetivo de reconhecer o papel da enfermagem, manter a continuidade do cuidado do usuário com alta hospitalar. Foram obtidas três categorias, que reúnem o que os enfermeiros mencionam em suas falas: 1. Como veem a implantação dos serviços de enfermagem hospitalar, que facilitam a continuidade do cuidado na rede de atenção do paciente com alta hospitalar (conhecido como redes de cuidado); 2. Quem eles identificam no serviço de

enfermagem para a continuidade da assistência pós-alta (redes de atenção), o que esses profissionais de enfermagem fazem e sugestões para o seu desempenho; e 3. Como as redes de atenção afetam o usuário na continuidade de seus cuidados pós-alta. Em síntese, pode-se afirmar que o papel da enfermagem é fundamental na alta hospitalar do paciente; com competências para atenção integral, o profissional facilita a transição do cuidado, a partir de sua autonomia profissional; gerencia a alta hospitalar, reunindo a rede institucional de enfermagem e as redes incipientes que existem com a APS; tem como objetivo desenvolver estratégias para uma rede de atenção internáveis, com participação sistêmica e suporte de habilidades de comunicação, gerenciamento de Tecnologias de comunicação, entre outros.

Considerações Finais

Foi possível compreender a continuidade do cuidado no Hospital de Clínicas Magallanes, sob a perspectiva do enfermeiro, caracterizando o processo de continuidade e identificando o papel da enfermagem; evidenciando que a alta da enfermagem é um processo terapêutico da enfermeira, de caráter crítico para manter a continuidade da atenção de enfermagem. O cuidado ao paciente com alta hospitalar e que apresenta desafios para a competência profissional, os processos de cuidado internáveis e a estrutura na rede de saúde; desafios que podem ser abordados a partir do nível de cuidado e gerenciamento. Com base nos resultados do estudo, recomenda-se: 1. Desenvolver um processo de cuidado que prepare o paciente para a alta, antecipando a complexidade com a qual ele irá enfrentar o momento da alta. Estudos identificam áreas nas quais concentrar esforços, como segurança do medicamento, educação do paciente e planos de acompanhamento, coincidindo com o protocolo geral seguido pelos enfermeiros do estudo no dia da alta e aleatoriamente nos dias anteriores, para alguns casos de pacientes complexos. É aconselhável passar para um estágio de protocolização, para que você possa categorizar e planejar a alta antecipadamente. 2. Implementar um sistema de registro manual e/ou digital para a alta da enfermagem afeta a continuidade do atendimento aos pacientes com alta hospitalar; recomenda-se, portanto, a aplicação de tal instrumento, que pode, em uma primeira fase, passar pela mão do mesmo paciente, até que haja desenvolvimento de uma derivação digital para o centro de saúde pertencente ao paciente. 3. Implementar a figura de um enfermeiro de ligação ou gerente de alta hospitalar; personagem capaz de possibilitar uma comunicação efetiva com o nível primário, transferindo informações que permitam a continuidade do atendimento

ao paciente. 4. Realizar estudos para compreender a continuidade do cuidado, na perspectiva do usuário com alta hospitalar e de sua família. Por fim, podemos sumarizar que os participantes da pesquisa sugerem que é possível melhorar a continuidade do cuidado com um sistema informatizado de comunicação, para conectar instantaneamente, a enfermeira atenção primária à saúde com a enfermeira que dá a alta hospitalar; melhor ainda, se o papel de enfermeiro de ligação for implementado, quem puder administrar em detalhes, a conexão e a informação com a atenção primária à saúde e fornecer a logística que o paciente complexo deve ter, quando ele voltar ao seu estado natal na comunidade; tal pode ser, equipamento de suporte de vida, plano de envio mensal de suprimentos disponível apenas no nível secundário, plano de rastreamento por especialidade, etc. Para que o usuário possa vivenciar os eventos de sua assistência à saúde, de forma coerente e conectada, nos diferentes cenários entre o centro hospitalar e sua casa; porque houve continuidade clínica, funcional e profissional no Hospital de Clínicas de Magallanes.

Palavras-chave: Enfermagem. Continuidade da assistência ao paciente. Cuidados de enfermagem. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The continuity of the nursing assistance constitutes the integral care to the patient after the hospital discharge, a challenge for a quality service. **Objective:** To understand the continuity of the care to the user in hospital discharge of the Clinical Hospital of Magallanes, Chile, in a nursing perspective. Specifically, it was proposed to characterize the continuity of care to the user in hospital discharge; and recognize the role of nursing to maintain the continuity of care to the user with hospital discharge. **Method:** Exploratory, descriptive study with qualitative approach. Semi-structured interviews were used with eight nurses from the Clinical Hospital of Magallanes, recorded in exclusive sessions and transcribed by the researcher. In the analysis of the data, the Bardin content analysis technique was used. **Results:** Organized in two manuscript format; the first entitled: Continuity of care in the care of the health network: a nurse perspective. Four categories emerged from the coding process: Continuity of care from hospital discharge to Primary Health Care; Continuity of care: user and family participation; Network system and the input of information; and Concepts of continuity of care. In the second manuscript, entitled: Nursing role for the continuity of user care in the health network: a nursing perspective. Three categories were obtained: Comprehensive health service: perception and meaning; Comprehensive health service: role and role performance; Comprehensive health service: Incidence in the user. **Conclusion:** The concept of continuity of care, defined by the study participants, is associated with the perception that there is an organized system that allows continuity to the patient's health, which transits the network, but requires technical and human conditions for a continuity of care health protocol; As a result of their experience, the continuity of care is not assured, due to the presence of variability phenomena, which have an impact on success or failure, in areas such as: medical collaboration, information transfer, autonomy of users and family members. In addition, the nursing role is fundamental in the hospital discharge of the patient; by having competences for integral care, the professional facilitates the transition of assistance, based on their professional autonomy; administers the hospital discharge, coordinating the nursing institutional network and the incipient networks that exist in the Primary Health Care; aspires to develop strategies for a network of internal attention, with systemic participation

and support of communication skills, technology management, among others.

Keywords: Nursing. Continuity of patient care. Nursing care. Health management.

RESUMEN

Introducción: La continuidad de la asistencia de enfermería constituye el cuidado integral al paciente después del alta hospitalaria, un desafío para un servicio de calidad. **Objetivo:** Comprender la continuidad del cuidado al usuario en alta hospitalaria del Hospital Clínico de Magallanes, Chile, en una perspectiva enfermera. Específicamente, se propuso caracterizar la continuidad del cuidado al usuario en alta hospitalaria; y reconocer el papel de la enfermería para mantener la continuidad del cuidado al usuario con alta hospitalaria. **Método:** Estudio exploratorio, descriptivo, con abordaje cualitativo. Entrevistas semiestructuradas fueron utilizadas con ocho enfermeros del Hospital Clínico de Magallanes, grabadas en sesiones exclusivas y transcritas por el investigador. En el análisis de los datos, se utilizó la técnica de análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** Organizados en formato de dos manuscritos; el primero intitolado: Continuidad del cuidado en la atención de la red de salud: una perspectiva enfermera. Cuatro categorías surgieron del proceso de codificación: Continuidad de la atención desde el alta hospitalaria hasta la Atención Primaria a la Salud; Continuidad del cuidado: participación del usuario y familia; Sistema en red y el insumo de información; y Concepciones de continuidad del cuidado. En el segundo manuscrito, titulado: Rol enfermero para la continuidad del cuidado del usuario en la red de salud: una perspectiva enfermero. Se obtuvieron tres categorías: Servicio de salud integral: percepción y significado; Servicio de salud integral: rol y desempeño del rol; Servicio de salud integral: Incidencia en el usuario. **Conclusión:** El concepto de continuidad del cuidado, definido por los participantes del estudio, está asociado a la percepción de que existe un sistema organizado que permite mantener la continuidad a la salud del paciente, que transita por la red, pero requiere condiciones técnicas y humanas para un protocolo de salud de continuidad del cuidado; como resultado de su experiencia, la continuidad del cuidado no está asegurada, debido a la presencia de fenómenos de variabilidad, que inciden como factores de éxito o fracaso, en ámbitos como: colaboración médica, transferencia de información, autonomía de los usuarios y familiares. Además, el rol enfermero es fundamental en el alta hospitalaria del paciente; por tener competencias para el cuidado integral, el profesional facilita la transición de la asistencia, con base en su autonomía profesional; administra el alta hospitalaria, coordinando la red institucional de enfermería y las incipientes redes que existen en la Atención Primaria de

Salud; aspira a desarrollar estrategias para una red de atención interna, con participación sistémica y soporte de habilidades de comunicación, gestión de tecnologías, entre otros.

Palabras clave: Enfermería. Continuidad de la atención al paciente. Atención de enfermería. Gestión en salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS: Atención Primaria de Salud
ACHIEEN: Asociación Chilena de Educación en Enfermería
CAE: Consultorio Abierto de Especialidades
CC: Continuidad del Cuidado
CESCOF: Centro de Salud Comunitaria y Familiar
CESFAM: Centro de Salud Familiar
CIRA: Consejos de Integración de la Red Asistencial
EAP: Equipo de Atención Primaria
EBAP: Equipo Básico de Atención Primaria
ECE: Enfermería Comunitaria de Enlace
EHE: Enfermera Hospitalaria de Enlace
ESAD: Equipos de Soporte de la Atención Domiciliaria
ICCAH: Informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta hospitalaria
INSALUD: Instituto Nacional de Salud
HCM: Hospital Clínico de Magallanes
OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT: Organización Internacional del Trabajo
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONG: Organización No Gubernamental
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PSR: Posta de Salud Rural
PADES: Programa de Atención Domiciliaria
RISS: Redes Integradas de Servicios de Salud
SAS: Servicio Andaluz de Salud

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo general:	27
2.2 Objetivos específicos:	27
3 SUSTENTACIÓN TEORICA	29
3.1 CONTEXTO DE REFORMAS Y DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD	29
3.2 REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD	34
3.3 ANTECEDENTES DE GESTIÓN DE CASOS Y SERVICIOS SOCIOSANITARIOS	40
3.4 EVALUACIONES, AVANCES Y DESAFÍOS	47
4 MÉTODO	49
4.1 ENFOQUE DEL ESTUDIO	49
4.2 POBLACIÓN DEL ESTUDIO	49
4.3 TÉCNICA DE COLECCIÓN DE DATOS	49
4.4 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS	50
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	51
5 RESULTADOS Y DISCUSIÓN	53
5.1 MANUSCRITO 1: Continuidad del cuidado en atención de la red de salud, una perspectiva enfermera	53
5.2 MANUSCRITO 2: Rol enfermero para continuidad del cuidado en la red de salud: una perspectiva enfermera	75
6 CONSIDERACIONES FINALES	99
REFERENCIAS	103
ANEXOS	113
APENDICES	117

1 INTRODUCCIÓN

La población de países en desarrollo o en etapas avanzada de desarrollo socioeconómico, presenta una serie de cambios en sus indicadores demográficos y comportamiento en los determinantes de salud, que repercuten en el perfil epidemiológico y expectativas sanitarias de la población; lo cual genera tensión en los procesos productivos de los sistemas sanitarios de un país y por otro lado, presenta desafíos para planificadores en el diseño de oferta costo-efectiva y calidad prescrita, a fin de adaptarse a los cambios que vive y demanda la población (BEAS, 2011; CHILE, 2015a; CHILE, 2007; CHILE, 2010; NU, 2013; OECD, 2018; CEPAL, 2016; CEPAL, 2018a).

Ya desde la década de los 50, se hace referencia a importantes cambios sociodemográficos en la población global. Se constata existencia de factores que inciden en el aumento de la esperanza de vida, que la población va envejeciendo con cronicidad, que se incrementa el número de personas con diversos grados de dependencia, que la estructura familiar se ha ido modificando, así como la calidad en las redes de apoyo social; hay cambios en patrones de utilización hospitalaria y desarrollo incremental en tecnología sanitaria como de comunicación; sin duda, elementos constatables que están influyendo fuertemente en la salud y bienestar de la población, provocando incremento de personas que demandan atención por parte de múltiples actores, con mayor uso de tecnología y en diferentes entornos intra como extramurales; que conlleva reingeniería en las estrategias intervencionales: acortamiento protocolizado de estancia hospitalaria, ambulatorización, redireccionamiento de responsabilidades a familia-comunidad y protagonismo en la Atención Primaria de Salud, entre otros (ONU, 2015; RODRIGUÉZ; VERDUGO; MARTÍN, 2009; SICILIA; TELLO; SANTOS, 2009; OECD, 2019; CEPAL, 2018b; OMS, 2016).

Hoy, Chile profundiza su compromiso con propuesta Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de las organizaciones mundiales en salud (OMS/OPS); con la reforma sanitaria, el sistema gradualmente se alinea, disponiendo medidas acorde al recurso disponible, visiones y compromiso de autoridades, empoderamiento de líderes de la comunidad organizada y trabajadores de la salud (CHILE, 2015b; OMS, 2005; CHILE, 2018a; CHILE, 2016; CHILE, 2018b; PARISI; FERNÁNDEZ, 2016; PÉREZ; ARRIVILLAGA, 2017; JARAMILLO; FERAUD; GUEVEL, 2017).

Buscando fortalecer las actividades del sector y enfrentar el desafío socio demográfico y epidemiológico emergente bajo el enfoque de las RISS, se inicia un proceso de reforma en la década de los 90; iniciativa que culmina el año 2005 con la promulgación de una serie de cuerpos legales orientados a transformar el sistema de salud en un modelo que, entre sus atributos distintivos, permita otorgar una atención oportuna, de calidad garantizada, accesible y con cobertura financiera para un conjunto de prestaciones previamente definidas. En este proceso se plantea Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010, 2011-2020, que constituyen referencia para establecer prioridades que se tradujeron en leyes, normativas, guías y orientaciones anuales. Los cuatro grandes objetivos sanitarios que han iluminado más de dos décadas de reforma han sido: 1. Mejorar los logros sanitarios alcanzados. 2. Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad. 3. Disminuir las desigualdades en salud. 4. Proveer servicios acordes a las expectativas de la población. De entre los cuales, el último enunciado, tiene implicancias en cuanto re-ingenería de los procesos asistenciales y sus efectos en la cultura organizacional del sistema sanitario del país (CHILE, 2010; CHILE 2009; CHILE, 2012a; CHILE, 2015b; CHILE, 2017a; CHILE, 2011; CHILE, 2002; CHILE, 2012b; CHILE, 2019).

La definición de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) impone la necesidad de organizar los diferentes dispositivos existentes en las redes de una manera tal, que supere la fragmentación tradicional derivada de la especialización y la parcelación de los diferentes espacios de atención, en un determinado territorio (CHILE, 2017a). En esta línea, las orientaciones para planificación y programación en red refiere que:

la continuidad de la atención se puede definir desde la perspectiva de las personas que se atienden, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud, son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Desde la perspectiva de los Sistemas de Salud, corresponde a la continuidad clínica, funcional y profesional. La continuidad del cuidado, significa brindar y resguardar el cuidado en distintos escenarios desde el domicilio a los centros hospitalarios.

Estrategias RISS que han orientado las transformaciones del sistema: Trabajo en red y cambio de modelo de atención. La primera estrategia, se centra en perfeccionar una programación en red, que se ha

definido como: El proceso-liderado por el Gestor de Red en el contexto de los Consejos de Integración de la Red Asistencial [CIRA]- en el cual, todos y cada uno de los actores involucrados [sistema y comunidad], en un marco de interdependencia, ponen en común sus recursos, tareas y aportes, necesidades y voluntades, para anticipar y predecir en forma sistemática la futura actividad y resolutivez del sistema, con la finalidad de asegurar un mejor estado de salud de la población a cargo, en el marco de los recursos que pone a su disposición el Estado (CHILE, 2017a).

Otro elemento que se introduce para operar la reforma, es un cambio de paradigma, refiriéndose al abandono del modelo biologicista, centrado en la medicina curativa, para implementar el Modelo de Atención Integral, que se entiende como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familias y comunidad, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio físico, social y cultural (CHILE, 2017a).

En síntesis, para desarrollo del modelo de atención integral, se fortalece la atención primaria de salud con el modelo de salud familiar; en la transformación hospitalaria se enfatiza la ambulatorización; se gestiona articulación de la red asistencial, para proveer continuidad de atención, en el nivel de resolutivez que demanda la situación de salud del usuario (CHILE, 2015c). La tarea implica trabajar con un modelo de gestión que organice y combine los recursos en salud, para contar con un modelo de atención que sea lo más operativo posible. (CHILE, 2016). En ello, consideremos formación del recurso humano sanitario, fuertemente estructurado y alineado con el tradicional modelo biomédico, especializado, segmentado, que indudablemente limita recrear una cultura organizacional que desarrolle naturalmente procesos continuos de atención integradores e integrales, en la red ; la necesidad del Ministerio de Salud (Minsal) de definir continuidad del cuidado, desde la perspectiva del usuario y de la estructura, para brindar y resguardar en los en distintos escenarios desde el domicilio a los centros hospitalarios da cuenta de esta realidad (CHILE, 2015b; CHILE, 2016; CHILE, 2017a; CHILE, 2018b; JAMILLO; FERAUD; GUEVEL, 2017).

En este sentido, el Subsecretario de Redes Asistenciales Minsal, en 7a Jornada Foro de Salud OPS/OMS – Minsal, Dr. Luis Castillo, en formación de recursos humanos para la salud refiere:

Tenemos que avanzar mucho todavía en la correlación entre las necesidades del país y la formación de especialistas, sin menoscabar la calidad y seguridad, entendiendo que Chile debe formar tanto científicos de ultra sofisticación como médicos de atención primaria que tienen que estar a cargo de un centro de salud familiar u orientando políticas preventivas y de promoción. Las universidades tienen que entender que la formación de pregrado y de posgrado debe estar mayoritariamente centrada en la realidad epidemiológica del país (OMS, 2012p.11).

Finalmente, sumaremos el proceso de acreditación de los establecimientos sanitarios del país; ordenamiento, cuyo objeto es asegurar mínimos sanitarios estandarizados para fortalecer calidad y seguridad en los procesos de atención, bajo el enfoque de derechos y deberes de usuario; Ley 20.584, vigente en el país desde el año 2012 (CHILE, 2012b).

El Gestor de Redes del Servicio de Salud de Magallanes, que es el responsable del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud (Minsal), asimismo, debe velar por la referencia y contrarreferencia del usuario tanto dentro como fuera de la Red, conforme a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud (CHILE, 2015b). Es quién mantiene una actitud permanente de apoyo a la materialización de estrategias que conjuguen demanda, oportunidades y experiencia de trabajo que permita otorgar atención integral al usuario de la red asistencial de la región. Este rol gestor y articulador se menciona en países desarrollados, como estrategia para superar la fragmentación (ROMERO, 2012; SICILIA; TELLO; SANTOS, 2009).

En España, desde hace más de 20 años, surge como profesional enfermero de práctica avanzada, en establecimientos hospitalarios y / o Atención Primaria de Salud (APS), la enfermera de enlace o enfermera en gestión de casos, enfocados preferentemente en la gestión del alta hospitalaria y su tránsito por la red; con variaciones en su organización y carteras de prestaciones, han ido sistematizando su práctica hasta alcanzar reconocimiento formal de la autoridad sanitaria y del usuario; dado que satisfacen la articulación del cuidado usuario con alta hospitalaria a sus comunidades, al gestionar y facilitar el seguimiento del cuidado, por parte de otro profesional de enfermería que ya sabe de su caso (ORTEGA; FARIÑAS; ALBELLA *et al*, 2011; ROMERO,

2012; WEYKAMP; SIQUEIRA; CECAGNO, 2016; LOPÉZ; SANDOVAL; POYATO *et al*, 2006; PÉREZ; JIMÉNEZ; ÁNGELES, 2017; MAYORDOMO; RODRÍGUEZ, VILLARRUBIA *et al.*, 2018; ARRIBAS; MOLINERO; SIEIRO *et al*, 2018).

Enfocados en el alta hospitalaria como proceso que genera cambios especialmente para el paciente, su familia, comunidad a la que pertenece, y que requiere continuidad, el usuario generará dudas, temores y expectativas, para lo cual debe hacer ajustes y movilizar energías que le permitan asumir de manera saludable esta transición.. Por parte del sistema de cuidado, requerirá de un plan de cuidados para el enfrentamiento eficaz y autonomía (HALL; REDDING, 1990; MARRINER, 2011).

Antes esta emergente y diversa demanda, necesitamos fortalecer el proceso de transición hacia la autonomía del usuario, revisando nuestros procesos de trabajo, contar con información atinente a la demanda usuaria y conocer la oferta de continuidad en la red asistencial, que permita tomar decisiones congruentes y satisfactorias para todos.

Delante de lo expuesto, considerando el rol del profesional de enfermería como redes de cuidado, se propone la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se produce continuidad del cuidado, en el momento del alta hospitalaria y su derivación a la atención primaria de salud?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo general:

Comprender continuidad del cuidado, para el usuario con alta hospitalaria en Hospital Clínico de Magallanes (HCM), en una perspectiva enfermera.

2.2 Objetivos específicos:

Caracterizar continuidad del cuidado para el usuario con alta hospitalaria HCM, desde una perspectiva enfermera.

Reconocer rol enfermero, para continuidad del cuidado del usuario con alta hospitalaria HCM, desde una perspectiva enfermera.

3 SUSTENTACIÓN TEORICA

En este capítulo se enunciarán los diversos aspectos que son atinentes tener presente para abordar la investigación del tema: continuidad del cuidado en las redes asistenciales. Contextualizando el desempeño del rol profesional enfermero que responde a la emergente demanda de una población, cada vez más envejecida y suficientemente empoderada, para esperar una oferta cercana a sus expectativas.

Este contexto, se presentará el estado de respuesta sanitaria de los países, desde la mirada de OMS, OPS, OCDE, enfocados en alcanzar cobertura universal de salud desde Alma Ata; se revisan factores especialmente político, sociales y económicos que modulan el estado de salud de las poblaciones, conceptualizado como determinantes sociales de salud; también se alude el aporte que hace la dimensión interculturalidad, especialmente mencionado para contextualizar con ejemplo, el enfoque centrado en las personas, que promueve el modelo integral e integrado de intervención de las redes integrales de servicios de salud - RISS.

Luego, se presentan consideraciones necesarias para comprender el efecto de la fragmentación en los sistemas sanitarios, sus distintas manifestaciones y propuestas que hacen OMS OPS para concentrar los esfuerzos en reconocer elementos modificables o intervenibles, optimizar recursos, y apelar a la sinergia intersectorial y comunitaria.

Finalmente, se incorpora la experiencia española acerca del rol enfermero en la articulación entre la atención hospitalaria y la atención primaria de salud, para coordinar cuidados en red para el paciente con alta hospitalaria, buscando seguridad, continuidad y pertinencia en las prestaciones que se gestionan, para el paciente en tránsito a la comunidad.

3.1 CONTEXTO DE REFORMAS Y DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD

En los diversos contextos geográficos, históricos, políticos, sociales y económicos se desarrollan sistemas sanitarios para el cuidado de las personas, en su tránsito por el continuum salud-enfermedad; América Latina aspira alcanzar cobertura universal, alineado con el objetivo que impulsa OMS/OPS desde Alma Ata en 1978, con Salud para todos el año 2000; y que UN, el año 2012, reconoce como un Derecho Humano (OMS, 2017).

Atención Primaria de Salud representa el primer contacto de las personas, su familia y la comunidad, con el sistema sanitario y también supone la base indispensable para el adecuado desarrollo socioeconómico global de la comunidad, dentro del estado de bienestar de las personas que la componen (ESPAÑA, 2008). Se promueve que la mejor respuesta a la demanda sanitaria, sea un sistema que mejore la salud de la población, brinde protección social, responda a las expectativas legítimas de los ciudadanos, contribuya al crecimiento económico y apoye la cobertura universal de salud. Siendo fundamental la estabilidad política, el liderazgo comprometido, el crecimiento económico continuo, y sistemas de salud sólidos para alcanzar la cobertura universal de salud; e innegablemente lo obstaculiza la desigualdad de los ingresos (ATUN, 2014). En éste tránsito hacia la cobertura universal de salud es necesario mencionar que los sistemas de salud han vivido y se han moldeado entre eventos históricos con sistemas políticos autoritarios y empuje de la sociedad civil, produciendo variantes que acogen bases y principios que les han caracterizado (ATUN, 2014. PATRICIA FRENZ, P; TITELMAN, D, 2013).

Por otro lado, pre existen y coexisten sistemas sanitarios de pueblos originarios y otros grupos que se ha acercado desde más allá del continente; todos con su particular enfoque en promoción, prevención, tratamiento de problemas en salud agudo o crónico, hasta rehabilitación y acompañamiento en la muerte; y que al igual que los actuales sistemas de salud, necesitan ser reconocidos por los estados oficiales, en sus respectivos territorios (OMS, 2017).

Dada todas las conmociones y reivindicaciones sociales, se ha instalado discusión, respecto de cuáles serían las mejores estrategias para responder a los requerimientos sanitarios en cada país, según el contexto político, modelo económico que lo sustenta y el estado en que se encuentren los determinantes de salud del país (CHILE, 2010). Este marco reconoce que la meta de los sistemas sanitarios es mejorar el estado de salud de la población, el cual está influenciado por una variedad de factores, incluyendo algunos independientes de los sistemas de salud como el ambiente físico en que vive la gente, su estilos de vida y comportamiento individual. El desempeño de los sistemas de salud evidentemente contribuye al estado de salud de la población y considera una variedad de dimensiones como el grado de acceso al sistema y la calidad de la atención proporcionada; y otros, como el recurso financiero para alcanzar las metas de acceso y calidad del servicio; la competencia de los especialistas que proveen el servicio, su capacitación

y el equipo de que disponen. Finalmente, existe una variedad de factores contextuales que afectan el estado de la salud de la población, como la oferta y demanda de servicios de salud, contexto demográfico, económico y de desarrollo social (OCDE, 2015).

En éste sentido, el resumen ejecutivo del informe OCDE 2015, refiere una síntesis de hallazgos claves:

1. Los medicamentos innovadores impulsarán el gasto en productos farmacéuticos a menos que se modifiquen las políticas. En los países de la OCDE año 2013, la inversión en medicamentos representó aproximadamente el 20% del gasto en salud. El crecimiento del gasto en medicamentos en el sector comercial ha disminuido en años recientes en la mayoría de los países de la OCDE, mientras que el gasto en medicamentos en hospitales se ha incrementado en general. El surgimiento de nuevos medicamentos especializados y de alto costo, dirigidos a pequeñas poblaciones y/o condiciones médicas complejas ha generado un nuevo debate sobre la sustentabilidad en el largo plazo y la eficiencia del gasto en medicamentos (OCDE, 2015).

2. La esperanza de vida de la población sigue incrementándose, pero persisten enormes diferencias entre países y grupos socio-demográficos. La esperanza de vida continúa incrementándose de manera regular en países de la OCDE, creciendo en promedio de 3 a 4 meses por año. El 2013, la esperanza de vida para un recién nacido era de 80.5 años en promedio, un incremento de más de 10 años desde 1970. Japón, España y Suiza lideran un grupo de ocho países de la OCDE en los que la esperanza de vida supera los 82 años. Y ha habido un avance mucho menor en países como Sudáfrica, debido principalmente a la epidemia de VIH/SIDA. En los países miembros de la OCDE, las mujeres pueden esperar vivir 5 años más que los hombres, aunque esta brecha se ha disminuido en 1.5 años desde 1990. La población con más alto nivel de educación tiene una esperanza de vida 6 años mayor en promedio que aquellos con niveles menores. Esta diferencia es particularmente acentuada en hombres, con una diferencia promedio de casi ocho años (OCDE, 2015).

3. El gasto de bolsillo continúa siendo una barrera para el acceso al cuidado. Todos los países de la OCDE cuentan con cobertura universal de salud para un conjunto de servicios básicos, excepto Grecia, los Estados Unidos y Polonia. En promedio en los países de la OCDE, 20% del gasto en salud es pagado directamente por los pacientes, yendo éste de menos de 10% en Francia y el Reino Unido, a 30% en México, Corea, Chile y Grecia. Es de 4 a 6 veces más probable que hogares de recursos limitados reporten necesidades no satisfechas de cuidado

médico y dental por motivos económicos u otras razones, que aquellos hogares con ingresos mayores (OCDE 2015).

4. Aún se pierden demasiadas vidas porque la calidad del servicio no mejora suficientemente rápido. El tratamiento oportuno y apropiado de condiciones graves como infarto y accidente vascular cerebral ha propiciado la disminución de los índices de mortalidad en la mayoría de los países de la OCDE. En promedio, los índices de mortalidad post-admisión hospitalaria por ataque cardíaco disminuyeron alrededor de 30% entre 2003 y 2013, y alrededor de 20% por accidente vascular cerebral. A pesar de estos avances, queda mucho por hacer en muchos países para implantar prácticas apropiadas en cuidados intensivos y reducir aún más la mortalidad en estos casos (OCDE 2015).

5. La calidad del cuidado primario ha mejorado en muchos países, como indica la reducción continua en admisiones hospitalarias evitables para enfermedades crónicas. A pesar de esto, en todos los países existen aún áreas para mejorar en el cuidado primario para reducir aún más las admisiones hospitalarias y los costos que éstas conllevan, particularmente en el contexto de la población de la tercera edad y un número cada vez mayor de personas que padecen una o más enfermedades crónicas (OCDE, 2015).

6. Las prácticas de prescripción de medicamentos pueden ser consideradas también un indicador de la calidad del cuidado de la salud. Por ejemplo, en la reducción del uso innecesario de antibióticos es un problema apremiante y complejo que requiere de múltiples iniciativas coordinadas incluyendo farmacovigilancia, regulación y educación de profesionales de la salud y pacientes (OCDE, 2015).

Alineados con el enfoque de determinantes, en Chile, el objetivo estratégico número cinco de la Estrategia Nacional de salud 2011 – 2020, plantea reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos de la salud. (CHILE, 2010, p.200). Abordando seis factores determinantes de inequidades en salud: 1. Nivel socioeconómico; 2. Zona geográfica (lugar); 3. Pertenencia a pueblos indígenas; 4. Género; 5. Trabajo y condiciones de empleo; 6. Pertenencia a otras poblaciones de interés (inmigrantes, personas privadas de libertad, personas en situación de calle) (CHILE, 2010).

Estos determinantes mencionados en los Objetivos Sanitarios 2011-2020, consideran factores de diversidad cultural y económico que la OCDE destaca relevante para modular el estado de salud de las poblaciones. En nuestro país, estos son factores a considerar para mantener continuidad de los cuidados, por la importancia de población

originaria que no ha abandonado sus prácticas ancestrales o bien, la están revitalizando; se suma a lo anterior, el fenómeno de fuerte migración de personas, que por razones económicas arriban al país y que se asumen como residente joven que aportará a la economía, pero también se está contando con ellos para detener o revertir la pirámide de envejecimiento poblacional que nos afectará (CHILE, 2017).

3.1.1 Política sobre Interculturalidad y Salud: dimensión de integralidad

La atención de salud, con pertinencia cultural, responsabiliza al prestador institucional público a garantizar y proteger tanto los derechos humanos individuales y colectivos de los pueblos indígenas (CHILE, 2017a; CHILE, 2012c; Chile, 2019). Esta Política se alinea con la OMS, que en su documento de trabajo para los países miembros en la 69.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas de Septiembre del 2017, resuelve adoptar una política sobre etnicidad y salud; refiere que la región de las Américas se caracteriza por ser multiétnica y multicultural; que en ella coexisten pueblos indígenas, afrodescendientes, romaníes y miembros de otros grupos étnicos, lo cual implica reconocer diversas realidades y necesidades en el ámbito de la salud. Muchas veces estas poblaciones enfrentan múltiples formas de discriminación y de exclusión, lo que conlleva mayores inequidades, como niveles altos de pobreza y violencia y, consecuentemente, negación de sus derechos individuales y, para los pueblos indígenas, sus derechos colectivos. Propone aprovechar la contribución posible de la medicina tradicional y complementaria, orientado a la atención de salud centrada en la persona, como objetivo de la Estrategia OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 (OMS, 2017). A saber, el Convenio 169 de la OIT, en el artículo 1° define que son pueblos indígenas aquellas poblaciones preexistentes en el país o en una región geográfica específica preexistente a los Estados, conservan todas o partes de sus instituciones sociales, económicas, culturales y políticas (NACIONES UNIDAS, 2014).

En Chile, la política de pertinencia cultural que se ha desarrollado desde la década de los 90, con el Programa para la Salud de Pueblos Indígenas (PESPI); al amparo de Ley N° 19.253, del año 1993; en su artículo 1°, el Estado reconoce como principales pueblos indígenas de Chile: Mapuche, Aimara, Rapa-Nui; comunidades Atacameñas: Quechuas, Collas y Diaguita del norte del país; comunidades Kawésqar y Yamana o Yagan en los canales australes. La

cartilla de derechos y deberes del paciente de Ley 20.583, se imprime en castellano, en lengua mapuche y rapa nui (CHILE, 2017a; CHILE, 2019).

3.2 REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

Los sistemas de salud de las Américas se caracterizan por altos niveles de fragmentación de sus servicios de salud. La experiencia acumulada demuestra que la excesiva fragmentación de los servicios de salud genera dificultades en el acceso a los servicios, la prestación de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción y una baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos (OPS, 2010).

En el desempeño general del sistema, la fragmentación se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y de infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales.

En la experiencia de las personas que utilizan el sistema, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios.

La magnitud y principales causas son distintas, identificándose a nivel regional: segmentación institucional del sistema de salud; descentralización de los servicios de salud que fragmenta los niveles de atención; predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicos (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud; separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas; modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria; debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria; problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos; prácticas de financiamiento de organismos de cooperación o donantes internacionales, que promueven programas verticales.

Las reformas sectoriales de los años 80 y 90, influenciado por un conjunto de políticas denominadas Consenso de Washinton (1989), tendieron a adoptar modelos estandarizados y centrados en cambios financieros y de gestión, desregulación del mercado laboral, descentralización, promoción de competencia entre los distintos proveedores y aseguradoras de la salud. Estas reformas tampoco

promovieron la indispensable articulación y sinergia de las funciones de los sistemas, con lo cual se descuidaron sus complejas interrelaciones y se aumentó la fragmentación de los servicios de salud (OPS, 2010; CAPPIELLO, 2014; BODE; CULEBRO, 2014; CARBONELL, 2013; GONZÁLEZ, 2017; JAIME, 2016; MILIÁN; RAMOS, 2016; JARAMILLO; FERAUD; GUEVEL, 2017; RANGEL; GARMENDIA, 2012; RODRÍGUEZ; BAUTISTA, 2016).

Por otro lado, el envejecimiento de la población, la emergencia de enfermedades crónicas, la comorbilidad y el aumento de las expectativas de los ciudadanos, exigen respuestas más equitativas e integrales de los sistemas de salud. El logro de las metas nacionales e internacionales en salud, incluidas aquellas contenidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), requerirá una mayor y más efectiva inversión en los sistemas de salud (OPS, 2010; NACIONES UNIDAS, 2015; NACIONES UNIDAS, 2014).

El 2008, la OPS efectuó una serie de consultas en los países miembros, para tratar el problema de la fragmentación de los servicios de salud y las estrategias para abordarla. El principal logro de las consultas fue confirmar la necesidad urgente de abordar el problema de la fragmentación y validar la iniciativa de la OPS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud, RISS. El 2 de octubre del 2009, durante el 49° Consejo Directivo de la OPS se aprobó la Resolución CD49.R22 sobre Redes Integradas de Sistema de Salud (RISS) basadas en la Atención Primaria de Salud; propone un marco conceptual y operativo para entender las RISS, presenta instrumentos de política pública y mecanismos institucionales para desarrollarlas, y propone una hoja de ruta para implementarlas en los países de las Américas (OPS, 2010).

La iniciativa RISS propone contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en la APS, para que los servicios de salud sean más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos y su comunidad (OPS, 2010).

Las RISS se la define como una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve (OPS, 2010).

Igualmente refiere que los decisores de política, los gestores y los proveedores de servicios de salud siempre deberán estar respaldados por una política de Estado que impulse las RISS como estrategia

fundamental para lograr servicios de salud más accesibles, integrales y permanentes. A su vez, es recomendable y necesario que el marco político se apoye en un referente jurídico coherente, en la investigación operativa y en el mejor conocimiento científico disponible. (OPS, 2010). La implementación RISS exigió contar con una hoja de ruta que, considerando las distintas realidades en los países, permitiera priorizar áreas de acción y disponer de un cronograma general de ejecución. A este respecto, las consultas con los países (OPS, 2008), pusieron de relieve las siguientes prioridades para la cooperación técnica de OPS: a) sistemas de información, b) gobernanza, c) gestión de apoyo clínico, administrativo y logístico, d) financiamiento e incentivos, e) primer nivel de atención, f) recursos humanos, g) mecanismos de coordinación asistencial y h) foco de la atención en la persona, la familia y la comunidad.

El cronograma de desarrollo se enmarcó en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS para que la organización asignara prioridades a los países que programaron creación de las RISS dentro de sus respectivos planes de trabajo bianuales. Efectuado en dos fases: la primera (2009-2010), correspondiente a la identificación de los principales problemas de la fragmentación de los servicios de salud y a la elaboración de planes nacionales para el desarrollo de las RISS. La segunda fase (a partir del 2010), fue la ejecución de los planes nacionales y su evaluación continua (OPS, 2010).

La experiencia en implementación de las RISS ha aportado antecedentes que ayudan a formular una estrategia exitosa de ejecución. Entre las lecciones más importantes cabe destacar: a) los procesos de integración son difíciles, complejos y de largo plazo; b) los procesos de integración exigen cambios sistémicos amplios y no es suficiente con intervenciones puntuales; c) los procesos de integración requieren del compromiso del personal de salud, gestores de los servicios y decisores de política; y, d) la integración de los servicios no significa que todo tiene que estar integrado en una modalidad única; hay múltiples formas y niveles de integración que pueden coexistir en un mismo sistema y lo puede efectuar en forma muy saludable (OPS, 2010).

Existen experiencias de buenas prácticas en la creación de redes integradas de servicios, en países como Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica y Cuba, que tradicionalmente han apoyado el desarrollo de redes. Pero aún está presente en la región, el desafío de combatir la fragmentación y prestar servicios de salud más equitativos e integrales, continua siendo un gran imperativo para la mayoría de los países de las

Américas (OPS, 2010; JARAMILLO; FERAUD; GUEVEL, 2017; CHILE, 2018; OMS, 2016; CHILE, 2011).

La OPS ha logrado también consolidar el apoyo de otros socios para la iniciativa, entre los que se encuentran el Ministerio de Salud de Brasil, el Organismo Alemán de Cooperación Técnica (GTZ), el Consorcio de Salud y de Atención Social de Cataluña (CSC), la Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN), la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID), y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) a través del Fondo España-OPS (OPS, 2010).

Conceptos y definiciones RISS

Es importante precisar que con esta estrategia RISS, se redefinieron conceptos que por su diversidad de interpretaciones explica en parte las dificultades para comprender su significado, intercambiar experiencias, elaborar propuestas para la acción, y evaluar los avances en la materia. En respuesta a esta situación, la OMS propone la siguiente definición de servicios de salud integrales:

Servicios de salud integrales, la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida (OPS, 2010).

El concepto continuidad de la atención hace referencia a como las personas experimentan el nivel de integración de los servicios, se le define como:

Continuidad de la atención: el grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre sí en el tiempo, y son congruentes con sus necesidades y preferencias en salud (OPS, 2010, p. 67).

En cuanto al recurso humano que es el capital y la fuerza de trabajo más importante que posee una RISS, es necesario revisar el personal de la salud desde la perspectiva de salud pública y respuesta clínica, así como desde una perspectiva de estructura y gestión organizacional. Las RISS requieren un conjunto de habilidades y líneas de responsabilidades distintas a las requeridas por los servicios de salud tradicionales.

Se necesitan nuevos puestos (por ejemplo, directores de integración clínica, planeación y desarrollo de red), además de nuevas competencias (por ejemplo, abordaje sistémico, negociación y resolución de conflictos, trabajo en equipo, mejoramiento continuo de la calidad, gestión de redes). En una RISS, la mezcla de competencias puede obtenerse mediante el empleo de diferentes tipos de profesionales trabajando en una misma tarea (equipos multidisciplinarios), o mediante la asignación de múltiples tareas a un individuo específico (trabajador multipropósito).

Las RISS requieren elaboración de un plan de desarrollo organizacional para lograr las transformaciones deseadas y de procesos sistemáticos de educación permanente para ajustar las competencias de los equipos de trabajo y sean compatibles con las necesidades del trabajo en red (OPS, 2010). Por último, la cultura organizacional es otro de los factores básicos que influye en la coordinación al interior de la organización. La cultura contribuye a la coordinación asistencial por ser un elemento de cohesión y de identificación entre los miembros que trabajan en la organización, especialmente si promueve valores y actitudes de colaboración, trabajo en equipo y orientación hacia resultados (OPS, 2010).

El documento OPS / RISS 2010 presenta un apéndice con definiciones (paginas 65-72/101) y en él se encuentran descritas para manejar con efectividad conceptos RISS; entre otros, para efecto de reingeniería del recurso, identificamos algunas:

Gestión de la Enfermedad: Sistemas coordinados de información e intervenciones sanitarias para poblaciones que sufren enfermedades que comparten el valor de los autocuidados en su tratamiento y control. Se centran en pacientes con diagnósticos específicos y se dirigen a enfermedades de alta prevalencia, que requieren una atención intensiva o de elevado costo, que representan un elevado costo en medicamentos, con intervenciones cuyos resultados puedan medirse y para los cuales se hayan descrito variaciones significativas en la práctica clínica (OPS, 2010, p. 69).

Gestión de Casos: Provisión de atención continua a lo largo de diferentes servicios mediante la integración y coordinación de necesidades y recursos en torno al paciente. Fundamentalmente se diferencia de la gestión de enfermedades en que se centra más en los pacientes individuales y sus familias que en la población de pacientes con una enfermedad concreta. Se dirige a personas con un nivel de riesgo elevado ya que requieren una atención muy costosa, son vulnerables o presentan necesidades de salud y sociales complejas. El

gestor de casos coordina la atención del paciente a lo largo del continuo asistencial (SMITH, 1998). Enunciando de éste modo, la pertinencia de incorporar ésta última estrategia en los sistemas de salud (OPS, 2010, p. 69).

3.2.1 Avances RISS en la experiencia chilena

El Minsal en Chile, década 90-2000, adhiere su compromiso con el plan OPS/RISS 2009 y declara en sus orientaciones para la planificación y programación en red 2018, continuar la implementación y profundización del proceso. Al haber, ya se efectuaron reformas estructurales, 2005 entra en vigencia la nueva Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y la Ley 19.996 de Garantías Explícitas en Salud (GES) y el 2012 entra en vigencia Ley N° 20.584 de derechos y deberes del paciente, pilares fundamentales del nuevo sistema de Salud chileno (CHILE, 2017 b. CHILE, 2001).

Manteniendo los énfasis asociados al Modelo de Salud Familiar y Comunitaria, la continuidad de la atención, el buen trato al usuario, integralidad de las acciones y perspectiva de ciclo vital, es necesario destacar que desde el año 2015, se han realizado ingentes esfuerzos por relevar la iniciativa propuesta por la OPS orientada a poner en práctica efectiva Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en Atención Primaria. [...] Nos queda por delante el desafío a cada uno de los actores del sistema de salud público chileno, dar los pasos para lograr la efectiva integración de acciones entre niveles, favoreciendo con ello un mejor y más expedito tránsito de las personas que requieren algún tipo de atención o acción de salud por mínima que ella sea (CHILE, 2017a).

En Chile, el hecho de que la atención primaria se encuentre bajo un régimen de administración municipal, impone la necesidad de redoblar los esfuerzos de coordinación y abogacía, para las acciones del Minsal; el riesgo de fragmentación, derivada de la dependencia administrativa diferenciada, constituye un desafío para el gestor de red en cada territorio, para la obtención de adecuados resultados sanitarios (CHILE, 2017a).

En un contexto promisorio, el Minsal declara que las RISS contribuyen a superar los desafíos de la fragmentación, tendiendo a:

- Optimizar y garantizar el acceso a los servicios
- Mejorar la calidad técnica en la prestación de servicios
- Propiciar el uso racional y eficiente de los recursos disponibles
- Mejorar la baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios de salud recibidos (CHILE, 2017a).

Lo anterior en coincidencia con lo enunciado por OPS, cuando refiere que diversos estudios sugieren que las RISS pueden:

- mejorar la accesibilidad del sistema,
- reducir la fragmentación del cuidado asistencial,
- mejorar la eficiencia global del sistema,
- evitar la duplicación de infraestructura y servicios,
- disminuir los costos de producción,
- y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas (OPS, 2010).

3.3 ANTECEDENTES DE GESTIÓN DE CASOS Y SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS

Si definimos que la profesión es una actividad mediante la cual se presta un servicio específico a la sociedad en forma institucionalizada, es decir, resuelve un problema aportando un bien específico e indispensable para la sociedad. Este servicio, alcanza la denominación de profesional cuando es único, definido y esencial. Se entiende como único al ser entregado en exclusividad por una determinada profesión; definido, si la sociedad puede conocer las funciones y competencias específicas de cada grupo profesional, ya sea transmitidas por la costumbre o, más propiamente, por la legislación, y por esencial se entiende, que los servicios que presta determinada profesión contribuyen de forma relevante a la satisfacción de una necesidad social (HURTADO; POLLONI; SUNDT, 2011).

En Chile, con la aprobación del artículo 113, inciso 4, promulgado el 6 de diciembre de 1997, el quehacer profesional de la enfermera queda establecido en el Código Sanitario del país:

Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado 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 (CHILE, 2008).

El Código de Ética del Colegio de Enfermeras de Chile, se actualiza alineándose con el Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermeras, aprobado en el año 2000, renovando normas que habilita la autoregulación del ejercicio profesional y reafirma valores que sustentan el quehacer profesional enfermero.

Mencionar en el mandato ético para los profesionales del país:

2.1 La enfermera es responsable de los cuidados de enfermería que ella o los miembros de su equipo proporcionan a las personas y debe rendir cuenta de ello.

2.5 La enfermera debe abogar por el uso de avances científicos y tecnológicos compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.

2.6 La enfermera comparte con la sociedad la responsabilidad de iniciar y apoyar acciones para satisfacer las necesidades de salud y sociales de la población, en particular aquellas necesidades de grupos vulnerables (CHILE, 2008).

La mejor administración de recursos de asistencia para el paciente y tener responsabilidad social en acciones destinadas a satisfacer necesidades de salud y sociales, en particular de grupos vulnerables, otorga atribuciones para el trabajo profesional enfermero en gestión de casos (CHILE, 2008; CAMPOS; VARGAS; MILOS, 2018; CERÓN; MILOS; SOTO *et al.*, 2015).

3.3.1 Experiencia enfermera gestora de caso o enfermera de enlace y su relación con la atención domiciliaria y servicios sociosanitarios

España, desde la década de los 80, desarrolla enfermería de práctica avanzada en gestión de casos en centros de salud y ámbito de la atención domiciliaria, principalmente impulsados por sus fenómenos sociodemográficos (MALO, 2009; ROMERO, 2012; SICILIA; TELLO; SANTOS, 2009; ESPAÑA, 2014), que en el marco de reestructuración del sistema de salud nacional de España, se desarrolla desde el año 1989 para continuar con descentralización del sistema de salud, a cargo de las comunidades autónomas, el año 2002.

Los principales estudios que comparan la situación en la esfera internacional ponen de manifiesto dos grupos de países respecto al nivel de desarrollo de la atención domiciliaria; los primeros serían Dinamarca, Holanda, Irlanda, Suecia, Finlandia, Bélgica y Reino Unido disponen de sistemas bastante bien desarrollados. El otro grupo conformado por países como Austria, Grecia, Italia, Portugal y España que se incorporaron al proceso hace unos veinte años y están en fase de desarrollo (ESPAÑA, 2014).

España cuenta con evidencia de esta enfermería y su evolución, en anuarios y memorias, protocolos y guías de atención domiciliaria elaboradas por Equipos de Atención Primaria (EAP) Andaluces desde 1986 hasta la actualidad (Sevilla-Este, Chana, Cartuja, Distrito Málaga,

entre otros). En ellos están: criterios de inclusión, mecanismos de captación, procedimientos, registros, indicadores de evaluación, que han evolucionado progresivamente desde lo que estableció el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1984, hasta la propuesta de enfoque de riesgo que propone la Guía del Anciano de Andalucía, y en la actualidad, los criterios de la Cartera de Servicios del Servicio de Salud Andaluz (SAS). En Cataluña, está la experiencia de los equipos Programas de Atención Domiciliaria (PADES) o los equipos de Soporte de la Atención Domiciliaria (ESAD) en territorio autónomo o dependiente del INSALUD. También tiene importantes desarrollos en la Comunidad Canaria, a través de enfermeras comunitarias de enlace y modelos de coordinación como el de la Comunidad Castellano-Manchega basado en comisiones de coordinación sociosanitaria. Por su parte la Comunidad de Madrid ha innovado en su atención domiciliaria, los cuales pueden solicitar servicios para sus pacientes, directamente a empresas proveedoras (ESPAÑA, 2014).

Por años, la Institución del Defensor del Pueblo, que desde 1982 cumple funciones de defensoría de los derechos fundamentales y libertades humanas en España, ha puesto de manifiesto la situación de aquellas personas que, por no precisar un tratamiento exclusivamente sanitario, ni requerir sólo una atención social, encuentran dificultades para solucionar sus problemas, al no ser cabalmente atendidos ni por el sistema nacional de salud, ni por los sistemas de acción social. Finalmente la entidad decide reunir 3 grupos de expertos que emite un informe, donde se manifiesta el interés de la sociedad por mejorar la regulación de los sistemas sociales y sanitarios, a fin de proveer servicios sociosanitarios más acorde con las necesidades de las personas mayores. (ESPAÑA, 2006. ESPAÑA, 2018).

En su proceso de identificar problemas y soluciones, estas comunidades concluyen que están frente a lo que denominan Síndrome Socio-sanitario y que definen como:

Problema de salud que se presenta en un paciente con demandas de atención y cuidados múltiples, tanto físicos como sociales, en diferentes niveles asistenciales; de etiología plural (biológica, familiar, psicológica, etc), ante la cual el conjunto de servicios sanitarios y sociales es incapaz de dar una respuesta global y coordinada, lo que provoca una progresiva pérdida de autonomía del paciente (ESPAÑA, 2005).

Se identifican factores que inciden en la demanda sanitaria de gestión de casos en España, dado por cambios demográficos y epidemiológicos que determinan contextos políticos, sociales y

económicos, presionando a los gobernantes en la búsqueda de estrategias para enfrentamiento de estos nuevos fenómenos en la sociedad; a mencionar:

- Las presiones demográficas derivadas del envejecimiento de las poblaciones que demanda cuidados de salud, orientados a suplir o compensar la pérdida de capacidad para el autocuidado.
- La disminución de cuidadores informales disponibles, especialmente debido a la tendencia de familias más pequeñas, a la creciente participación femenina en el mercado laboral y a una mayor dispersión geográfica de los miembros de la familia.
- Las políticas de sustitución del uso del hospital, por intervenciones en régimen ambulatorio, y de los cuidados en régimen residencial por diversas formas de atención domiciliaria.
- Los cambios en el contenido y complejidad de los cuidados a domicilio, aprovechando las oportunidades de tratamiento y vigilancia que ofrecen los avances tecnológicos.
- Cambios de morbilidad similares al del resto de países occidentales que repercuten directamente en los patrones de uso de los servicios sanitarios.
- Cambios en la demandas del usuario: derecho a la información, implicación en el proceso de toma de decisiones junto a los profesionales sanitarios, demanda de personalización en el trato, libertad de elección, necesidad de medidas de accesibilidad efectiva y confort en el uso de los servicios.

Las demandas ya no satisfechas por un sistema sanitario tradicional, ha dado lugar a una diversidad de creaciones (ESPAÑA, 2014; ESPAÑA, 2007; CASANOVAS; LLEVADOT; MIRÓ *et al.*, 2004).

3.3.2 Elementos del perfil y actuación enfermera gestora o de enlace, en el trabajo domiciliario, inter- niveles e intrahospitalario

Los servicios de enfermería a domicilio más desarrollados no requieren la demanda de un médico para iniciarse, esto sólo es un requisito en Finlandia, Francia y Alemania. Incluyen la gestión de casos con valoración, plan asistencial, evaluación, coordinación de cuidados y asignación de recursos, incluida la ayuda a domicilio.

En España, las enfermeras son el principal proveedor y gestor del servicio, en colaboración directa con médicos y trabajadores sociales, donde la atención domiciliaria se provee desde los centros de

salud. En base al Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas, en sus estrategias para mejorar la atención domiciliaria, implementa la figura de Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE), cuyo principal objetivo se centra en potenciar la asistencia domiciliaria, coordinando la intervención de los distintos profesionales en el equipo de Atención Primaria y con el de Atención Especializada. Caracterizando a la Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE), como un profesional que enmarca su trabajo dentro de la gestión de casos, como práctica avanzada de cuidados (ESPAÑA, 2014).

También contemplan la creación de la figura de enfermera hospitalaria de enlace (EHE), como parte de una serie de medidas adoptadas por la Consejería de salud y el Servicio Andaluz de Salud para dar respuesta a la variable demanda sanitaria de la población andaluza, en el periodo 2005-2008. Esta EHE facilita la coordinación entre los profesionales de los distintos niveles y sectores, potenciando una respuesta única y más eficiente para la atención integral a la salud de esta población y de sus cuidadores antes del alta hospitalaria y con la mira puesta en el retorno al domicilio (ESPAÑA, 2005).

Para satisfacer demanda de práctica avanzada de cuidados, se utiliza el perfil de competencias nivel 5 usadas del Reino Unido, que define habilidades para la aplicación de una importante gama de principios fundamentales y técnicas complejas en una amplia y a veces impredecible variedad de contextos. Requiere de responsabilidad personal en materia de análisis y diagnósticos, diseño, planificación, ejecución y evaluación. Dado que en el caso de la enfermera comunitaria o de enlace, la complejidad y variedad de toma de decisiones implica elaboración de juicios, intervenciones y evaluaciones en las que necesita un alto grado de autonomía y responsabilidad. Es un proceso de colaboración mediante el que valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y costo-efectivos (ESPAÑA, 2014).

La EHE al igual que la ECE enmarca su trabajo dentro de la gestión de casos como práctica avanzada de cuidados, ofreciendo un entorno centrado en la persona y no en la enfermedad, promoviendo la autonomía como pilar para la recuperación funcional y reincorporación a la comunidad, garantizando el máximo bienestar y minimizando el sufrimiento de pacientes y familiares, mediante la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes, y asegurando la continuidad de la atención.

La población diana a la que da cobertura la Unidad de Coordinación de Cuidados Interniveles se compone de todas aquellas personas ingresadas en el hospital que, por la complejidad de su estado de salud, requieran la coordinación con diferentes profesionales/servicios y la movilización de los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada a sus necesidades de cuidados y las de sus cuidadoras. Se estiman que un 12,5 % del total de las altas hospitalarias, son personas necesitadas de cuidados a domicilio (dato del año 2001) (ESPAÑA, 2005).

La propuesta de Andalucía identifica grupos de actividades a realizar por la Enfermera casos en todos sus niveles, en función de necesidades detectadas, por medio de una valoración integral: continuidad del cuidado

- Valoración de riesgos en el hogar y provisión de ayudas técnicas y adaptaciones
- Valoración preventiva según grupo de riesgo: vacunaciones, prevención primaria y secundaria de factores de riesgo cardiovascular, tabaco, alcohol, obesidad, sedentarismo, obstrucción crónica del flujo aéreo y otros problemas crónicos de salud
- Gestión del material sanitario y ayudas técnicas necesarios para la provisión de los cuidados en el domicilio.
- Servicios de apoyo al cuidador principal: información, educación para el cuidado, apoyo emocional, ayuda para la búsqueda de recursos, movilización de redes, servicios de respiro, atención al duelo, manejo de problemas de afrontamiento.
- Seguimiento y atención telefónica.
- Preparación del alta hospitalaria: Valoración del paciente, entorno, apoyo familiar e identificación de recursos necesarios para los cuidados en el domicilio.
- Promover información y educación al paciente y cuidador/a sobre los cuidados al alta antes de que se produzca la misma a cargo de la enfermera responsable del paciente en el hospital.
- Promover elaboración del informe de cuidados al alta por parte de la enfermera responsable del paciente en el hospital, para entrega al paciente y a la enfermera comunitaria de enlace de atención domiciliaria.
- Gestión de recursos característicos de la hospitalización a domicilio: oxigenoterapia, ventiloterapia, nutrición parenteral o quimioterapia.
- Coordinación sociosanitaria: Coordinación y derivación a trabajadores sociales para responder a las necesidades de apoyo social de la familia, incluyendo actividades como la gestión de recursos de ayuda a

domicilio para cuidados personales, estancias diurnas o temporales en residencias o unidades para pacientes dependientes, teleasistencia domiciliaria o alojamientos alternativos.

- Información necesaria a otros proveedores que puedan intervenir en el proceso (servicios de urgencias, equipos de salud mental, servicios especializados podología, fisioterapia, etc.) para garantizar la continuidad del plan de cuidados (ESPAÑA, 2014).

La Dirección Sanitaria de Murcia en su informe 2010, declara acerca de su propuesta para enfermera gestora:

- Que el Modelo de Gestión de Casos que aquí se plantea, es un modelo holístico de atención integrada, coordinada y continuada; que aporta una comprensión global del ser humano; centrado en dar respuesta a las necesidades de las personas; basado en la colaboración interprofesional sistemática y dinámica; orientado hacia la planificación de los cuidados y la coordinación de los recursos disponibles en la comunidad para mejorar el bienestar y la calidad a lo largo y ancho de la vida.

- Que su población diana son personas susceptibles de recibir atención según modelo de Gestión de Casos, aquellos que presentan un perfil de fragilidad, vulnerabilidad o complejidad; caracterizado por discapacidad funcional, escasez de recursos socio-familiares, incluso aislamiento social, necesidad de apoyo para actividades básicas de cuidado personal, actividades instrumentales, para el manejo y control de síntomas, para el manejo del régimen terapéutico, necesidad de cuidados multidisciplinarios y continuados, y que demanda múltiples recursos de toda la red asistencial (ESPAÑA, 2009).

La institucionalidad de Murcia entiende que éste es un Modelo de trabajo interdisciplinar y colaborativo, por lo que apoya e impulsa la presencia de Enfermera Gestora de Casos. Un elemento interesante del aporte que realiza esta propuesta, es que hace presente los atributos que justifica ser el profesional que lidere el proyecto: Profesional con enfoque holístico y visión integral orientada a cubrir necesidades, fomentar el autocuidado y la adaptación a las nuevas condiciones de las personas; con competencias para la valoración y planificación de los cuidados así como de resolución de situaciones complejas en colaboración con otros profesionales; con un lenguaje común: la metodología enfermera; con autonomía para la toma de decisiones; es un profesional cercano y accesible tanto para la población como para los profesionales de la red asistencial; flexible, creativo y dinámico dentro de un modelo de trabajo sistemático. Sugiriendo orientarla como agente de cambio, en este nuevo escenario de gestión y liderazgo dentro del sistema sanitario (ESPAÑA, 2009).

El Piloto 2010 Murciano, prevee que la enfermera gestora de casos se desplazará al lugar o lugares donde se encuentren las personas, profesionales y servicios de referencia de ésta (ESPAÑA, 2009).

3.4 EVALUACIONES, AVANCES Y DESAFÍOS

En general, decir que en la experiencia de más de 20 años de trabajo en éste rol como práctica avanzada de enfermería, el modelo se ha desarrollado y fortalecido, hasta alcanzar nuevos y mejores resultados:

- Al utilizar valoración integral, recomendándose por patrones funcionales de M. Gordon y/o valoración por necesidades de Virginia Henderson; y / o valoración focalizada cuando sea necesario, u otros instrumentos validados; se ha evolucionado hacia la estandarización de la práctica.

- Al elevar el grado de implicación en la coordinación de enfermería; casi en la totalidad de los casos, es la enfermera la mayor proveedora del servicio.

- Captación activa por parte equipo sanitario, de personas susceptibles de recibir atención con gestión de casos; genera un nuevo enfoque de la atención: empiezan a centrar su intervención en los problemas que crean dependencia (problemas de discapacidad funcional, afrontamiento, etc.) y en la capacidad de autocuidado del paciente y de la red familiar para hacer frente a la situación.

- Formación para adaptación al nuevo modelo de trabajo; facilita sistemas de gestión orientados a garantizar la continuidad asistencial. La coordinación entre los diferentes niveles y recursos necesarios para la atención domiciliaria ha sido uno de los principales retos a asumir para garantizar la efectividad del servicio.

En síntesis, fortalecer sistemas de enlace y coordinación, manteniendo una red interrelacionada, interdependiente, centrados en las complejidades de la demanda usuaria, mejoran la calidad del alta hospitalaria con garantía de continuidad para los cuidados del usuario en la comunidad (ESPAÑA, 2014; RODRIGUEZ; VERDUGO; FERNANDEZ, 2007; FERNANDEZ; GARCÍA; TORRES, 2009; ESPAÑA, 2007; YEPES, 2017; WEYKAMP; DE SIQUEIRA; CECAGNO, 2016).

4 MÉTODO

4.1 ENFOQUE DEL ESTUDIO

Estudio de carácter exploratorio, descriptivo con abordaje cualitativo enfocado en comprender dimensiones de percepción y significado que tiene para el estamento enfermero, el proceso de continuidad de cuidado del usuario con alta hospitalaria.

4.2 POBLACIÓN DEL ESTUDIO

El estudio se aplicó en el centro de salud de mayor complejidad de la 12° región político administrativa de Chile, capital Punta Arenas, Magallanes. El Hospital Clínico de Magallanes (HCM), es un establecimiento de 340 camas, con producción anual aproximada de 12 mil egresos hospitalarios; su estamento enfermero es de aproximadamente 160 profesionales, que trabajan en ámbitos de gestión y asistencial; la mayor parte lo constituye el enfermero asistencial de servicio hospitalizado para atención 24 / 7, en sistema cuarto turno de 12 horas, además del profesional enfermero para atención de 8 horas, diurno, en día hábil.

Constituye el universo de estudio, grupo de enfermeras de aproximadamente 40 profesionales, que laboran en el bloque de servicios médicoquirúrgico básico, adulto e infantil, del establecimiento (HCM).

4.3 TÉCNICA DE COLECCIÓN DE DATOS

Para caracterizar la continuidad del cuidado y reconocer el rol enfermero, se seleccionó una muestra de 8 unidades, con técnica de muestreo no probabilístico e intencionado; invitando a participar profesionales que cumplieron con haber trabajado por un período de dos o más meses, en sistema cuarto turno o diurno del bloque médicoquirúrgico adulto, infantil HCM; que en ejercicio profesional, cumple con rol protagonista en el alta del paciente hospitalizado y que mostró disposición, como experto, cuando se le invitó a participar en la investigación; en el período dispuesto para las entrevistas, Mayo-Agosto 2018. Momento en el cual los ocho profesionales firmaron su consentimiento informado; no se reportaron casos de disentimiento ni corrección de transcripciones, de acuerdo al protocolo de consentimiento informado.

Para el propósito del estudio, se aplicó entrevista semiestructurada (APENDICE N°I), gravándose en su totalidad; fue transcrita por la investigadora, resguardándose el anonimato por medio de ocho códigos. Las entrevistas se concertaron directamente y confirmaron con apoyo telefónico, realizándose en recintos a elección de los entrevistados.

Cuadro 1: Características de los participantes del estudio. Punta Arenas, Chile, 2018.

ENTREVISTA	FECHA	EDAD	SEXO	EXPERIENCIA	LUGAR
H01	28-5-18	31	femenino	9 años	Cirugía
H02	30-5-18	26	femenino	3 años	Medicina
H03	21-6-18	59	femenino	30 años	Medicina
H04	27-6-18	28	masculino	4 años	Medicina
H05	14-8-18	35	femenino	12 años	Cirugía
H06	15-8-18	63	femenino	35 años	pediatria
H07	16-8-18	30	femenino	6 años	Cirugía
H08	17-8-18	31	femenino	6 años	Cirugía

Fuente: las autoras, 2018

4.4 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

Como medio de organización de resultados, se utilizó la técnica de Análisis de Contenido de Laurence Bardin (2002). A objeto de transformar, según reglas de recorte y organización sistemática, los datos brutos de texto en representaciones del contenido o descripción de las características del contenido. Por lo cual después de una lectura general del contenido de las entrevistas, se fueron identificando unidades de registro, correspondiente a segmentos de contenido, que hablaban de continuidad del cuidado y del rol del enfermero en la continuidad del cuidado; para lo cual se diseñó una grilla donde se agruparon las respuestas que constituyeron los códigos; posteriormente, se ordenaron por colores de acuerdo a criterios de selección, para componer subcategorías; para finalmente, organizarlas de manera que conformaran categorías homogéneas y exclusivas ente sí (BARDIN, 2002; NOGUERO, 2009; ABELA, 2000; ARANDES, 2013).

En total se obtuvieron ocho subcategorías, para conformar cuatro categorías relacionadas con continuidad del cuidado (primer manuscrito) y ocho subcategorías que dieron lugar a tres categorías, en el tema servicio de salud integral (segundo manuscrito).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

En cumplimiento de normativa vigente, Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes del Paciente, Convenio Comité de Etica HCM – UMAG N° 22/SU/ 2015; se efectuaron los siguientes procedimientos:

- Solicitud de autorización a Dirección del HCM (Anexo I).
- Presentación del proyecto de investigación al Comité de Etica UMAG (4 Marzo 2018) (Anexo II).
- Consentimiento informado a los participantes de la investigación (Apéndice II).

En primer lugar se hace presente que la investigadora que entrevista en el presente estudio, no tiene relación de dependencia ni de mando administrativo, con los profesionales de enfermería que participaron en el estudio.

El primer contacto con los profesionales de enfermería de HCM, se efectuó directamente o por teléfono, para acordar una entrevista en su lugar de trabajo o lugar que se estimó conveniente, a fin de establecer un acuerdo de participación. Como motivación se hizo énfasis en el beneficio, para usuarios y prestadores, el hecho de efectuar el trabajo en red y además, el compromiso de enviar por correo electrónico el análisis final de la investigación, una vez que se hayan cumplido todos los compromisos académicos e institucionales con respecto a los resultados.

La firma del Consentimiento Informado, se solicitó al inicio de la primera entrevista de investigación (APÉNDICE II). Al mismo tiempo que se dió a conocer el procedimiento que se describe en el Formulario Revocación del Consentimiento Informado (APÉNDICE III), que está en adjunto al Consentimiento Informado; además, se añadió una copia del Protocolo Disposición de Información del Participante que Abandona la Investigación (APÉNDICE IV).

Con relación a la información obtenida de casos que abandonan, no fue considerada para ninguna etapa de análisis de la investigación. Para resguardo de confidencialidad, el contenido grabado, digital o análogo se eliminará, previo aviso al participante, quién pudiera requerir le sean devuelto, para lo cual se acordará el plazo de cuatro semanas para su retiro en oficina de trabajo de la investigadora HCM. Esta disposición se incorporó en la información de revocación del consentimiento informado y descrita especialmente en el Protocolo.

Se garantizó el anonimato mediante asignación de un código a cada participante, el cual se registro en todas las instancias que requirió identificar a la persona entrevistada.

Se entregó al participante una copia de transcripción de su entrevista, para que manifestara su aprobación en un plazo máximo de dos semanas, con el fin de corregir observaciones hasta su total conformidad, los que no se dió en ningún caso.

La información digital se resguarda en PC Redes de Cuidado, que cuenta con respaldo informático institucional, centralizado. La información escrita y gravada, se almacena en sistema de bodegaje oficina Redes de Cuidado (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2010; BARDIN, 2002).

5 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio se organizaron en forma de dos manuscritos, según normativa 01/PEN/2016, de 17 de agosto de 2016, del Programa de Pos Graduación en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, que altera los criterios para elaboración e o formato de presentación de trabajos de conclusión de los Cursos de Magister y doctorado en Enfermería. El primer manuscrito titulado: Continuidad del cuidado en atención de la red de salud, una perspectiva enfermera; con el objetivo de caracterizar continuidad del cuidado para el usuario con alta hospitalaria; y el segundo manuscrito titulado: Rol enfermero para continuidad del cuidado en la red de salud: una perspectiva enfermera. Con el objetivo de reconocer rol enfermero, para mantener continuidad del cuidado del usuario con alta hospitalaria.

5.1 MANUSCRITO 1

Título: Continuidad del cuidado en atención de la red de salud, una perspectiva enfermera

RESUMEN

En la atención integral del paciente con alta hospitalaria, la continuidad del cuidado de enfermería, constituye un desafío para brindar servicios de calidad. Objetivo: Caracterizar continuidad del cuidado para el usuario del alta hospitalaria, desde una perspectiva enfermera. Método: Estudio de carácter exploratorio, descriptivo con abordaje cualitativo, utilizando entrevista semiestructurada a ocho profesionales de enfermería, de atención cerrada del Hospital Clínico de Magallanes, Chile; se indaga en la experiencia, conocimiento y propuestas del profesional; grabada en sesiones únicas y transcrita por el investigador. e utilizará la metodología Análisis de Contenido de Laurence Bardin. Resultados: Se obtienen cuatro categorías, que reúnen lo que los enfermeros exponen en su discurso: 1 Refieren existencia de actores y acciones del sistema sanitario, que son necesarios para mantener la continuidad del cuidado; 2. Comentan conducta del paciente y familia, que incide en la continuidad del cuidado; 3. Hablan de como perciben la red asistencial y el manejo de la información en esta red; y 4. Conversan acerca de qué entienden por continuidad del cuidado. Conclusión: El concepto de continuidad del cuidado de los entrevistados, está asociado a la percepción de que existe un sistema organizado que permite mantener una atención sanitaria continua del paciente que transita por la red, pero requiere de condiciones técnica y

humanas para un protocolo de continuidad del cuidado; como resultado de su experiencia no estaría asegurada la continuidad del cuidado, por presencia de fenómenos de variabilidad que inciden como factores de éxito o fracaso, en ámbitos tales como: colaboración médica, transferencia de información, autonomía del usuario y familiares.

Descriptores: Continuidad del cuidado. Alta de enfermería. Enfermera en continuidad del cuidado.

INTRODUCCIÓN

Ofrecer una atención integral, continuada y centrada en la persona no está resultando fácil (DE PAZ; GALDEANO; GARRIDO *et al.*, 2005; GÓMEZ; CLÍMENTS, 2005). Continuidad, elemento vital para garantizar asistencia de calidad; donde la transferencia sistematizada a nivel documental y verbal, se convierte en un elemento de seguridad imprescindible en el proceso de atención del paciente (PÉREZ; JIMÉNEZ; ÁNGELES, 2017). Continuidad del cuidado para atender necesidades del usuario, especialmente en situaciones de fragilidad y vulnerabilidad; requiere intervención enfermera, en asistencia sanitaria sin fragmentación entre los diferentes ámbitos asistenciales (ESPAÑA, 2014a). Profesión enfermera, como quehacer que abarca cuidados autónomos y en colaboración; a personas, familias, grupos, comunidades; enfermos o sanos; en todos los contextos, e incluye promoción de la salud, prevención de la enfermedad, y cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas, en su vertiente curativa y paliativa (CAMPOS; VARGAS; MILOS, 2018);

Enfermera, que enfocada en facilitar continuidad con su práctica profesional, busca detectar elementos claves en todas las fases del proceso de cuidado, para proveer cuidados en todos los niveles asistenciales; y utiliza para ello la máxima evidencia disponible, garantizando seguridad y respeto al paciente (PÉREZ; JIMÉNEZ; ÁNGELES, 2017; BENJUMEA, 2010). En la dimensión evidencia, el Código de Ética Enfermera Chile, ítem 3.2, impulsa a la investigación a fin de mejorar calidad de los cuidados, fortalece la práctica y permite a los profesionales enfrentar de mejor manera sus obligaciones con la sociedad (CHILE, 2008).

En este contexto de reto y responsabilidad social, la continuidad del cuidado que otorga la enfermera en Chile por ley del año 1997, es parte de funciones que se estiman centrales en la Reforma de la Salud del 2001 (MILOS, 2017). Asociación Chilena de Educación en Enfermería (ACHIEEN), argumenta ante Comisión de Educación de la

Cámara de Diputados y Senado: La formación exclusiva universitaria de las/os enfermeras/os ha sido un eslabón clave en el desarrollo disciplinar para satisfacer las demandas sociales de cuidado en salud en Chile, acogido por ambas Cámaras el 2014 (CERÓN; MILOS; SOTO *et al.*, 2015).

En este sentido, a la enfermera le compete lo que la sociedad chilena espera del Estado en el ámbito de la salud pública: asumir rol garante del derecho fundamental a la salud. Es responsable de garantizar este derecho, aplicado a toda actividad profesional que desempeñe en las diferentes instituciones y niveles de atención; y en conjunto con el aparato estatal, estará promoviendo e implementando procesos integrados, sistemáticos, planificados, integrales y participativos de gestión de los servicios, acorde al ámbito y nivel de competencia que tenga (CHILE, 2018).

En el marco de la reforma MINSAL 2001, se implementa Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y adhiere a los tres principios del modelo de salud familiar de la Organización Panamericana de Salud "OPS": a. Centrado en las personas: considera sus necesidades y expectativas, familias e incorpora sus derechos y deberes; b. Integralidad: función del sistema para la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos; traduce cartera de servicios con sentido biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano; c. Continuidad de la atención, que desde la perspectiva de las personas, experimenten la serie de eventos del cuidado de la salud, como coherentes y conectados entre sí en el tiempo; desde la perspectiva de los sistemas de salud, corresponda a la continuidad clínica, funcional y profesional y, la continuidad del cuidado, signifique brindar y resguardar el cuidado en distintos escenarios desde el domicilio a los centros hospitalarios (CHILE, 2015; CHILE, 2016; CHILE, 2017; CHILE, 2018).

El sentido de las RISS, como red organizada de servicios de salud, equitativos e integrales, dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población (OPS, 2010), se colige que puede habilitar procesos coordinados y colaborativos, concadenar planes de atención por demanda del usuario, en el nivel que le corresponda.

Para el paciente hospitalizado, implica continuidad de los cuidados post alta. Este evento se refiere asociado a elaboración del plan del alta de enfermería, escrito y oral, descrito como proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación para administrar cuidados post alta del paciente; que requiere acción coordinada y

colaboración entre los profesionales de la salud y de la población en general. Las publicaciones le mencionan como plan de alta de enfermería, informe de alta de enfermería, informe de continuidad del cuidado; le señalan carácter de herramienta fundamental para la continuidad de los cuidados post alta, que limita reingresos hospitalarios, quejas y complicaciones. En resumen, la evidencia refiere que calidad de información, junto con oportunidad, son claves como factor de éxito o fracaso para mantener continuidad del cuidado del paciente, y de ello es responsable la enfermera, cualquier sea el nivel donde se encuentre su desempeño profesional (LÓPEZ; LEONEL; ÁVILA, 2014; ESPAÑA, 2014a; ESPAÑA, 2014b; PHILLIPS, 2015; PORTUGAL, 2016; MILOS, 2017; RODRÍGUEZ; MURILLO, 2017; ESPAÑA, 2018; CHILE, 2018).

El profesional de enfermería se hace cargo del nodo crítico que implica mantener la continuidad del cuidado del paciente con alta hospitalaria; es decir brindar y resguardar el cuidado en distintos escenarios hasta el domicilio, desde los centros hospitalarios (MINSAL, 2018; MARTÍ; MUNIENTE, 2016; CALERO ROMERO, 2012).

El establecimiento de mayor complejidad de la región de Magallanes, no está ajeno al fenómeno, transformándose en oportunidad para intentar comprender la realidad que se vive en este espacio de interfaz, que es el alta de enfermería en el Hospital Clínico de Magallanes (HCM), en Punta Arenas, Chile. Considerando lo expuesto, este estudio tiene el objetivo de caracterizar continuidad del cuidado para el usuario del alta hospitalaria, desde una perspectiva enfermera.

MÉTODO

Estudio de carácter exploratorio, descriptivo con abordaje cualitativo, buscando caracterizar continuidad del cuidado para el usuario del alta hospitalaria, desde una perspectiva del enfermero HCM en Punta Arenas, Chile.

El estudio se aplicó en el alta hospitalaria originada en el centro de salud de mayor complejidad de Magallanes, el Hospital Clínico de Magallanes (HCM), Punta Arenas. Participaron del estudio, profesionales de enfermería que trabajan en servicios clínicos de pacientes hospitalizados.

En éste universo, se seleccionó con técnica de muestreo no probabilístico e intencionado, para recoger la perspectiva del especialista que conoce desde la competencia profesional y participante

del fenómeno en estudio. Se eligieron enfermeras (os): que estaban trabajando, por un período de dos o más meses, en sistema cuarto turno o diurno y que dan alta de enfermería, al paciente hospitalizado en servicio médico quirúrgico adulto, infantil HCM; y que refirieron disponibilidad para participar en la investigación, en el período dispuesto para entrevistas.

No calificaron enfermeras (os): que tenían una relación de dependencia técnica o administrativa con investigadora y/o enfermera (o) que tenía menos de dos meses de ejercicio profesional en un servicio clínico de hospitalización HCM.

A los entrevistados les contactó directamente el investigador, instante que se le puso en conocimiento el objetivo de la investigación y se entregó el consentimiento informado, para su firma el día de la primera sesión.

Hubieron 3 colegas que desistieron de participar, que adujeron razones de disponibilidad de tiempo en el período de entrevista; dos de las cuales fueron reemplazadas, de acuerdo al perfil de selección. Comentar que el período de entrevista, correspondió a una atapa de restricción del recurso enfermero en los servicios clínicos HCM.

La entrevista fue grabada en su totalidad y transcrita exclusivamente por investigadora; posteriormente se entregó copia, para conocimiento y conformidad del entrevistado, quién tuvo plazo de dos semanas, para hacer sus objeciones, correcciones o sugerencias.

Para organizar el análisis del material, se utilizó la metodología Análisis de Contenido de Laurence Bardin (ediciones 1986-1996-2002), por medio de las tres etapas que establece el método: 1. Pre-análisis. 2. Exploración del material 3. Tratamiento de resultados e interpretaciones. En el ámbito del requerimiento ético, se cumplió con normativa institucional vigente referente a Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes del Paciente y se contó con Certificado Aprobación Comité Ética Científico, Vicerrectoría de Investigación y Postgrado, UMAG, otorgado el 29 Junio 2018.

RESULTADOS

Las 7 enfermeras y el enfermero, que se hicieron disponibles para la investigación, fueron generosos con su tiempo para entrar en detalles y profundizar en los ámbitos que se necesitaron. Con ello, arribamos a los siguientes resultados que describen lo que es para ellos el proceso que realizan para continuidad del cuidado del paciente con alta hospitalaria HCM.

Del proceso de codificación surgen cuatro categorías: 1. Continuidad del cuidado desde el alta hospitalaria hasta la APS; 2. Continuidad del cuidado: participación del usuario y familia; 3. Sistema en red y el insumo información; y 4. Concepciones de continuidad del cuidado.

Cuadro categorías y subcategorías

categoria	Continuidad del cuidado: del alta hasta APS	Continuidad del cuidado: participación usuario/familia	Sistema en red y el insumo información	Concepciones de continuidad del cuidado
subcategoría				
1	En y desde el hospital	Que es continuidad al paciente-usuario	Red de cuidado	Que es la continuidad
2	Continuidad a la APS	Apoyo familiar para continuidad	Insumo para la continuidad	
3	Necesaria articulación multiprofesional			

Primera categoría: Continuidad del cuidado desde el alta hospitalaria hasta la APS; reúne aspectos significativos expresadas por las entrevistadas relativo a como las enfermeras describen actores y acciones del sistema sanitario, que son necesarios para mantener la continuidad del cuidado del paciente post alta.

Está compuesta por tres subcategorías: En y desde el hospital; Continuidad a la APS; y La necesaria articulación multiprofesional.

La primera subcategoría, nombrada En y desde el hospital. En esta subcategoría las entrevistadas expresan como hacen las enfermeras para asegurar y mantener la continuidad del cuidado desde el alta del paciente:

[...] Que como enfermera me preocupe de que este paciente cuando llegue a su casa tenga por ejm. Los medicamentos que le dio el dr., las horas pedidas.. [...] nosotros damos el alta del paciente [alta profesionalizada]. [...] por ejm. si tiene una herida preocuparse de que tenga una coordinación [poli curacion avanzada], ... no quede sin tratarse... [...] me he

preocupado de pedirle al dr. una ic para hospitalización domiciliaria, para que ellos vayan a evaluar. [E2].

[...] A veces nosotros lo anotamos en su informe de alta, abajito... como nota... en la epicrisis [...] los cuidados que prestamos a ese paciente son educaciones, ... si de carácter preventivo [E4.]

[...] los reconoce que son Taco, a veces el paciente no lo ha declarado....., hablamos con (enfermera) cuando ya se van de alta para que le hagan el ajuste [...] igual cuando viene don (enfermero) de quimio..., de repente hay pacientes que según ellos ya terminaron sus quimio.... le falta uno o dos.... y conversando uno se entera... [E7].

[...] de repente con indicación de hospitalización domiciliaria, por requerimiento de tratamiento endovenoso ambulatorio o curaciones ambulatoria [poli cuarción avanzada CAE] ... [E8].

La segunda subcategoría se trata de La continuidad a la APS. En esta categoría las enfermeras manifiestan su preocupación y que hacer, para que haya continuidad con el sistema de atención primaria.

[...] Pero ahí igual tenemos otro problema, a pesar de que uno le explica que tienen que ir a su consultorio a hacerse la curación [...] a veces por falta de coordinación con aps... hay problemas [E1].

[...] uno les dice a los familiares.... o cuando hace esa hojita de coordinación [registro no formalizado] vaya al poli y diga que estaba en poli de postrado, que sigan viéndolo [E3].

[...] También es importante que el paciente sepa que cosas se le está poniendo a una úlcera exactamente o a una herida cosa que el mismo ayude u oriente por ejm. al profesional de aps o de donde sea, o muchas veces nuestros paciente se van a otra ciudad... [E4].

[...] se le pregunta a que consultorio pertenece el paciente para derivarlo en caso que ellos requieran de un retiro de puntos por ejm., para que continúen allá el manejo de enfermería, de curaciones, etc [E7].

En la subcategoría tres, La necesaria articulación multiprofesional, se destacó que las enfermeras dan

importancia a la participación de todos los componentes del equipo de salud, con el objetivo de mantener la continuidad del cuidado del paciente post alta:

[...]aquí en la organización , se han integrado profesionales que ayudan mucho en la continuidad [kinesilologo, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiologo] [E3]

[...]que el paciente reciba la consejería del profesional que está a cargo ese día (medico) y del que le corresponde entregar el alta del paciente. [E4]

[...]eso es todos los días, (nombra enfermera, enfermero), son los que vienen todos los días, con la (nombra enfermera poli DM) yo tengo el nexa que la llamo cuando el tema ...o me manda alguien, o me dice mándame la familia que siempre son los problemas al alta, que nunca tienen insulina, una y otra cosa ...y los mando derecho para allá [E7]

[...]Que el médico colabore con un alta clara respecto del nivel de complejidad donde se atenderá el paciente para su posterior recuperación.[E8]

La segunda categoría, Continuidad del cuidado: Participación del usuario y familia, aquí las enfermeras comentan la conducta del paciente y la familia para mantener la continuidad del cuidado. Está compuesta por dos subcategorías: Que es continuidad al paciente/usuario y El apoyo familiar para la continuidad del cuidado.

En la subcategoría Que es continuidad al paciente/usuario, las enfermeras refieren la conducta de los pacientes /usuarios que inciden en la continuidad del cuidado:

[...]pero me da la impresión que tampoco entendieron al 100 % , que no le queda tan claro [E2][...]los únicos que veo que vienen con cuaderno, son los del poli dolor...que los educan bien, son ordenaditos en eso [...] llama la atención, que lo hospitalizan, que lo traen 3 o 4 veces a urgencia y el paciente no trae sus documentos [E3]

[...] muchas veces el usuario reingresa, porque no se sabe tomar sus medicamentos o lo toma en horarios que no corresponde o justamente porque a lo mejor no se le entregó un horario adecuado [E4][...]en niños, como que en general los papas son preocupados y cumplen la indicación para la casa y también cumplen con las idas al consultorio [E6]

[...]volvió a pasar, el médico le escribió ...continuar tratamiento habitual....pero la Sra. no entendía el concepto de tratamiento habitual. [...] vienen muchas pacientes más añosas que no saben con qué las están curando y no hay un registro tampoco [E7]

[...]No siempre el paciente se va de alta en condiciones óptimas, se va... Con indicación de hospitalización domiciliaria, o con requerimiento de tratamiento endovenoso ambulatorio o curaciones ambulatoria.... [E8]

En la segunda subcategoría: El apoyo familiar para la continuidad del cuidado, las enfermeras refieren conducta de la familia que incide en la continuidad del cuidado del paciente:

[...]a los familiares que tienen que verlo ...porque también pueden coordinarlo con programa postrado [E1]

[...]nosotros tratamos de muchas veces llamar al familiar, para que el paciente no se vaya solamente con la impresión de el [las indicaciones del alta].[E4]

[...]ahí se le solicita a la familia que traiga la hoja del consultorio, porque ahí sale todo en su libreta y ahí nos enteramos de otras patologías que el paciente no dice tampoco [E7]

La tercera categoría, Sistema en red y el insumo información; en ésta categoría las enfermeras hablan acerca de como perciben la red asistencial y el manejo de la información en esta red. Está constituida por dos subcategorías: Red de cuidado , Insumo para la continuidad.

La subcategoría Red de cuidado, las enfermeras manifiestan cómo es la red asistencial con relación a su demanda profesional:

[...]los pacientes son intervenidos acá a nivel qx, son dados de alta y a veces por falta de coordinación con aps...hay problemas, [E1]

[...]es indispensable la red [E3]

[...]igual nos ha tocado recibir pacientes que vienen trasladados de otros centros asistenciales y no hay mucha información de enfermería.... que se pierde [E4]

[...]..vamos a empezar a exigir el llamado telefónico... No tenemos el llamado de enfermería para contarnos como viene el paciente, no hay nada [de otros hospitales][E6]

[...]lo que hace falta es trabajar en redes con las colegas de aps, porque una vez que sale de alta el paciente, nos gustaría saber... [E7].

La segunda subcategoría: Insumos para la continuidad, las enfermeras mencionan los sistemas de comunicación existentes y características que afectan la continuidad de la información:

[...]y a lo mejor es más fácil.....se hace escrito y digital....porque los pacientes a veces no llegan a donde tienen que llegar con el papel, porque lo perdieron en el camino [de propuesta correo digital] [E1]

[...]hora hay una hoja de alta es como para tiquear...¿esa es la que se guardan ustedes?...si, se anexa a la hoja de enfermería, junto con esa hoja [no se entrega al paciente]. [E2]

[...] buscan en el sistema....porque fue dado de alta?...en la epicrisis.. [digital]. [E3]

[...]no hay mucha información de enfermería, que se pierde... Porque no hay ningún informe de traslado..recibimos un paciente con vía y el rótulo se salió en el camino y uno no tiene idea cuándo se instaló.. [E4]

[...] ... a veces no lo dejan como indicación en la epicrisis....no ponen nada de la curación.. Le anoto allí abajo en la epicrisiscuración en consultorio.....que está inscrito el paciente [E5]

[...] ..vamos a empezar a exigir el llamado telefónico... No tenemos el llamado de enfermería para contarnos como viene el paciente, no hay nada [de otros hospitales]. [E6]

[...] [a la familia] por favor tráiganos su libretay ahí nosotros nos guiamos, ya ahí hacemos el ingreso completo. [E7]

La cuarta categoría: Concepciones de continuidad del cuidado; categoría que reúne lo que las enfermeras refieren entender por continuidad del cuidado. Esta categoría está constituida por una sola subcategoría: Que es la continuidad del cuidado, donde se congregan las

diferentes formas de expresar continuidad del cuidado, por parte del profesional de enfermería entrevistado:

[...]Que la atención de enfermería no solo quede hasta acá... sino que se siga gestionando en aps, .. Y puedan seguir tratando de buscar su bienestar y mejorando la calidad de salud que tengan. [E1]

[...] cuidar que el paciente pueda mantener los cuidados que necesita post alta [E2]

[...] cuando va a requerir más cuidado... Alguna cosa que va a necesitar después continuidad.[...]Está el concepto del usuario que transita por un sistema interniveles.. [E3]

[...] desde el momento en que el paciente ingresó, como... hay una continuidad en el día durante la noche y así hasta el momento de su alta, que ahí sería la continuidad en la aps en algunos casos, otras veces se puede derivar acá mismo [E5]

[...] continuidad del cuidado tiene que ver con acciones de enfermería que hagan que un paciente que estuvo en lugar y que luego puedan ser atendido en otra instancia sin volver atrás, sin que quede borrado lo que le hicieron [E6]

DISCUSIÓN

En este estudio, las enfermeras describen actores y acciones del sistema sanitario, que identifican para mantener la continuidad del cuidado del paciente post alta. Desde esta perspectiva, las enfermeras refieren que su estrategia para asegurar continuidad de atención extrahospitalaria, la constituye el acto de entregar el alta solo por parte del profesional de enfermería. En esta alta la enfermera otorga consejería, capacita e instruye al paciente y familia en medidas para el autocuidado.

También coordina con enfermeros de especialidades del Consultorio Atención Especialidades “CAE” (CA, HD, TACO, DM, QMT), Curacion Avanzada (CA), Hospitalización Domiciliaria (HD), para prestaciones de control y seguimiento en atención abierta del establecimiento. La citación a control médico lo realiza secretaria. Ya enfocadas en APS, las enfermeras mencionan hechar de menos que para el alta hospitalaria, no exista un sistema de coordinación con enfermería APS y refieren orientar al paciente en la continuidad de la atención APS. Para asegurar las instrucciones, las registran

manualmente en la epicrisis médica y entregan información oral, relevante para la continuidad del cuidado, pero manifiestan que este medio de transferir información no es seguro.

En su relato para la continuidad del cuidado, las enfermeras también mencionan otros componentes del equipo de salud. Expresa como el trabajo médico incide en la preparación y continuidad del alta, y reconoce al profesional enfermero de especialidades y otros como kinesiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, en cuanto aportan o complementan continuidad intrahospitalaria y post alta del paciente. Con relación a continuidad del cuidado post alta, la bibliografía le asocia al registro de alta de enfermería; a los que realizan trabajos de seguimiento con diversidad de resultados respecto del uso y efectividad. En algunos casos, se refleja en informes de entidades de administración sanitaria, que utilizan para la implementar estrategias de reingeniería en sus procesos de atención. De ello, se puede inferir brechas de continuidad (MAYORDOMO; RODRÍGUEZ; VILLARRUBIA *et al.*, 2018; ARÉJULA; BLANCO; MAYORDOMO *et al.*, 2014; ESPAÑA, 2014).

En resultados de trabajos, entre otros, hay presencia de elementos expresados por las enfermeras en cuanto a: que las recomendaciones del plan de alta se centran en algunos elementos, entre ellos los medicamentos, y que aproximadamente 2/3 de los estudiados, aplican de forma oral y escrita (LÓPEZ; LEONEL; ÁVILA, 2014); que en el caso de las entrevistadas, se infiere que el 100% de la entrega es oral porque solo enfermeras dan el alta y en % no determinado agrega escritura: son los que ocupan la epicrisis médica para registrar instrucciones, especialmente horario administración medicamentos.

Otro estudio menciona escasez de canales de comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada (ARAGÓ, 2018), que asimila a la experiencia de las entrevistadas que hechan de menos un sistema de comunicación de enfermería, por ejm. digital, como medio seguro de transferencia y retransmisión de información con apps. Porque el medio escrito tampoco existe.

En un estudio acerca de atención enfermera temprana (APS) tras alta hospitalaria, refiere que en el 5,5% de los casos, se contactaron enfermeras de enlace hospitalaria, con la enfermera referente del paciente en Atención Primaria (PITA; FERNÁNDEZ-BOFILL; SÁNCHEZ, 2014). El bajo % de contacto, está muy cerca de la realidad de las enfermeras entrevistadas, dado que sus comentarios traducen la falta de contacto, como ha expresado la entrevistada E1: se podría tener

un correo genérico [con APS]....Ahí mismo las colegas podrían enviarle un resumen a lo mejor...

Respecto a la participación del usuario y familia, las enfermeras comentaran la conducta del paciente y de la familia, para mantener la continuidad del cuidado. Las enfermeras refieren la conducta de los pacientes /usuarios que inciden en la continuidad de su propio cuidado. Y que también el comportamiento de la familia incide en la continuidad del cuidado del paciente. Las entrevistadas manifiestan que el paciente generalmente tiene familia, y que su presencia constituyen un recurso de seguridad. Por otro lado, las enfermeras comentan que el paciente a veces no puede aportar antecedentes clínicos a su ingreso o se dan cuenta que no puede hacerse cargo de las indicaciones del alta. Por ello recurren a la familia para asegurar la continuidad de la atención. Ya que el paciente necesita de coordinaciones y educaciones para que tenga continuidad en sus tratamientos, u orientación para derivación a control.

En este estudio, las enfermeras refieren que en caso contrario podría reingresar por falta de continuidad en sus indicaciones farmacológicas; relatan que la familia participa con diversos grados de competencia, hecho que incide en la transferencia de información, y reincorporación del paciente a programas de atención APS.

Aspectos comentados por las enfermeras del HCM se reflejan en diferentes trabajos de investigación, que de formas diversas confirman la importancia de la medidas educativas al paciente y su red de apoyo familiar; ya sea en la transferencia de información, educación para continuidad del cuidado del paciente y en algunos casos asociado a tasas de reingreso a hospitalización.

En revisión narrativa de Molano y Hernández (2016) concluyen que la enfermera enfocada en la continuidad de los cuidados, promueve la intervención educativa estructurada al paciente y familia. Que es de gran importancia vincular al familiar o cuidador dentro del proceso de atención, dado que facilitan el cumplimiento de las recomendaciones en el hogar y apoyan al paciente que tiene diagnóstico de deterioro cognitivo.

En estudio acerca del Informe de Continuidad de Cuidados al alta, Aragón (2018) reconoce el rol del familiar cuando refiere que el informe de continuidad del cuidado “ICC”, permite al paciente sentirse más seguro, que la familia se involucre y con ello disminuye posibilidades de reingreso, y de paso muestra el rol autónomo de enfermería en estos cuidados.

Otro aspecto en la red de apoyo familiar es presentado en una revisión narrativa, donde los autores (RODRÍGUEZ; MURILLO, 2016) refieren que la familia de pacientes en situación de exitus, estando capacitados, pueden abstenerse de concurrir a un servicio de urgencia cuando ven aparecer nuevos síntomas, desconocidos para ellos; evitando así, intervenciones fútiles y obstinación terapéutica por parte del equipo sanitario, y facilitando al paciente la mayor comodidad posible, para una muerte digna en el hogar, con su familia. Por fin, estudio de revisión (NAVARRETE, 2016) concluye que si bien el manejo organizado mejoran el desenlace clínico, los tratamientos con componentes educativos dentro del programa de insuficiencia cardiaca han impactado las rehospitalizaciones; que los aspectos abordados con el paciente y el cuidador deben iniciarse desde el ingreso hasta el alta y la enfermera es la pieza clave en el logro de los objetivos educativos.

Respecto el Sistema en red y el insumo información las enfermeras dese estudio manifiestan quién y cómo es la red asistencial con relación a su demanda profesional y refieren identificar básicamente a enfermería de APS como su red. En su demanda, refieren el manejo ineficaz de información, donde la percepción de efectividad lo relacionan con comunicación en esta red. Esta apreciación de las enfermeras también se manifiesta en estudio sobre percepción del informe de continuidad del cuidado de un hospital en España (ARAGÓ, 2018). En el, los profesionales de enfermería refieren escasez de canales de comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada [hospitalaria]; también señalan escasez de recursos informáticos y problemas para transcribir información; así como desconocimiento de evidencia existente con respecto al ICC y sobrecarga de trabajo (ARAGÓ, 2018). Respecto de esto último, las enfermeras entrevistadas difieren, ya que hacen referencia favorable respecto de su símil el registro que se utiliza como respaldo de entrega del alta al paciente.

El grupo estudiado también manifiesta su demanda de red para mantener continuidad de la atención, conviniendo con ARAGÓ (2018) que la continuidad de la atención suele ser compleja por variabilidad en la práctica clínica, escaso desarrollo de comunicación entre los niveles de atención primaria y secundaria; además, la compartimentalización de los servicios, debilita posibilidades del trabajo cooperativo, de formar en redes. Las entrevistadas confluyen en realidades observadas, por ejm, en artículo del Colegio enfermeras Costa Rica (CASCANTE, 2017), quien comenta que, desde el año 2014, la coordinación de enfermería de la Caja Costarricense de Seguro

Social promueve la organización de la red para continuidad de gestión del cuidado, fundados en que estudios desde el año 2005, que mostraron que un 36% de pacientes se quedaba sin seguimiento debido a la falta de enfermeras en la comunidad. Un nuevo formato de red para manejar información uniforme en todos los hospitales fue implantado (CASCANTE, 2017).

Logrando que las enfermeras se comuniquen entre los niveles de atención, de modo que el usuario se vaya con el menor riesgo posible de reingreso, o no tengan que recurrir a los hospitales, esperando horas para ser atendidos por algo que puede resolverse fácilmente desde la comunidad.

En la misma línea, se reporta otra novedosa experiencia, para cuidados de convalecencia, recuperación y reintegración de pacientes crónicos y personas en situación de dependencia. El Servicio Salud Lisboa, Portugal, implementa por Decreto-Ley nº 101/2006 la Red Nacional de Cuidados Continuos Integrados que funciona en estrecha colaboración los Ministerios de Salud, de Trabajo y de Solidaridad Social. En ese documento, se definen Cuidados Continuos Integrados como el conjunto de intervenciones secuenciales integradas de salud y apoyo social, resultante de evaluación conjunta, buscando la recuperación global de la persona entendida como el proceso terapéutico y de apoyo social, activo y continuo, que busca promover la autonomía mejorando la funcionalidad de la persona en situación de dependencia, a través de su rehabilitación, readaptación y reinserción familiar y social (PORTUGAL, 2016). En éste contexto, el profesional de enfermería tiene un enfoque integral, que le permite trabajar en un medio de integración cuando asiste al usuario y en cualquier nivel que se encuentre atendiendo.

Cuando las enfermeras se enfocan en el insumo información para la continuidad, mencionan los sistemas habituales de comunicación y características que afectan la continuidad de la información. Los medios de comunicación son instrumentos utilizados en la sociedad contemporánea para informar y comunicar mensajes en versión textual, sonora, visual o audiovisual. En nuestras sociedades, estos canales son esenciales para el establecimiento y desarrollo de todo proceso de interacción humana. En este contexto, cuando las enfermeras se refieren a los medios de comunicación están comentando que en ésta red de enfermería se experimenta la demanda de un registro con carácter de alta de enfermería interniveles. Por otro lado, las enfermeras mencionan existencia de varios medios usuales de comunicación escrita en el sistema y también otros medios no escritos para transferencia de

información. Manifiestan su demanda de registros para compartir información en la red y mencionan iniciativas para implementarlos. En resumen, identifican a sus pares en APS o de otros establecimientos, como referentes en la red asistencial.

En el cómo se comporta esta red asistencial con relación a su demanda profesional, manifiestan percepción de discontinuidad, fragmentación, descoordinación en la red asistencial genérica; no se asocia responsabilidad de la enfermería, en el estado en que se encuentra la continuidad de la atención de las personas, en esta red. Si, es importante recordar cómo el entrevistado E4 reflexiona en torno al darse cuenta del estado: [...] nosotros como enfermeros clínicos nos estemos dando cuenta de que hay una descoordinación con APS ... lo importante, nos estamos dando cuenta que nos hace falta un expediente clínico electrónico, que sea ... si fuera regional ya sería un paso adelante que tendríamos por lo menos en la región.

En los trabajos relacionados con continuidad del cuidado, APS es el sistema que se menciona asociado al concepto de continuidad del cuidado y el profesional de enfermería como el referente para la continuidad. Asumiendo la vertiente de falencia y propuesta de un medio seguro para la continuidad que mencionan implícita y explícitamente los entrevistados, encontramos experiencias de España (2014), Portugal (2016) y Costa Rica (CASCANTE, 2017) que nos hace comprender desde hace cuánto las enfermeras están preocupadas de éste tema y las iniciativas que han desarrollado, seguramente con tremendos esfuerzos y resistencias, que lo pueden evidenciar los resultados después de décadas de experiencia.

En sus conclusiones, Madriz (2017) coincide con la percepción que tienen las enfermeras. Su estudio demostró que un 35% de los pacientes con situaciones de vulnerabilidad que ameritaba seguimiento en la comunidad, no recibieron visita. Aludiendo que a pesar del esfuerzo de los profesionales de enfermería para realizar un abordaje adecuado desde el enfoque de continuidad de cuidados, las iniciativas mostradas son incipientes y no permiten afirmar que exista un seguimiento, ni una gestión continúa (ARAGÓ, 2018) en un estudio acerca del Informe de Continuidad de Cuidados, refiere que ofrecer continuidad resulta complejo debido a la variabilidad en la práctica clínica, escasos canales de comunicación en Atención Primaria y Especializada y la compartimentalización de los servicios. En tal sentido, ARÉJULA y colaboradores (2014), en su definición de continuidad de cuidados, reúne elementos que se plantean la enfermeras entrevistadas, cuando expresa que la atención de las

necesidades de los usuarios, deben llevarse a efecto sin fragmentación entre los diferentes ámbitos asistenciales, lo que implica trabajar por procesos en un sistema cooperativo, a través de un modelo de comunicación entre los profesionales de enfermería de los diferentes ámbitos (ARÉJULA; BLANCO; MAYORDOMO *et al.*, 2014). Así mismo, estos autores hacen mención al elemento información, que las entrevistadas mencionan en el sentido de como los medios inciden en la transferencia de información.

Existen numerosos trabajos que mencionan medios escritos que utilizan las enfermeras para la comunicación, desde esfuerzos incipientes como el de LAINA Y PASCUAL (1991), reflexiona acerca de la implementación en su establecimiento del informe de alta de enfermería, que define como un documento escrito en el que se reflejan todos los cuidados proporcionados al enfermo, así como los datos que necesitan otros profesionales y en ocasiones la propia familia, para dar una continuidad a la asistencia recibida (LAINA; PASCUAL, 1991).

Otro más tardío, en Servicio Salud de Asturias, 2008, con el nominativo Informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta hospitalaria “ICCAH”, recoge la información necesaria al alta hospitalaria para la planificación de cuidados en el ámbito extrahospitalario; a objeto de servir de soporte documental a la continuidad de cuidados en aquellas personas que habiendo sido dadas de alta en los centros de salud, precisan de cuidados por parte de la familia y/o profesionales de APS. Llegando al estudio de experiencias que ya llevan sus años de implementación, encontramos la evolución del sistema de comunicación en el estudio de Arribas *et al.* (2018), que concluye: la cumplimentación del ICE es bastante elevada, mejorando de un año a otro, aunque solo en el 25% de ellos se realiza con una calidad buena o muy buena. Lo cual podemos complementar con autores como PÉREZ *et al.* (2017) que refieren que un proceso de alta escrito y verbal protocolizado, aporta seguridad en este proceso de atención del paciente.

En el discurso de las enfermeras de lo que entienden por continuidad del cuidado, o sea, las concepciones de continuidad del cuidado en este estudio fueron agrupadas en tres dimensiones de continuidad: 1. La continuidad del cuidado que se desarrolla como proceso de atención de enfermería y se da durante la hospitalización del paciente. Esta concepción de continuidad refleja la perspectiva de los Sistemas de Salud, correspondiendo a la continuidad clínica, funcional y profesional, del concepto de continuidad que describe el Minsal (CHILE, 2018); 2. El concepto de continuidad del cuidado que abarca el

antes, durante y después de la hospitalización, que coincide con la otra dimensión con que define el Minsal continuidad de la atención, donde señala que desde la perspectiva de las personas que se atienden, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud, son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo (CHILE, 2018); 3. Y un tercer concepto de continuidad, enfocado en el alta que se proyecta hacia APS o el domicilio del paciente, también está contenido en el concepto de la definición Minsal, en el enfoque de brindar y resguardar el cuidado en distintos escenarios desde el domicilio a los centros hospitalarios (CHILE, 2018).

Los resultados de este estudio reúnen expresiones que coinciden con publicaciones de autores como Aréjula (2014), quién refiere que continuidad del cuidado enfermero es atender las necesidades de los usuarios, que requieren intervención enfermera, sin fragmentación entre los diferentes ámbitos asistenciales. Lo que implica trabajar por procesos. Otro autor, Jordán (2017) que construye un concepto de continuidad mediante significaciones que surgen de su investigación, apunta a lo que las enfermeras declaran entender por continuidad del cuidado de un individuo es cuando los eventos de atención son continuos en el tiempo, varían en intensidad y lugar de acuerdo a las necesidades de atención de las personas y son provistos por un equipo de salud con que la persona mantiene un contacto periódico y el cual posee información documentada del usuario que es compartida con los distintos proveedores de salud involucrados, en el contexto de una red de servicios.

Estudio en el alta de enfermería, en pacientes con situaciones de vulnerabilidad, Madriz (2017) identifica aspectos en que necesitaron apoyo, como educación, autogestión, autocuidado, actividades asistenciales, con el objetivo de dar continuidad en el cuidado, que tengan mejor calidad de vida, disminuir o evitar reingresos o consultas innecesarias; concluye, que a pesar del esfuerzo de los profesionales de enfermería para realizar un abordaje adecuado desde el enfoque de continuidad de cuidados, no hubieron buenos resultados, identificando elementos que son necesarios fortalecer tareas como el seguimiento, con gestión continua, protocolizada y controlada; con ello se acerca a lo que implícitamente está contenido en las expresiones de las enfermeras cuando mencionan o reflexionan acerca de lo que esperan con estos cuidados del alta.

En el contexto de continuidad del cuidado, distintos trabajos mencionan a organismos internacionales como la OMS / OPS, que se ocupan de la continuidad del cuidado como elemento de calidad de la

asistencia sanitaria y estrategia para disminuir los costes sanitarios sin mermar la cartera de servicios (DE PAZ; GALDEANO; GARRIDO *et al.*, 2005; PHILLIPS, 2015; ESPAÑA, 2014); este elemento costo sanitario, no está presente en las expresiones de las enfermera entrevistadas.

CONCLUSIÓN

La continuidad del cuidado se caracteriza por la percepción de que existe un sistema organizado que permite mantener una atención sanitaria continua del paciente que transita por la red, pero requiere de condiciones técnica y humanas para un protocolo de continuidad del cuidado.

Para generar continuidad de cuidados seguros al paciente de alta, se necesita condiciones administrativas para reingeniería de procesos, competencias técnicas y humanas de integración para implementar tal protocolo. Existen factores en el comportamiento tanto de la red, equipo sanitario y usuario, que inciden en el resultado de éxito o fracaso para mantener continuidad del cuidado. Así, se puede inferir que, desde la perspectiva enfermera, el usuario HCM experimenta la fragmentación del sistema de salud y que se impone otorgar y resguardar el cuidado en cualquier escenario entre el hospital y el domicilio.

REFERENCIAS

ARRIBAS, S.M.; MOLINERO, C.P.; SIEIRO, F.V. *et al.*, Evaluación del Informe de Cuidados de Enfermería en un hospital universitario.

Metas de enfermería, v.. 21, n. 3, 2018.

ARÉJULA, J.L.; BLANCO, R.C.; MAYORDOMO, M.J. C. *et al.*

Marco Referencial de la Continuidad de Cuidados en el Servicio Madrileño de Salud. España, 2014.

ARAGÓ, S.S. Percepción del informe de continuidad de cuidados al alta quirúrgica en enfermería. **Nure Inv.**, v. 15, n. 94, 2018.

BARDIN, L. **El análisis de Contenido**. Madrid: Akal, S.A., 2002.

BENJUMEA, C.C. La investigación cualitativa y el desarrollo conocimiento en enfermería. **Texto contexto**, v. 19, n. 4, 2010.

CALERO ROMERO, MR. La continuidad de cuidados de los pacientes intervenidos de fractura de cadera. **Enfermería Global**, v. 11, n. 27, 2012.

CASCANTE K. N. **Red para la continuidad de gestión del cuidado de la CCSS apunta a más plazas de enfermería para la atención en comunidad. Boletín de enfermería de Costa Rica.** [Internet]. Costa Rica, 2017. Disponible: boletin.enfermeria.cr/red-para-la-continuidad-de-gestion-del

CHILE. **Código De Etica del Colegio De Enfermeras de Chile.** Chile, 2008.

CAMPOS, C.; VARGAS, X.; MILOS, P. Los servicios profesionales de la enfermera(o) en la legislación. **Revista Médica Clínica Las Condes**, v. 29, n. 3, p. 270-77, 2018.

CERÓN, M.C.M.; MILOS, P.H.; SOTO, P.F. *et al.* La formación exclusiva universitaria de las/os enfermeras/os: eslabón clave en el desarrollo disciplinar en Chile. **Aladefe**, v. 4, n. 3, 2015.

CHILE. **Orientaciones para la planificación y programación en red año 2017.** Chile, 2016.

CHILE. Ministerio de Salud. Sección de Descargas. **Ley Núm 20.584 Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación a acciones vinculadas a su atención en Salud.** Santiago: Minsal, 2012.

CHILE. Ministerio de Salud. **Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2018.** Santiago: Minsal, 2017a.

CHILE. **Orientaciones para la planificación y programación en red 2019.** Minsal, 2018b.

DE PAZ, D.; GALDEANO, N.; GARRIDO, M. *et al.* **Continuidad de cuidados entre atención especializada y atención primaria.** España, 2005a.

ESPAÑA. Servicio Salud Andalucía. Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera. **Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía**. Andalucía: 2014.

ARÉJULA, J.L.; BLANCO, R.C.; MAYORDOMO, M.J. C. *et al.* **Marco Referencial de la Continuidad de Cuidados en el Servicio Madrileño de Salud**. España, 2014.

GONZÁLEZ-LLINARESA, RM.; ARAMBURUA, I.; RUIZ DE OCENDAB, MJ. Identificación y evaluación de la efectividad de la indicación de la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. **Rev. Calidad Asistencial**, v. 17, n. 4, p. 232-36, 2002.

GÓMEZ, B.S; CLÍMENTS,G.D; Continuidad de los cuidados de enfermería: requisitos, instrumentos y barreras. **Enfermería en atención**, v. 2, p. 748-64, España, 2005b.

JORDÁN, N.F. Elementos constitutivos de la continuidad del cuidado en salud mental. Una revisión sistemática de la literatura. 2017. Tesis (Doctorado) Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

LLOR, AM. S. El informe de cuidados de enfermería al alta: análisis situacional en la Región de Murcia. 2012. Tesis (Doctorado) Universidad de Murcia. Departamento de Enfermería. España: Murcia, 2012.

LAINA, P. V.; PASCUAL, J. S. **Informe de alta de Enfermería**. España: Tarragona, 1991.

LÓPEZ, ET.; LEONEL, A.A.; ÁVILA, MA.C. El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. **Enf Neurol**, v. 13, n. 1, p. 12-18, 2014.

MADRIZ, C M. L. Análisis del impacto del programa de alta hospitalaria, en la continuidad de la gestión del cuidado en redes de enfermería, en los usuarios de riesgo de la red este de Costa Rica. 2017. Tese – Universidad de Extremadura, Espanha.

MARTÍ, M. P.; MUNIENTE, I. Z. Impacto del Informe de Cuidados de Enfermería al Alta en la Historia Clínica Electrónica. **Rev Paraninfo Digital**, v.24, 2016.

MAYORDOMO, M.J.C; RODRÍGUEZ, JA.I., VILLARRUBIA, C. S. *et al.* La enfermera de AP como garante de la continuidad de cuidados: Intervención proactiva tras el alta hospitalaria. **RISAI**, v. 7, n. 1, 2015.

MILOS, P. **Dimensión ética y jurídica del rol de la Enfermera**. Chile, 2017.

MOLANO, DY; HERNÁNDEZ, C. Papel de la enfermera en las unidades de falla cardíaca y educación en falla cardíaca. **Clínicas de Falla Cardíaca**, v. 23, n. S1, 2016.

NAVARRETE, S. Educación al paciente y su familia. **Clínicas de Falla Cardíaca**, v. 23, n. S1, 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas**. Washington: OMS, 2010. Disponible: <https://www.paho.org> › Inicio › Servicios de Salud y Acceso › Redes integradas

PÉREZ, A. B.; JIMÉNEZ, AM. R.; ÁNGELES, A.R. **Cuidados de Enfermería en la atención Extrahospitalaria**. España, 2017.

PHILLIPS, C. Enfermería y el modelo asistencial gestión de casos. **RUE**, v. 10, n. 2, 2015.

PITA, A. F. 1, FERNÁNDEZ-BOFILL, T. DE LA H., SÁNCHEZ, S. P. Cuántos pacientes reciben una atención enfermera temprana tras su alta hospitalaria? **Metas Enferm**, v. 19, n. 10, p. 21-26, 2017.

PORTUGAL. Red Nacional de Cuidados Continuados Integrados. **Administración Regional de Salud de Lisboa e Vale de Tejo**. Portugal, 2016. Diponible: <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/cuidados-continuados/>

RODRÍGUEZ, D.A.; MURILLO, J.P.M. Diagnóstico del paciente en situación de últimos días. **Med. Leg. Costa Rica**, v. 33, n. 1, 2016.

5.2 MANUSCRITO 2

Título: Rol enfermero para continuidad del cuidado en la red de salud: una perspectiva enfermera

RESUMEN

En la atención integral del paciente con alta hospitalaria, el rol enfermero para la continuidad del cuidado del paciente con alta hospitalaria, constituye un desafío en servicios seguros y calidad garantizada. Objetivo: Reconocer rol enfermero, para mantener continuidad del cuidado del usuario con alta hospitalaria. Método: Estudio de carácter exploratorio, descriptivo con abordaje cualitativo, realizado en atención cerrada del Hospital Clínico de Magallanes, Chile; se utilizó entrevista semiestructurada a ocho enfermeros, a fin de indagar experiencia, conocimiento y propuestas del profesional; grabada en sesiones únicas, transcrita por el investigador y sometida a protocolo de confidencialidad y plazo de aprobación del entrevistado; se utiliza Análisis de Contenido de Laurence Bardin, desarrollando las tres etapas que establece el método: 1.Pre-análisis. 2. Exploración del material 3. Tratamiento de resultados e interpretaciones, con resguardo de reglas Berelson- F. Lazarsfeld. Resultados: Se obtienen tres categorías, que reúnen lo que los enfermeros mencionan en su discurso: 1) Como ven la implementación de servicios de enfermería hospitalaria, que facilitan continuidad de la atención en la red asistencial, del paciente con alta hospitalaria. (conocido como redes de cuidado); 2) A quiénes identifican en el servicio de enfermería para la continuidad de la atención post alta (redes de cuidado), que hacen estos profesionales de enfermería y sugerencias para su desempeño; y 3) Como redes de cuidado afectan al usuario en la continuidad de su cuidado post alta. Conclusión: el rol enfermero es clave en el alta hospitalaria del paciente; con competencias para la atención integral, el profesional facilita la transición asistencial, desde su autonomía profesional; gestiona el alta hospitalaria, convocando la red de enfermería institucional y las incipientes redes que existen con APS; aspira a desarrollar estrategias para una red de cuidado interniveles, con participación sistémica y apoyo de habilidades de comunicación, manejo de Tics, entre otros. DESCRIPTORES: Continuidad del cuidado. Alta de enfermería. Gestión del alta. Rol enfermero.

INTRODUCCIÓN

En el Chile de la reforma de salud 2001-2005, nace la necesidad de mejorar acceso, equidad y oportunidad al emergente requerimiento sanitario de la población, con uso eficiente de recursos y efectividad en las acciones de salud. Para ello era necesario pasar del modelo tradicional salud-enfermedad a un modelo de atención integral; modelo que se traduciría en servicios de salud integral, que asegurara cumplimiento del régimen general de garantías, responda al uso racional de recursos y mejore la satisfacción usuaria. Las principales estrategias para implementación de este modelo, fue ocuparse en: 1. Rearticulación de la Red asistencial, para garantía del acceso oportuno y resolución con calidad y seguridad; apta para el trabajo coordinado y complementario entre atención primaria y especialidades ambulatorias; establecimientos diseñados por complejidad y alcance de sus carteras, con un sistema de comunicación para que el beneficiario fluya en forma segura y eficiente a través de esta red; sistema de referencia y contrarreferencia. 2. Fortalecimiento de la capacidad resolutoria de la atención primaria de salud (APS); con énfasis en la promoción y prevención. 3. Transformación hospitalaria, estrategia clave que implicó avanzar hacia un modelo que promueve y potencia la resolución ambulatoria de los problemas de salud (PARISI; FERNÁNDEZ, 2015; PARISI; FERNÁNDEZ, 2016; CHILE, 2017; CHILE, 2018; CAMPOS; VARGAS; MILOS, 2018).

Este gran emprendimiento se inspira en requerimientos de organismos internacionales de salud OMS / OPS, que desde hace décadas, promueven mejoras del estado sanitario de la población en la Región de América Latina. Llamando al desarrollo de contextos para implementar procesos de atención con enfoque integral, la OPS insta a superar la fragmentación en los sistemas de salud; sus diagnósticos señalan que predominan los programas focalizados en enfermedades y riesgos específicos, que se abordan con modelos verticales.

Frente a este enfoque centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria, que se complica con problemas en la distribución de recursos, la OMS sostiene que es necesario un cambio de paradigma en los modelos de atención y recomienda urgencia para asumir un enfoque centrado en las personas y servicios integrados, dado que en caso contrario, se derivaría a un estado de servicios cada vez más fragmentados, ineficientes e insostenible en el tiempo (OMS, 2010). Así, define que el enfoque de atención centrada en la persona es entender y practicar atención

sanitaria desde el punto de vista de las personas, familias, cuidadores, comunidad; como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiran confianza. También exige que los pacientes reciban información y apoyo para tomar decisiones y participar en su propia atención (OMS, 2010; OMS, 2016; CHILE, 2018).

Un elemento clave en este contexto, es el concepto de red asistencial, conformada por establecimientos y dispositivos públicos o privados que suscriben convenio con el Servicio de Salud, trabajan en forma coordinada y complementaria para dar solución a los problemas de salud de la población beneficiaria; debe garantizar acceso oportuno y resolución con calidad y seguridad, en cualquier punto de la red (PARISI; FERNÁNDEZ, 2015; CHILE, 2019).

A saber que, promover servicios de salud integral es hacer gestión y prestar de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida (OMS, 2010; CHILE, 2018).

Servicio de atención integral que se obtiene manteniendo la continuidad de la atención y que corresponde al grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre sí en el tiempo, y son congruentes con sus necesidades y preferencias en salud (OMS, 2010).

En otra forma de decirlo, el Minsal precisa continuidad de la atención: que desde la perspectiva de las personas, experimenten la serie de eventos del cuidado de la salud, como coherentes y conectados entre sí en el tiempo; desde la perspectiva de los sistemas de salud, corresponda a la continuidad clínica, funcional y profesional y, la continuidad del cuidado, signifique brindar y resguardar el cuidado en distintos escenarios desde el domicilio a los centros hospitalarios (CHILE, 2016; CHILE, 2017).

La continuidad asistencial, y dentro de ella la continuidad de cuidados, es un elemento clave para garantizar la calidad de los servicios sanitarios que reciben nuestros ciudadanos y para que estos sean percibidos como unos servicios de calidad, refiere en su ponencia (MAYORDOMO; RODRÍGUEZ; VILLARRUBIA *et al.*, 2015).

Un análisis del discurso ético, efectuado con relación a la legislación española, concluye que se define el trabajo enfermero en función de la equidad, el reconocimiento de los derechos humanos, el

derecho a la salud, la accesibilidad y la continuidad de los cuidados de la persona (SÁNCHEZA; VIDALC; VOZMEDIANO *et al.*, 2016).

En Chile, el código de ética refiere que la enfermera comparte con la sociedad la responsabilidad de iniciar y apoyar acciones para satisfacer las necesidades de salud y sociales de la población, en particular aquellas necesidades de grupos vulnerables (CHILE, 2008). En el mismo sentido, la definición comprende atención integral y cuidados continuos a través del ciclo vital y continuum salud-enfermedad, dado que abarca los cuidados autónomos y en colaboración que prestan las enfermeras, a las personas de todas las edades, familias, grupos o comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas.

Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación (CIE, 2002; CAMPOS; VARGAS; MILOS, 2018). Es entonces que podemos naturalmente identificar el rol enfermero como facilitador para la continuidad de la atención, buscando detectar elementos claves en el proceso del cuidado, para proveer servicios profesionales en cualquier nivel de atención que se encuentre, de manera de garantizar seguridad, respeto al paciente e información para la continuidad del cuidado (PÉREZ; JIMÉNEZ; ÁNGELES, 2017; JARAMILLO; FERAUD; GUEVEL, 2017). En este sentido, este estudio propone alcanzar el objetivo de reconocer rol enfermero para mantener continuidad del cuidado del usuario con alta hospitalaria.

METODO

Estudio de carácter exploratorio, descriptivo con abordaje cualitativo, buscando reconocer el rol enfermero para mantener continuidad del cuidado del usuario con alta hospitalaria.

El estudio se aplicó en el alta hospitalaria que se origina en el centro de salud de mayor complejidad de Magallanes, el Hospital Clínico de Magallanes (HCM), Punta Arenas.

Participaron del estudio profesionales de enfermería que trabajan en servicios clínicos de pacientes hospitalizados de ese hospital. En éste universo, se seleccionó la muestra con técnica de muestreo no probabilístico e intencionado, para recoger la percepción y significado del especialista que conoce, desde la competencia

profesional y participante, el fenómeno en estudio. Se invitaron enfermeras (os) que estaban trabajando, por un período de dos o más meses, en sistema cuarto turno o diurno en servicio hospitalizado médicoquirúrgico adulto, infantil HCM; y que refirieron disponibilidad para participar en la investigación, en el período dispuesto para las entrevistas.

No calificaron enfermeras (os) que tenían una relación de dependencia técnica o administrativa con investigadora; y enfermera (o) que tenía menos de 2 meses de ejercicio profesional en un servicio clínico de hospitalización HCM.

A los entrevistados se les contactó directamente, instante que se le puso en conocimiento el objetivo de la investigación y se entregó el consentimiento informado, para su firma el día de la primera sesión. La entrevista fue grabada en su totalidad y transcrita exclusivamente por investigadora; posteriormente se entregó copia, para conocimiento y conformidad del entrevistado, quién tuvo plazo de dos semanas, para hacer sus objeciones, correcciones o sugerencias.

Para organizar el análisis del material, se utilizó la metodología Análisis de Contenido de Laurence Bardin (ediciones 1986-1996-2002), por medio de las tres etapas que establece el método: 1. Pre-análisis. 2. Exploración del material 3. Tratamiento de resultados e interpretaciones.

En el ámbito del requerimiento ético, se cumplió con normativa institucional vigente referente a Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes del Paciente y se contó con Certificado Aprobación Comité Ética Científico, Vicerrectoría de Investigación y Postgrado, UMAG, otorgado el 29 Junio 2018.

RESULTADOS

Participaron con gran compromiso, ocho enfermeros que realizan a diario altas de enfermería en servicios clínicos HCM. De sus declaraciones emerge el rol enfermero vinculado a la continuidad del cuidado en la red asistencial; que se entiende en el contexto de un servicio de atención integral y que en HCM se conoce como redes de cuidado.

Del proceso de codificación surgen ocho subcategorías que dan lugar a tres categorías, asociadas al rol enfermero en la continuidad del cuidado:

Cuadro categorías y subcategorías

Categoría	Servicio de salud integral: Percepción y significado	Servicio de salud integral: Rol y desempeño del rol	Servicio de salud integral: Incidencia en el usuario
Subcategoría			
	Como ven redes de cuidado	Que hace redes de cuidado	Efecto beneficioso en los pacientes
	Significado pacientes van con redes	Identificando en rol redes de cuidado	Consecuencia de falta redes de cuidados
		Sugerencias para mejorar el rol	
		Como facilita el trabajo de redes de cuidado	

1. Servicio de salud integral: Percepción y significado. Esta categoría se refiere como las enfermeras ven la implementación de servicios de enfermería hospitalaria que facilitan continuidad de la atención en la red asistencial, del paciente con alta hospitalaria, conocido como redes de cuidado, en HCM.

2. Servicio de salud integral: Rol y desempeño del rol. Categoría donde las enfermeras hablan de a quienes identifican en el servicio de enfermería para la continuidad de la atención post alta, redes de cuidado, que hacen estos profesionales de enfermería y sugerencias para su desempeño.

3. Servicio de salud integral: Incidencia en el usuario. Las enfermeras (os) cuentan como el desempeño enfermero como redes de cuidado, afecta al usuario en la continuidad del cuidado post alta.

1 Servicio de Salud Integral: Percepción y significado

Refiere como las enfermeras ven la implementación de servicios de enfermería hospitalaria, que facilitan la continuidad de la atención en la red asistencial, del paciente post alta. Está compuesta por dos subcategorías: 1 Como ven redes de cuidado; 2 Significado saber paciente va con redes.

En la primera subcategoría - Como ven redes de cuidado, las entrevistadas expresan como perciben la existencia de servicios de enfermería hospitalaria, para la continuidad de la atención en la red asistencial.

[...] entonces es un trabajo que es largo, que es lento [...] que ya saben (las enfermeras) que al alta va haber una continuidad y que no va a quedar hasta ahí [...] antes no había tanta conexión entre nivel primario, secundario, terciario, ahora ha mejorado. Hay una mayor comunicación con APS [...] uno nota que es mucho más fácil coordinar cosas [...] las colegas tienen interés de tratar de dar continuidad a los [...] no es tan difícil...ni tan costoso. [E1]

[...] como que algo separaba a la aps y ya esta como conectado[...] como un equipo multidisciplinario que está interconectado [...] claro..porque hay un seguimiento [E2]

[...]uno sabe que existen (redes)[...] debiera tener más potencia, que haya más profesionales, que sea más activa...que se vea [...] para nosotros nos cuesta más (ver la continuidad), porque estamos inmersos como en otras cosas[E3]

[...] donde redes de cuidado ha hecho un muy buen trabajo [...] yo creo que en la continuidad del cuidado, se está trabajando bastante bien, [E4]

[...] ahora hay más [...] todas las partes de redes de cuidado que tenemos acá es muy bueno para los paciente, [...] que falta más personal, porque a veces les falta cupo [E5]

[...] entonces lo positivo es que estos niños, ahora, se pueden manejar en sus casas, disminuye la hospitalización [...] yo creo que estamos mejor, a medida que va pasando el tiempo, [E6]

[...] porque es algo que no se había abarcado para nada. [...] pero falta más trabajar con la atención primaria, hay falta redes de cuidado [...] me ha ido preocupando a través del tiempo [...] como que todavía no se fusiona todo[E7]

En la segunda subcategoría, significado saber que el paciente va con redes de cuidado, las enfermeras expresan como valoran saber que el paciente recibe servicios de enfermería, para la continuidad del cuidado en la red asistencial.

[...] nos da una seguridad también a nosotros, [...]E1 que todo el trabajo que se invirtió en esos usuarios va a continuar...y va a continuar bien [...] cuando uno ya sabe que el paciente se va

de alta y que continúa...y que va bien es super gratificante para uno como profesional [E1]

[...] es super potente [...] uno siente que sus cuidados no quedaron en vano y que alguien lo va a tomar o lo va a retomar [E3]

[...] antes estábamos como cegados ante eso, antes nosotros no le dábamos importancia que ese paciente tenía que tener una continuidad en su domicilio...[...] también está la disposición de nosotros a recibir ese usuario si vuelve en 3 o 4 días a preguntarnos algo [...] empieza en el darse cuenta...y surge la preocupación ... es bueno porque empieza a ver cosas [E 4]

[...] puedo darte dos no más....porque no tengo más(insumos) ,....que lata para el papá, pero es así no más, [E6]

[...] es para mejorar la calidad de la atención, para que el paciente esté bien en su totalidad [...]ese paciente me preocupa, que está solito [...] uno no sabe si podrán ser su red de apoyo [...]uno les explica acá, varias veces, viene un familiar....pero .uno no sabe cómo lo estarán haciendo,[...] y es algo que es netamente de enfermería, algo que podemos trabajar para mejorar la calidad de los cuidados del paciente [...] es algo importante que a uno le preocupe, porque uno realmente está interesado en el paciente [E7]

2 Servicios de Salud Integral: Rol y desempeño del rol

En esta categoría, las enfermeras hablan de a quienes identifican en el servicio de enfermería para la continuidad de la atención post alta (redes de cuidado), que hacen estos profesionales de enfermería y sugerencias para su desempeño. Está compuesta por cuatro subcategorías: 1. Que hace redes de cuidado; 2. Identificando en rol redes de cuidado; 3. Sugerencias para mejorar el rol; y 4. Como facilita el trabajo de redes de cuidado.

En la subcategoría Que hacen las redes de cuidado, lãs enfermeras manifiestan lo que han observado que hace y puede hacer una red de cuidado (red asistencial enfermera).

[...] hay que buscar la manera , los nexos, de poder mejorar la continuidad [...] se programa los casos de aquí del hospital con aps, [...] hay un seguimiento [E1]

[...] tienen que coordinar con la aps [...] lo vayan a evaluar si va requerir...si es postrado [...] uno da el alta, hay que coordinar todo antes que el paciente se vaya y deje el hospital [E2]

[...] para que ustedes lo coordinen [E3]

[...] administración de medicamentos en domicilio, la entrega de insumos, que se está apoyando a la familia...toda esta actividad de enfermería que netamente se van a realizar al domicilio del usuario...[...] en que le hacen este seguimiento, desde que están hospitalizados hasta el momento que se van para la casa [E4]

[...] hacen como una interfaz entre lo que es el hospitalizado y el consultorio o ambulatorio,[E5]

[...] que es lo que se ocupa, que se necesita y ellos en sus casas, la familia está con ellos...los chicos viven más, [...] o vivir acá hospitalizado [...] que mensualmente o como sea...les vayan entregando sus insumos [...] todo bien ordenado, como más reglamentado [E6]

involucrando más a atención primaria, ahí estaríamos trabajando realmente en la continuidad de la atención del paciente [E7]

Permiten mantener la continuidad de la atención del paciente post alta [E8]

Identificando en rol redes de cuidado es la subcategoría en que las entrevistadas mencionan servicios de enfermería que relacionan como redes de cuidado. Entre los principales servicios, las enfermeras recordaron hospitalización domiciliaria (HD), Curación Avanzada (CA), policlínico diabetes, Policlínico tratamiento anticoagulante (TACO), programa alivio del dolor y cuidados paliativos (PAD Y CP), unidad médico ambulatoria (UMA), enfermera gestión de casos:

[...]está curaciones avanzada acá en el hospital, [E1]

[...]la curación avanzada, la hospitalización domiciliaria no son de la red de cuidados?[...] ..el Poli diabetes...porque igual si tiene que controlarse después ambulatorio[E2]

[...]lo que es H. Domiciliaria, la Uma, poli dolor, como las redes...que salen de acá [...] la identifico a usted, como referente de las redes de cuidado de acá del hospital [gestión de casos] [E5]

[...] en caso de pacientes requirentes de insulina, llamo a la Gabriela y le pregunto ..de repente me dicen que le falta insulina!.... ella me orienta, sobre ajustes o refuerzo, una horita [...] Pao tienes algún Taco?...ah lo voy a anotar!...para quedar pendiente del paciente, para cuando se vaya de alta,el seguimiento, es un buen aporte[E7]

[...]Contar con sistemas que permiten la continuidad como hospitalización domiciliaria, curaciones avanzada, UMA [unidad médica ambulatoria] [E8].

En la tercera subcategoría - Sugerencias para mejorar el rol, las enfermeras mencionan sugerencias y propuestas que se podrían implementar, destacando:

[...]se podría tener un correo genérico...[...]sería bueno, hacer una capacitación[acerca de redes y continuidad] [...] [...] El crear un correo de solamente de curaciones avanzada, al que tengan acceso el suplente...o la persona que esté haciendo esa labor en ese minuto [E1]

[...]tener un numero para llamar asi como directamente al Damianovic (APS) y coordinar[...]por ejm la colega del alta, que ella no mas recepcionara todas las altas (enfermera de enlace).[...]ese sea como el centro como gestor [...]que sea un solo canal, porque con muchas personas involucradas tiende ha haber un desorden [E2]

[...]lo importante nos estamos dando cuenta que nos hace falta un expediente clínico electrónico,[...][...] si fuera regional ya sería un paso adelante que tendríamos por lo menos en la región (ficha clínica electrónica).[E4]

[...]que a partir de esto surja la inquietud ...de que la autoridad se dé cuenta que falta un registro electrónico que sea nacional [4].[...] hubiera una persona que pudiera estar llamando, una colega que estuviera visitando a las colegas de los consultorios [E7]

De otra parte, las enfermeras refieren como una red de cuidado puede colaborar o mejorar la continuidad de la atención, cuya síntesis fué agrupada en la cuarta subcategoría: como facilita el trabajo una red de cuidado:

[...] enfermeras os. que fueran capaces de tomar todos los casos que deriváramos de hospitalización [...]hacer un seguimientos en los primeros meses, ... y después poder derivar a la aps [...]se pueden hacer más cosas, [...] se podrían mandar los traslados de enfermería vía digital, que a lo mejor es más fácil, [...] va haber más fluidez de la continuidad de que estamos hablando [...]porque ahí uno contactaría directamente a la colega [E1]

[...] para tener un orden y que facilitaria lo que es la continuidad de los cuidado, [...]o al revés que cuando venga el paciente, tú ves que se hizo... que se estaba haciendo.... para poder continuar acá, desde el punto de vista de enfermería [E3]

[...]es que queremos estar más tiempo con el paciente [E4]

[...] que han apoyado mucho a descongestionar [...]que haya personal, enfermeras que coordinen las altas,[...]uno los deriva para que haya un mayor seguimiento de esos paciente y luego derivarlos a aps [E5]

[...] encuentro que las cosas están más ordenadas, mas controladas y como que hay mejores registros , mejores conocimientos, [...]antes que se quedaban semanas esperando alguna cosa [ejm. por procedimientos ,equipamiento, etc.] [...]aquí interesa el alta precoz y eso también ayuda, por lo menos para el que lo necesita [E6]

3 Servicio de Salud Integral: Incidencia en el usuario

Finalmente, por medio de la tercera categoría, Servicios de salud integrales: incidencia en el usuario, se describe como redes de cuidado afecta al usuario en la continuidad de su cuidado, bajo la perspectiva enfermera. Está constituida por dos subcategorías: 1. Efecto beneficioso en los pacientes; y 2. Consecuencia de falta redes cuidado.

Efecto beneficioso en los pacientes es la subcategoría en la cual las enfermeras manifiestan como una red de cuidado puede ser efectiva en cuanto calidad de la atención del paciente:

[...]que los pacientes estén en mejores condiciones [...]E1para no volver a ver al paciente reingresar en las mismas condiciones [...]E1repercute directamente en la recuperación del paciente [...]seguridad para los pacientes y los familiares de los pacientes E1[...]que el paciente está inserto en algo, que va poder recurrir a alguien cuando lo necesite.[E3]

[...]es una educación que se le está haciendo al usuario [E4]

[...] cuando necesitas implementarle cosas en domicilio,[...] uno puede decir que es una red de cuidado para tal tipo de paciente (ejm Ricarte Soto). [E6]

[...]que me pongo en el lugar de ellos....que se vea como algo aislado, que el hospital por una parte y el consultorio por otro [E7].

Consecuencia de falta redes cuidado, segunda subcategoría, las enfermeras mencionan eventos que evidencian problemas que necesitan de una red de cuidado efectiva. En los eventos más frecuentes en los comentarios figuran concurrir a control en el nivel equivocado, pérdida de información que lleva errores en continuidad de tratamientos crónicos; doble receta:

[...]los pacientes a veces no llegan a donde tienen que llegar con el papel, porque lo perdieron en el camino [...] E1si no hubiera este nexo...el paciente se iría a la casa y vamos a retroceder todo lo que hayamos avanzado (en curación avanzada)[...] E2..tienen doble receta porque no hay coordinación de que estuvo hospitalizado[...]que ahí no hay traspaso de información[...]ahí no saben, algunos van a su consultorio, otros vienen al poli de acá en c.avanzada [E2]

[...]pasa frecuente que el paciente no regrese por sus medicamentos....ese también es un indicio de que algo pasa [...]pero no tenemos una retroalimentación [...]que nosotros como enfermeros clínicos nos estemos dando cuenta de que hay una descoordinación con aps [E3]

[...] que nosotros desconocemos totalmente lo que ha tenido ese usuario.....porque no hay ficha, no hay ningún antecedente de ese usuario, se empieza totalmente de cero[E4]

[...] Cuando sale por la puerta el cliente....ya perdió la posibilidad de devolverse, por algo que le faltó, [E6]

[...]aunque no sea mal dada el alta, porque los pacientes son tan nerviosos, ...se bloquean, comprenden todo al revés...vienen acá a sacarse puntos, a ver a la cita con el médico [...] [...]y que a veces se descompensa por esas patologías más que por el aspecto qx, [...] entonces es importante saber todos los antecedentes del paciente.[...] que ingresen con su carnet, que en el carnet de crónico deben salir las vacunas [E7]

DISCUSIÓN

En el contexto del concepto cuidado enfermero integral y continuo, los enfermeros refieren diversas percepciones acerca de su rol como gestores del alta y la presencia de profesionales que aportan al soporte en la continuidad asistencial del paciente con alta hospitalaria del establecimiento. En ello valoran costo efectividad, procesos de cambio en el estamento, grados de visibilidad acerca del aporte profesional a la continuidad, brechas. Los entrevistados hacen referencia a continuidad tanto en el sentido de cómo lo experimenta el paciente, como también desde la perspectiva del sistema sanitario, que corresponde a la continuidad clínica, funcional y profesional (MINSAL, 2018). En sus reflexiones, se puede percibir que reconoce el sentido del trabajo en red como un elemento de la atención integral; dado que su vida laboral transcurre en un ámbito que valora el trabajo en equipo y se organiza como un sistema aun funcionalmente bastante fragmentado (JARAMILLO; FERAUD; GUEVEL, 2017).

El sello de su formación para el trabajo integral (CAMPOS; VARGAS; MILOS, 2018) se percibe y está presente de diversas maneras en el discurso de su declaración de principios, el sentido de que es natural para éste profesional el trabajo en red, como por ejemplo, E7 que ve al paciente en su aspecto holístico, en todas las dimensiones.

Percepción usaría en continuidad de la atención, evaluada en Complejo Hospitalario de Cartagena (España), valoró satisfacción usuaria con la continuidad de cuidados mediante instrumento validado (cuestionario CTM-3-modificado); obtiene que un 94% de los encuestados presenta satisfacción general aceptable con el proceso de continuidad de cuidados, y solo un 6% presenta una baja satisfacción. En el conjunto de 131 pacientes, conformado por un grupo de expuestos, a los que la enfermera le entregó a la salida del hospital un informe con datos sobre la planificación de cuidados de enfermería y otro grupo de

pacientes no expuestos, a los que al alta no se les entregó ningún informe, encontró que la realización de Informe de Cuidados influye ligeramente en la satisfacción con el proceso de continuidad de cuidados (GARCIA; CHICANO; TELLO *et al.*, 2016).

Por otro lado, el hecho de que el informe se entregue en mano y/o se explique, no parece afectar la misma percepción de satisfacción. También ha encontrado que los pacientes ingresados cuatro días o menos presentan una satisfacción ligeramente más baja que los pacientes cuya hospitalización superó los cuatro días. Por ítem: responde que al salir del hospital, las enfermeras tuvieron en cuenta su opinión o la de su red de apoyo, sobre los cuidados que necesitaría después de ser dado de alta, un 66% de los encuestados afirmó estar de acuerdo, un 17,2% no estar de acuerdo y un 16,4% no sabía o no recordaba. En cuanto al ítem: al salir del hospital entendió las cosas que tenía que hacer para el control de su salud, un 94% afirmó estar de acuerdo, un 5,2% respondió que no estaba de acuerdo y un 0,7% no sabía o no recordaba. Respecto al ítem: al salir del hospital se sentía seguro de poder hacer las cosas necesarias para cuidar de su salud, un 88,1% afirmó estar de acuerdo, un 10,4% manifestó no estar de acuerdo y un 1,5% no recordaba (GARCIA; CHICANO; TELLO *et al.*, 2016).

En estos resultados, podemos inferir la efectividad del trabajo enfermero en esa altas, y confirmar o refutar percepción de las enfermeras respecto su quehacer en el alta de enfermería, como en los ejemplos siguientes: de E1 ‘no es tan difícil...ni tan costoso’; de E3 ‘para nosotros nos cuesta más (ver la continuidad), porque estamos inmersos como en otras cosas’; de E7 ‘es como un tema que uno los quiere que estén bien [...] uno queda en la incertidumbre... qué va a pasar con éste paciente...volverá el paciente?... cuando es mal dada el alta’.

En revisión bibliográfica realizada en España (CASADO, 2014), se plantea que aunque en los estudios analizados no existía una evaluación detallada sobre aspectos del informe de alta que le hacen útil para garantizar la continuidad asistencial, se requería establecer canales activos de comunicación con el personal de enfermería de atención primaria, para implementar medidas de mejora. Es decir, el establecimiento de un sistema efectivo de comunicación es una demanda sentida de las enfermeras hospitalarias. Lo cual coincide con lo que destacan las enfermeras en sus comentarios, acerca de que valoran positivamente la existencia de redes de enfermería que garantizan continuidad de la atención.

Respecto al rol y desempeño del rol en servicio de salud integral, en este estudio las entrevistadas mencionan servicios de enfermería que asocia a cuidados en red, refiere acciones que relaciona con rol facilitador del enfermero para el efectivo cuidado post alta y pone en perspectiva el ámbito de este proceso de transición asistencial, como emergente y susceptible de mejorar.

Continuidad asistencial post alta segura y de calidad, es el objetivo de sus afanes, conlleva implícito evitar complicaciones, que la literatura asocia a causas prevenibles, entre otros con planificación del alta, capacitación del usuario o red de apoyo y proceso de seguimiento precoz en diversas modalidades (SOLÉ; CHIRVECHES; ALSINA *et al.*, 2015; JARAMILLO; FERAUD; GUEVEL, 2017; PACHO; DOMINGO; NÚÑEZ *et al.*, 2016). Un estudio que trabajó con pacientes adulto mayor, a los cuales prepararon para el alta realizando una intervención personalizada; utilizaron como estrategias, valoración geriátrica abreviada, gestión de recursos y enlace con APS; concluyendo que la preparación del alta fue un factor de protección para la presentación de algún evento adverso antes de los 30 días post alta (ALONSO; FERRER; SANTANA, 2018).

En sus conclusiones, Aragón (2018) hace referencia a que el alta enfermera con registro protocolizado da mas seguridad al paciente, facilita participación familiar, evita reingresos y visibiliza el rol autónomo del enfermero. Sin embargo, en el estudio sobre satisfacción usuaria en la continuidad de la atención (GARCIA; CHICANO; TELLO *et al.*, 2016), que fue valorada positivamente; al correlacionar satisfacción con el informe de cuidado, muestra que influye ligeramente con la percepción de satisfacción en la continuidad del cuidado y el hecho de que el informe se entregue en mano y/o se explique no parece afectar en este resultado. Aunque en el caso del presente estudio no es parte del trabajo valorar satisfacción usuaria, podemos tener presente que los enfermeros refieren percepción de futuro más auspicioso para la continuidad de la atención, al contar con presencia de enfermeras que aporten la continuidad y al desarrollo del ámbito autónomo de la profesión.

Autonomía que sin mencionar, se evidencia en propuestas de soporte y consistencia para la continuidad del cuidado, por ejemplo, las hablas de E1 'se podría tener un correo genérico' y de E4 '[...] que a partir de esto surja la inquietud ...de que la autoridad se dé cuenta que falta un registro electrónico que sea nacional'.

El artículo acerca de reingeniería aplicada a red sanitaria de más de 60 establecimientos de Madrid (MAYORDOMO; RODRÍGUEZ;

VILLARRUBIA *et al.*, 2015) refiere que la continuidad asistencial, y dentro de ella la continuidad de cuidados, es clave para garantizar la calidad de los servicios sanitarios, y en ese sentido implementan varias medidas para seguimiento efectivo: llamado telefónico a los pacientes en las primeras 24-48 tras ser dados de alta, enfermera APS con acceso al informe médico hospitalario, despacho diario de altas hospitalarias.

Trabajo realizado en el ámbito de la telemedicina que analizó el uso de las TICs en el cuidado, desde ellos podemos inferir utilidad del teléfono como medio de seguimiento (VALDIVIESO; GARCÍA-SEMPERE; SANFÉLIX-GIMENO *et al.*, 2018) y buscó asociación de resultados sanitarios (calidad de vida, mortalidad y el uso de recursos) con telecuidado, apoyo telefónico y cuidados habituales, encontrando que el seguimiento telefónico superaba en efectividad a lo denominado cuidado habitual y cercano al resultado favorable del telecuidado, cuya superior puntuación estuvo relacionado con mejor calidad de vida; no hallando diferencias en mortalidad o uso de recursos, salvo un incremento marginal en visitas al médico de AP. La innovación en estrategias para el cuidado surgen en la diversidad de los problemas sanitarios y recursos limitados (SAPAG; LANGE; CAMPOS, 2010; FLORES; VARGAS, 2016).

En el sentido de continuidad y tecnología, el sistema de redes chileno, contempla que el paciente de alta retome su atención en los centros de salud abierto de especialidades o en APS; para lo cual, existe comunicación formal escrita (interconsulta) y digital (agenda de citas) con el centro de especialidades ambulatorias; no hay un sistema formal con APS, por lo que depende del usuario, que retome su control en APS portando epicrisis médica, donde la enfermera del alta le ha registrado instrucciones, generalmente acerca de horarios para la administración farmacológica. El proceso de referencia y contrareferencia existe para la red ambulatoria del sistema y tiene por objeto ser un sistema de comunicación para que el beneficiario fluya en forma segura y eficiente (PARISI; FERNÁNDEZ, 2016).

En el proceso del alta, se menciona al equipo multidisciplinario y básicamente médico, enfermera, matrona. Después que el médico decreta que el paciente se encuentra en condiciones de abandonar la atención cerrada, en Chile, por Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes del Paciente, se emite una epicrisis médica; en ese instante el estamento enfermero se hace cargo de la mayor parte de las altas del paciente hospitalario, con ello asume desde la fragmentación y sus competencias, proveer recursos para la continuidad de los cuidados de ese usuario (CHILE, 2018; PÉREZ; ARRIVILLAGA, 2017). La literatura que

menciona implementación de diferentes sistemas de cuidados para el alta, menciona enfermera en gestión del alta, la figura de enfermera de enlace, seguimiento telefónico desde hospital o coordinado con otra enfermera de APS (ESPAÑA, 2016; MAYORDOMO; RODRÍGUEZ; VILLARRUBIA *et al.*, 2016; ESPAÑA, 2014).

En un trabajo de Eymin *et al.* (2014), seleccionaron estudios descriptivos y aleatorios que mostraron la situación del proceso de alta y estrategias destinadas a mejorarlo; eligieron 10 ámbitos para los cuales existe evidencia de beneficios para ciertas intervenciones: Epicrisis/ Conciliación de las indicaciones de medicamentos (CIM)/ Planificación del alta/ Seguimiento/ Llamada telefónica/ Enfermera de apoyo de alta/ Evaluación geriátrica e intervenciones integrales después del alta/ Entrenamiento/ Apoyo de cuidados paliativos/ Intervenciones multidisciplinarias; en los cuales se observa que en 8 de las 10 estrategias está presente la enfermera.

Siguiendo lo anterior, mencionar que como resultado de las entrevistas, las enfermeras señalan diferentes colegas que aportan a su proceso de preparación de alta mediata, identificándoles como redes de cuidado, a un grupo de profesionales del sistema ambulatorio de especialidades que aportan asesoría, rescate de paciente crónico, coordinación para continuidad del control y otro grupo que se hace cargo de la continuidad de pacientes complejos en la comunidad; junto con ello visualizan la existencia de enfermeras que están en los Centros de salud APS, con los cuales quisieran implementar un sistema continuo de información en ambos sentidos. En esta última iniciativa, reconocen que existen diferentes grados de desarrollo; desde el no darse cuenta, al de utilizar las incipientes redes de contacto que se ha ido implementado con enfermera gestora de casos.

En el análisis del rol enfermero para la continuidad, se revela vocación para el trabajo en red; lo sugiere la creación de estrategias de vinculación para que fluya la comunicación e información; con enfoque en evitar la discontinuidad del proceso de cuidado de las personas. En este sentido, las redes internacionales de enfermería le describen como estrategia para la comunicación, que vincula, desarrolla cooperación y sinergia entre personas y organizaciones, en pos del desarrollo de todos los ámbitos de la enfermería: cuidados, gestión, investigación, educación. Supone solidaridad, confianza, respeto, como valores para la salud. Demuestra el poder de la enfermería para trabajar concertada y orientada a objetivos comunes. Apoyándose en tecnología de las comunicaciones y herramientas de gestión, con el fin de garantizar continuidad de la atención, tanto en momentos de gracia como en la

adversidad (CASSIANI; FERREIRA; VIDAL *et al.*, 2016; CASSIANI; GARCÍA; CABALLERO *et al.*, 2014; MONTENEGRO, 2012; VIDAL, 2011; MUÑOZ; MARIA; CABAS, 2015; SÁNCHEZA; VIDAL, 2015).

Podemos asimilar, este resultado referido a efectividad de un sistema de cuidados que pueda asistir integralmente al usuario de alta, con estudios relacionados a enfermera de enlace, o sistemas creados para la gestión del alta hospitalaria, que de forma más estructurada planifican el alta del paciente y su posterior seguimiento. Entre ellos, un estudio apunta a que se produciría una brecha asistencial en los pacientes con alta hospitalaria, por lo cual hay dificultades para garantizar el correcto cumplimiento de las indicaciones dadas al alta. Menciona que algunas de las consecuencias de esta brecha asistencial entre el hospital y la Atención Primaria (AP), son duplicidad de intervenciones en ambos niveles asistenciales, los pacientes no tomen correctamente su medicación, no reciban cuidados que precisan, riesgo de agravamiento del proceso con reingreso hospitalario. Además, de producir incertidumbre e insatisfacción tanto en los pacientes como en sus familiares o cuidadores.

El estudio, en un n de aprox. 20.300 personas con alta en un período de 9 meses, en red asistencial de 60 establecimientos comunidad de Madrid; refiere resultados de su intervención en esta red asistencial que se coordinó para la continuidad de los cuidados, básicamente, mediante acceso diario a las altas hospitalarias por parte de enfermeras APS referentes del hospital, seguimiento telefónico de las altas que cumplen criterio de seguimiento inmediato y citas de seguimiento por profesionales (enfermero, medico, matrona). Fue posible determinar en el estudio que el 86 % de las altas se agendó para seguimiento por enfermera; de lo cual, el 73% de los pacientes recibieron una llamada de su enfermera antes de las primeras 48 horas tras el alta, el 8 % más allá de las 48 horas y en un 19% no fue posible contactar telefónicamente. En el caso del estudio local, las entrevistadas evidencian que este establecimiento hospitalario no cuenta con implementación de un sistema para el seguimiento coordinado con APS, pero lo mencionan como una demanda sentida por el estamento enfermero [...]pero no tenemos una retroalimentación[E3] y lo hacen también refiriendo evidencia del riesgo que conlleva para el paciente ... [...] tienen doble receta porque no hay coordinación de que estuvo hospitalizado[E2].

También es interesante considerar el resultado respecto al motivo de las citas de seguimiento por enfermeras, que agendó en el

44,2% de los casos; los motivos más frecuente son valoración y seguimiento de proceso crónico con un 23% de los casos y cuidado de lesiones con un 17%. Con un 13% presenta cada uno, aplicación de tratamientos, atención a recién nacido y/o puérpera y valoración de situación de riesgo. El motivo prevención y promoción de la salud aparece en un 11% y otros motivos en el 11% restante de casos. Lo cual coincide con la preocupación de las enfermeras del estudio que existe un grupo importante de pacientes que necesitan de coordinación con un sistema de atención para la continuidad de su cuidado. El estudio refiere deducir que la cifra de 24 % (aprox. 1.760), que en los motivos clasificados como valoración del riesgo o prevención y promoción de la salud, la llamada ha sido determinante a la hora de iniciar una intervención enfermera que, de otra forma, no se habría producido. En ese sentido, las enfermeras entrevistadas mencionan sin cuantificar, que perciben consecuencias de esta brecha asistencial, por falta de un sistema de seguimiento post alta que asegure la continuidad del cuidado ... El para no volver a ver al paciente reingresar en las mismas condiciones... y también como valoran la existencia de sistemas de enfermería que participan en la continuidad del cuidado, aun desde la fragmentación.... E6 uno puede decir que es una red de cuidado para tal tipo de paciente, ejm Ley Ricarte Soto..... El ya le da una seguridad al paciente de irse tranquilo (MAYORDOMO; RODRÍGUEZ; VILLARRUBIA, 2015).

Estudio descriptivo en Costa Rica, con n 130 personas que cumplieron criterio de vulnerabilidad, por lo que necesitaron un plan de alta y seguimiento en APS, que asume un sistema de alta programada interdisciplinario, con co-responsabilidad del usuario para concretar su entrega en APS ; en su resultado destaca que: a un 24,6 % que cumplían criterio de vulnerabilidad no se le entregó documento de referencia; en el 26 % de los casos el documento de referencia lo entregó la enfermera, otro 39,5 % lo hace el médico, también mencionan auxiliar de enfermería 4,48 %, otros profesionales 1, 49 % y un delta que no recuerda si le entregaron documento de referencia cuando le consultaron. De los pacientes que recibieron documento de referencia, aprox. el 60 % lo entregó en APS, la mayoría los primeros cinco días post alta. Del total de los pacientes de alta, el 33,5 % recibió visita de seguimiento por enfermera en domicilio; los motivos fueron 34 % de los casos por cambio de sonda nasogástrica, 13 % cambio sonda vesical, 13 % revisión administración de oxígeno, 31 % orientación familiar y 1 % apoyo emocional. En éste contexto, observan que 28,3 % paciente de alta reingresó; por motivos de UPP, ITU, úlceras extremidades

inferiores sumaron 30 % y otros problemas mencionados como adulto mayor que no come, sonda Foley obstruida, síndrome demencial complicado, ACV complicado, diálisis ambulatoria complicada, dificultad para movilizarse. Algunos habrían reingresado de 6 a 10 veces en el período de estudio de un año (MADRIZ, C M. L., 2017). Aunque en este estudio no se pudo correlacionar el reingreso con alta programada, se puede observar que está presente el riesgo de una pérdida de continuidad de atención, dado por un insuficiente sistema de coordinación interniveles y problemas en conducta de autocuidado de la población. Lo cual, también es valorado por las enfermeras del presente estudio, quienes reconocen el beneficio de un sistema integral de atención para la continuidad del cuidado y los efectos para el paciente, del carácter de su efectividad.

Otro estudio, analizó un n de 907 casos de pacientes con necesidades de atención compleja que requirieron de enlace de continuidad asistencial y fueron atendidos por la gestora de continuidad de cuidados, en un centro de agudos de Barcelona; los cuales correspondieron a pacientes (mujeres 55,0%; edad: $80,57 \pm 10,1$, crónicos 47,8%) de los cuales reingresaron el 12,2%. Y asociaron variables para el reingreso: la polifarmacia y el historial de caídas previo al ingreso. Contar con estos antecedentes en el momento del alta del paciente, reflejan la importancia del conocimiento que maneja la enfermera encargada del alta, y su incidencia en la continuidad de los cuidados del paciente con alta hospitalaria (SOLÉ; MONSERRAT; CHIRVECHES *et al.*, 2015).

CONCLUSIÓN

En este estudio fue posible reconocer rol enfermero para mantener continuidad del cuidado del usuario con alta hospitalaria. En el marco de las redes asistenciales de salud, el rol enfermero da vida a redes de cuidado o redes de enfermería, que ofrecen soporte a la continuidad del cuidado del paciente con alta hospitalaria. Con competencias para brindar un servicio de salud integral, se enfoca en la atención de personas que presentan una diversidad de requerimientos; correlacionando sus servicios con ordenamientos estructurales, desarrolla gestión asistencial enfocado en la demanda del usuario para continuidad de su atención.

En el quehacer diario del enfermero, gestiona continuidad del alta hospitalaria en un sistema sin protocolo para la continuidad con APS; se esmera por lograr que el usuario tenga oportunidades seguras y

de calidad para mantener continuidad de sus cuidados pot alta; recurre a las capacidades del paciente y apoyo familiar, convoca a la red de enfermería hospitalaria y en forma natural aspira a enlazar con los sistemas de redes de cuidado, más allá del intramuro hospitalario.

REFERENCIAS

ALONSO, C.F; FERRER, M.F.; SANTANA, L.F. *et al.* Intervención multidimensional que mejora el pronóstico a corto plazo entre los ancianos frágiles dados de alta desde una unidad de corta estancia: estudio cuasiexperimental. **Revista Clínica Española**, v. 218, n. 4, 2018.

ARAGÓ, S.S. Percepción del informe de continuidad de cuidados al alta quirúrgica en enfermería. **Nure Inv.**, v. 15, n. 94, 2018.

BARDIN, L. **El análisis de Contenido**. Madrid: Akal, S.A., 2002.

BENJUMEA, C.C. La investigación cualitativa y el desarrollo conocimiento en enfermería. **Texto contexto**, v. 19, n. 4, 2010.

CASADO, M.C. El informe de continuidad de cuidados como herramienta de comunicación entre atención hospitalaria y atención primaria. **Rev Esp Comun Salud**, v. 5, n. 2, p. 102-11, 2014.

CAMPOS, C.; VARGAS, X.; MILOS, P. Los servicios profesionales de la enfermera(o) en la legislación. **Revista Médica Clínica Las Condes**, v. 29, n. 3, p. 270-77, 2018.

CASSIANI, SH. DE B.; GARCÍA, A. B.; CABALLERO, E.; *et al.* Redes internacionales de enfermería de las américas: trabajo. **Enfermería**, v. 3, n. 1, p. 42-54, 2014.

CASSIANI, SH.DE B.; FERREIRA A.; VIDAL, N. V. et al. Redes internacionales de enfermería de las Américas: Reporte. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 32, n. 1, 2016.

COMITÉ INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. **Definiciones**. 2002. Disponible: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>

CHILE. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de Redes Asistenciales. **Norma Referencia Contrarreferencia**. Minsal: 2017.

CHILE. Pagina web Minsal. Redes asistenciales. 2019. Disponible: <https://www.minsal.cl/subsecretario-de-redes-asistenciales/>

CHILE. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. **Orientaciones para la planificación y programación en red 2019**. Minsal, 2018.

CHILE. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. **Orientaciones para la planificación y programación en red año 2017**. Minsal, 2016. p. 19.

CHILE. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. **Informe de implementación estrategia de redes integradas de servicios de salud (RISS), en el sistema público de salud período 2014 – 2017**. Minsal, 2018.

CHILE. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. **Proceso de Atención Ambulatoria Nivel Secundario y Terciario**. Chile: Minsal, 2016.

CHILE. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. **Protocolos Resolutivos en Red**. Chile: Minsal, 2015.

ESPAÑA. **Organización funcional y modalidades de atención**. Madrid: OPE Navarra, 2008.

ESPAÑA. Servicio Salud Andalucía. Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera. **Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía**. Andalucía: 2014.

EYMIN, G.; AIZMAN, A.; LOPETEGUI, M. *et al.* Proceso de alta hospitalaria, revisión de la literatura. **Rev Med Chile**, v. 142, p. 229-237, 2014.

FLORES, L.C.; VARGAS, L.V. Conocimiento, práctica y percepción de enfermeras respecto a tele-enfermería como estrategia de continuidad del cuidado. **Enfermería**, v. 5, n. 2, p. 25-33, 2016.

GARCIA, N.B.; CHICANO, MT. R.; TELLO, J.R.; ET AL. Validación del cuestionario CTM-3-modificado sobre satisfacción con la continuidad de cuidados: un estudio de cohortes. **Aquichan**, v. 18, n. 1, p. 9-19, 2018.

JARAMILLO, F.; FERAUD, H.; GUEVEL, L. **Panorama Regional: Sistemas de salud de Latinoamérica y estado de situación del Modelo RISS** documento colaborativo-rissalud. Argentina: Buenos Aires, 2017.

MADRIZ, C M. L. Análisis del impacto del programa de alta hospitalaria, en la continuidad de la gestión del cuidado en redes de enfermería, en los usuarios de riesgo de la red este de Costa Rica. 2017. Tese – Universidad de Extremadura, Espanha.

MAYORDOMO, MJ.C; RODRÍGUEZ, JA. I., VILLARRUBIA, C. S. *et al.* La enfermera de AP como garante de la continuidad de cuidados: Intervención proactiva tras el alta hospitalaria. **RISAI**, v. 7, n. 1, 2015.

MUÑOZ, L. A.; MARIA, E. G.; CABAS, T. M. Implantación de guías de buenas prácticas en España. Programa de centros comprometidos con la excelencia de cuidados. **Med UNAB**, v. 17, n. 3, p. 163-69, 2015.

MONTENEGRO, G. Comunicación acerca de la Red Internacional de Enfermería en Salud Infantil (RED ENSI). **Revista Cubana de Enfermería**, v. 28, n. 2, 2012.

MAYORDOMO, MJ.C. ; RODRÍGUEZ, JA.I.; VILLARRUBIA, C.S. La enfermera de AP como garante de la continuidad de cuidados: Intervención proactiva tras el alta hospitalaria. **RISAI**, v. 7, n. 1, 2015.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona**: Informe de la Secretaría. 2016. Disponible: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253079>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 69.^a **ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD** A69/39 Punto 16.1 del orden del día provisional 15 de abril de 2016. Disponible: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_Jour6-sp.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas**. Washington: OMS, 2010. Disponible: <https://www.paho.org> › Inicio › Servicios de Salud y Acceso › Redes integradas

PÉREZ, S.L.; ARRIVILLAGA, M. Redes integradas de servicios de salud en el marco de la atención primaria en salud en países seleccionados de América Latina. **Salutem Scientia Spiritus**, v. 3, n. 2, 2017.

SÁNCHEZA, M.G.; VIDALC, L.T.; VOZMEDIANOA, E. B. *et al.* Conflictos entre la ética enfermera y la legislación sanitaria en España. *Gaceta Sanitaria*, v. 30, n. 3, p. 178-183, 2016.

SAPAG, J.C.; LANGE, I.; CAMPOS, S. *et al.* Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. **Rev Panam Salud Publica**, v. 27, n. 1, 2010.

SOLÉ, MONSERRAT; CHIRVECHES, E. C.; ALSINA, A. P. *et al.* La continuidad de cuidados desde el hospital de agudos: resultados. *Enfermería Clínica*, v. 25, n. 4, p. 155-220, 2015.

VIDAL, N.V. Enfermería informática ¿una contradicción o una oportunidad para el trabajo en red?. **Rev Cubana Enfermer**, v. 27, n. 2, 2011.

VALDIVIESO B. *et al.* **Telecuidados, apoyo telefónico o cuidados habituales: impacto sobre la calidad de vida, mortalidad y uso de recursos sanitarios en pacientes ancianos de alto riesgo con múltiples condiciones crónicas**. España, 2018.

6 CONSIDERACIONES FINALES

Fué posible comprender continuidad del cuidado en HCM, desde una perspectiva enfermera, caracterizando el proceso continuidad e identificando el rol enfermero en el mismo. Se evidenció, que el alta de enfermería, es un proceso de terapéutica enfermera, de carácter crítico, para mantener la continuidad del cuidado del paciente con alta hospitalaria y que presenta desafíos para la competencia profesional, los procesos asistenciales interniveles y la estructura en la red sanitaria; desafíos que pueden ser abordables desde el nivel asistencial y gerencial.

Es un hecho que la complejidad derivada de la globalización, afecta significativamente tanto el entorno institucional como el social; llevando a modelar y evolucionar continuamente el perfil del usuario que demanda cuidados en los sistemas enfermeros; lo cual, motiva al profesional a mantenerse actualizado, tanto en materia de tecnología sanitaria como en ciencias sociales, con el fin preparar planes de respuesta eficientes; y, en lo particular del presente estudio, es necesario comprender la demanda de continuidad del cuidado que se produce en el proceso del alta hospitalaria HCM, desde la perspectiva del enfermero que da curso al proceso del alta de enfermería.

Encontrar respuesta a la pregunta de investigación produjo conocimiento enfocado en asistir más efectivamente a las personas que necesitan mantener continuidad del cuidado post alta hospitalaria; lo que pudo superar ampliamente el riesgo de un desborde emocional y/o disconfort, que pudo vivir un limitado grupo de profesionales que, además de recibir contención o apoyo inmediato, serán los futuros beneficiarios del conocimiento que se generó con el estudio, en pro de fortalecer su desenvolvimiento profesional.

Comentar, que inicialmente la pregunta de investigación estaba enfocada en la demanda que se genera en el ámbito de gestión de la investigadora, que trabaja con casos que proceden del alta hospitalaria con mayor complejidad; en la etapa de preparación para la entrevista, fue motivo de descubrimiento personal y de los candidatos a entrevista, constatar que nos deteníamos en forma natural, a indagar en un ámbito no considerado para la investigación: el alta de enfermería y el rol enfermero en la continuidad del cuidado; juntos descubrimos cuanto podíamos sorprendernos la forma de asumir un modelo de atención más integral, propiciando continuidad del cuidado del usuario, en el proceso del alta hospitalaria.

Como limitaciones se puede mencionar la escasa publicación de estudios previos del tema, en el ámbito nacional.

Limitación del tiempo disponible, no permite análisis de entrevistas realizadas a cuatro profesionales de enfermería de APS.

Por contingencia local, se produce desentimiento de tres enfermeras comprometidas inicialmente para entrevista. Se reemplazan dos de ellas, con enfermeras que cumplen perfil para la investigación.

Recomendaciones:

1. Desarrollar un proceso de cuidado que prepare al paciente para el alta, anticipando la complejidad con que enfrentará el momento del alta. Estudios identifican áreas donde concentrar esfuerzos, tales como seguridad de medicamentos, educación de pacientes y planes de seguimiento, coincidiendo con el protocolo general que siguen las enfermeras del estudio el día del alta del paciente y aleatoriamente en días anteriores, para algunos casos de paciente complejo. Es recomendable pasar a una etapa de protocolización, de modo que se pueda categorizar y planificar el alta, anticipadamente.
2. Como se desprende tanto del estudio como evidencia bibliográfica que implementar un sistema de registro manual y / o digital para el alta de enfermería, incide en la continuidad del cuidado del paciente con alta hospitalaria; se recomienda aplicar tal instrumento, que puede en una primera fase ir por mano del mismo paciente, hasta que exista desarrollo de una derivación digital al centro de salud que pertenece el paciente.
3. Entre las recomendaciones que surge del mismo estudio, está implementar la figura de una enfermera de enlace o gestora de alta hospitalaria; entidad capaz de habilitar comunicación efectiva con el nivel primario, transfiriendoinformación que permita mantener continuidad del cuidado del paciente.
4. Continuar con un tercer manuscrito, utilizando el material recolectado con las entrevistas de enfermeros APS. Con el fin de comprender continuidad del cuidado para el alta hospitalaria del usuario HCM, desde la perspectiva enfermera APS.
5. Posteriormente, sería interesante trabajar en un estudio para comprender continuidad del cuidado, desde la perspectiva del usuario con alta hospitalaria y el de su familia.

Finalmente, podemos resumir, que los participantes en la investigación, sugieren que es posible perfeccionar la continuidad del cuidado con un sistema de comunicación informatizado, para

conectar instantáneamente, a la enfermera APS con la enfermera que da el alta hospitalaria; mejor aún, si se implementa un gestor de alta o enfermera de enlace, que pueda gestionar con detalle, la conexión e información con APS y provea la logística que debe tener el paciente complejo, cuando se reincorpore a su estado domiciliario en la comunidad; tales pueden ser, equipamiento de soporte vital, plan de despacho mensual de insumos solo disponibles en nivel secundario, plan de seguimiento por especialidades, etc. De manera que el usuario pueda experimentar los eventos del cuidado de su salud, en forma coherente y conectada entre sí, en los distintos escenarios entre el centro hospitalario y su domicilio; porque hubo continuidad clínica, funcional y profesional en el establecimiento Hospital Clínico de Magallanes, Chile.

REFERENCIAS

ABELA, J.A. Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. España; **Fundación Centro Estudios Andaluces**, v.10, n. 2, p. 1-34, 2000.

ARANDES, JA. T. El análisis de contenido como herramienta de utilidad para la realización de una investigación descriptiva. Un ejemplo de aplicación práctica utilizado para conocer las investigaciones realizadas sobre la imagen de marca de España y el efecto país de origen. **Provincia**, n. 29, p. 135-173, 2013.

ARRIBAS, S.M; MOLINERO,C.P.; SIEIRO, F.V. *et al.* Evaluación del Informe de Cuidados de Enfermería en un hospital universitario. **Metas de Enfermería**, v. 21, n. 3, p. 50-57, 2018.

ATUN, R.; ANDRADE, L. M.; ALMEIDA, G. *et al.* La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. **MEDICC Review**, v. 17, 2015.

BARDIN, L. **El análisis de Contenido**. Madrid: 2002.

BEAS, D.J. **Gobernanza para el Desarrollo Local**. Santiago: RIMISP, 2011.

BODE, I.; MORENO, J.E.C. La tensión entre la fragmentación y la integración en la reforma a los sistemas de salud. Un estudio comparativo entre Alemania y México. **Región y sociedad**, N. 61, 2014.

BRAVO, L. D; GARCIA, U.T; HERNANDEZ, M.M.; et al. La entrevista recurso flexible y dinámico. **Inv Ed Med**, v. 2, n. 7, p. 162-167, 2013.

CAMPOS, C.; VARGAS, X.; MILOS, P. Los servicios profesionales de la enfermera(o) en la legislación. **Revista Médica Clínica Las Condes**, v. 29, n. 3, p. 270-277, 2018.

CAPPIELLO, M. **El sistema de salud de argentina: de la fragmentación a un sistema único de salud**. Jornadas Rosarinas de Derecho de la Salud y Pre Jornadas Nacionales de Derecho de la Salud, Rosario, 2014. Disponible:

http://www.miguelcappiello.com.ar/contenidos/2016/07/05/Editorial_2812.php

CARBONELL, M. Fragmentación del sistema nacional de salud. **Universidad Nacional Autónoma de México**, 2013. Disponible: http://www.miguelcarbonell.com/artman/uploads/1/Cap__tulo_Cuarto.pdf

CASANOVAS, A.S; LLEVADOT, D.; MIRÓ, M. *et al.* Puntos de Vista. La atención geriátrica: uno de los grandes ejes de la atención sociosanitaria en Cataluña. **Rev Esp Geriatr Gerontol**, v. 39, n.2, p. 101-8, 2004.

CEPAL. **Proyecciones de población, América Latina y el Caribe.** Observatorio Demográfico 2016. Cepal: 2016.

CEPAL. **Migración internacional.** América Latina y el Caribe. Observatorio Demográfico. Cepal: 2018b.

CERÓN, M.C.M.; MILOS, P.H.; SOTO, P.F. *et al.* La formación exclusiva universitaria de las/os enfermeras/os: eslabón clave en el desarrollo disciplinar en Chile. **Aladefe**, v. 4, n. 3, 2015.

CHILE. Biblioteca del Congreso Nacional. **Chile y la migración: los extranjeros en Chile.** Santiago: 2017c.

CHILE. **Carta de derechos y deberes de los pacientes.** Santiago: Minsal, 2019.

CHILE. **Código de Ética del Colegio de Enfermeras de Chile.** Santiago, 2008.

CHILE. **Informe de implementación estrategia de redes integradas de servicios de salud (RISS), en el sistema público de salud período 2014 – 2017.** Chile: Minsal, 2018a.

CHILE. Ministerio de Salud. Departamento de Gestion de La Red Asistencial/Division Atencion Primaria. **Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2009.** Santiago: Minsal, 2009.

CHILE. Ministerio de Salud. Departamento Estadística Información Salud. **Análisis de situación nuevas proyecciones de población INE, comparación con las proyecciones basadas en el censo 2002 y recomendaciones para su utilización.** Santiago: DEIS, 2015a.

CHILE. Ministerio de Salud. División de inversiones y desarrollo de la red asistencial. **Guía metodológica para estudios de preinversión hospitalaria.** Santiago: Minsal, 2001.

CHILE. Ministerio de Salud. **Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020.** Santiago: Minsal, 2010.

CHILE. Ministerio de Salud. Fundación EPES y División de Atención Primaria. **Manual de apoyo a la incorporación de agentes comunitarios en salud en los equipos de los CECOSF.** Santiago: Minsal, 2016.

CHILE. Ministerio de Salud. **Gestor de Casos del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia.** Santiago: Minsal, 2007.

CHILE. Ministerio de Salud. **Hitos de la salud chilena.** Santiago: Minsal, 2017b.

CHILE. Ministerio de Salud. **Informe de Aplicación del Modelo de Evaluación, Junio 2011.** Chile: Minsal, 2011.

CHILE. Ministerio de Salud. **Ley Núm 20.584 Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación a acciones vinculadas a su atención en salud.** Santiago: Minsal, 2012 c.

CHILE. Ministerio de Salud. **Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000 – 2010.** Santiago: Minsal, 2002.

CHILE. Ministerio de Salud. **Orientaciones Para el Proceso de Diseño de la Red Asistencial de los Servicios De Salud:** Planificación, Implementación y Evaluación. Santiago: Minsal, 2012a.

CHILE. Ministerio de Salud. **Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2018.** Santiago: Minsal, 2017a.

CHILE. Ministerio de Salud. Sección de Descargas. **Ley Núm 20.584 Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación a acciones vinculadas a su atención en Salud.** Santiago: Minsal, 2012b.

CHILE. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales División De Atención Primaria. **Orientaciones para la Planificación y Programación en Red Año 2015.** Santiago: Minsal, 2015b.

CHILE. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. **Modelo de Atención Integral en Salud.** Santiago: Minsal, 2015c.

CHILE. **Orientaciones para la planificación y programación en red año 2017.** Chile, 2016.

CHILE. **Orientaciones para la planificación y programación en red 2019.** Minsal, 2018b.

CHILE. Reportes Minsal. **Egresos Hospitalarios.** Chile: Minsal, 2017d.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE CEPAL. **Panorama Social de América Latina.** Cepal, 2018a.

DONADUZZI, D.S., BECK, C.C.; WEILLER, T.H.; FERNANDES, M.S. *et al.* Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. **Index Enferm**, v. 24, n. 1-2, 2015.

ESPAÑA. **Cartera de servicios funcional y modalidades de atención.** Madrid: OPE Navarra, 2008.

ESPAÑA. Defensor del pueblo España. **La Atención Socio sanitaria en España: Perspectiva Gerontológica y Otros Aspectos Conexos.** España: 2006.

ESPAÑA. **Que es el Defensor del Pueblo.** Madrid: 2018.

ESPAÑA. Servicio Andaluz De Salud. **Cartera de Servicios de Atención Primaria 2003.** España, 2003.

ESPAÑA. Servicio Andaluz de Salud. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. **Enfermera comunitaria de enlace y enfermera hospitalaria de enlace.** Andalucía: 2005.

ESPAÑA. Servicio Andaluz de Salud. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. **Manual de la Gestión de Casos en Andalucía:** Enfermeras Gestoras de Casos en Atención Primaria. Andalucía: Servicio de Salud Andalucía, 2007.

ESPAÑA. Servicio Murciano de Salud. Programa Pilotaje 2010. **Enfermera Gestora de Casos en el Servicio Murciano de Salud.** Murcia: 2009.

ESPAÑA. Servicio Salud Andalucía. Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera. **Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía.** Andalucía: 2014.

FERNANDEZ, P.G.; GARCÍA, M.C.; TORRES, M.R. *et al.* Influencia de las Enfermeras Gestoras de Casos hospitalarias sobre la preparación de las cuidadoras para asumir el cuidado domiciliario. **Gerokomos**, v. 20, n. 4, p. 152-158, 2009.

FRENZ, P.; TITELMAN, D. Equidad en Salud en La Región más Desigual del Mundo: un Reto de Políticas Públicas en América Latina. **Rev perú med exp salud publica**, v. 30, n. 4, 2013.

ECHENIQUE, E.E.G. **Metodología de investigación.** Perú: Universidad Continental, 2014.

GONZÁLEZ, R.D.C. **El Sistema de Salud en México: de la fragmentación hacia un Sistema de Salud Universal.** Colegio Nacional de Especialistas en Medicina Integrada. México, 2017.

HALL, J.; REDDING, B.W. **Enfermería en Salud Comunitaria: un enfoque de sistemas.** OPS: 1990.

HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES. **Resolución Exenta.** Punta Arenas, 2013.

HURTADO, P.M.; POLLONI, B.B; SUNDT, A.L. La gestión del cuidado en la legislación chilena (II) estado actual. **Ciencia y Enfermería**, v. 3, p. 23-33, 2011.

JAIME, S.F. Participación social en sistemas de salud fragmentados: ¿una relación virtuosa? **Rev Gerenc Polít Salud**, v. 15, n. 30, p. 38-56, 2016.

JARAMILLO, F.; FERAUD, H.; GUEVEL, L. **Panorama Regional: Sistemas de salud de Latinoamérica y estado de situación del Modelo RISS** documento colaborativo-rissalud. Argentina: Buenos Aires, 2017.

LOPÉZ, E.M.; SANDOVAL, N.B.; POYATO, M.L. et al. Estudio descriptivo de la tipología de pacientes atendidos en un programa de enfermeras de enlace. **Enfermería clínica**, v. 19, n.6, p.306-13, 2006.

MALO, R.M. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. **Index Enferm**, v. 18, n. 4, 2009.

MARTÍNEZ-SALGADO, C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos. **Cienc saúde coletiva**, v. 17, n. 3, p. 613-19, 2012.

MAYORDOMO, M.J.C; RODRÍGUEZ, J.A.I., VILLARRUBIA, C.S *et al.* La enfermera de AP como garante de la continuidad de cuidados: Intervención proactiva tras el alta hospitalaria. **RISAI**, v. 7, n. 1, 2015.

MILIÁN, L.C.; RAMOS, A.H. Situación del Sistema de Salud en Honduras y el Nuevo Modelo de Salud Propuesto. **Archivos de Medicina**, v. 12, n. 4, 2016.

NACIONES UNIDAS NU. Convenio N° 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales. **Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas**. Lima: OIT, 2014.

NACIONES UNIDAS (UN). Comisión Económica para América Latina y el Caribe. **Boletín Demográfico CEPAL para América Latina y el Caribe**. NU: 2013.

NACIONES UNIDAS (UN). **La legislación en favor de las personas mayores en América Latina y el Caribe**. Santiago: CELADE, 2005
NACIONES UNIDAS (NU). **Objetivos de Desarrollo del Milenio**: Informe de 2015. Nueva York: 2015.

NACIONES UNIDAS (UN). **Objetivos de Desarrollo del Milenio, Cuarto Informe del Gobierno de Chile**. Santiago: 2014.

NOGUERO, F.N. El análisis de contenido como método de investigación. **Revista de Educación**, n. 4, p. 167-179, 2002.

OECD. **Estudios económicos de la OCDE**. Chile: OECD, 2018.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio**. Argentina, 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (OPS). Redes Integradas de Servicios de Salud. **La renovación de la salud en las Américas**. Washington: OPS, 2010.

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO (OCDE). **Panorama de la Salud 2015**: Indicadores de la OCDE. París: OCDE, 2015.

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO (OCDE). **El gasto público social es alto en muchos países de la OCDE**. OCDE, 2019.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **7a Jornada Formación de los profesionales médicos y cobertura en la atención: ¿Cómo responder a las demandas de la Salud Pública?** Santiago, 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud**. EUA: OMS, 2015.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen Ejecutivo del Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas**. Washington: OPS, 2018.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 69.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. **Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona**. 15 de abril de 2016. Disponible: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-sp.pdf

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 29° CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA. OMS 29° CONFERENCIA SANITARIA. 69.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS. **Política sobre etnicidad y salud**. Washington, 2017.

ORTEGA, Y.L.; FARIÑAS, R.C.; ALBELLA, J.T. *et al.* Revisión bibliométrica sobre Gestión de casos en España. **Evidentia**, v.8, n.34, 2011.

OTZEN, T., MANTEROLA, C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. **Int J Morphol**, v. 35, n. 1, 2017.

PADUA, J., AHMAN, I.; APECECHEA, H. *et al.* **Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales**. México: Fondo de Cultura Económica, 1994.

PARISI, C. L.; FERNÁNDEZ, E. **Norma-de-referencia-y-contrareferencia**. Chile: Minsal, 2016.

PARISI, C. L.; FERNÁNDEZ, E. **Proceso de Atención Ambulatoria Nivel Secundario y Terciario**. Chile: Minsal, 2016.

PÉREZ, A. B.; JIMÉNEZ, AM. R.; ÁNGELES, A.R. **Cuidados de Enfermería en la atención Extrahospitalaria**. España, 2017.

PÉREZ, S.L.; ARRIVILLAGA, M. Redes integradas de servicios de salud en el marco de la atención primaria en salud en países seleccionados de América Latina. **Salutem Scientia Spiritus**, v. 3, n. 2, 2017.

PÉREZ-LUCO, R.; LAGOS, L.; MARDONES, R. *et al.* Diseños de Investigación y Muestreo Cualitativo. Lo Complejo de Someter la Flexibilidad del Método Emergente a una Taxonomía Apriorística. **Atas CIAIQ 2017**. Disponible: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/viewFile/1312/1271>

PINEDA, B.; DE ALVARADO, E.; DE CANALES, F. **Metodología de la investigación, manual para el desarrollo de personal de salud**. Washington: Organización Panamericana de la Salud. 1994.

RANGEL, R.M.; GARMENDIA, E.S.R.E. El Consenso de Washington: la instauración de las políticas neoliberales en América Latina. **Política y Cultura**, n. 37, p. 35-64, 2012.

ROBLES, M.S. Trabajo Social Sanitario y Enfermería Gestora de casos: Crónica de un conflicto anunciado. **Documentos de Trabajo Social**, n. 49, 2011.

RODRÍGUEZ, V.M.C.; BAUTISTA, Ó.D. El Consenso de Washington: algunas implicaciones para América Latina. **Apuntes Cenes**, v. 36, n. 63, p. 15-41, 2017.

RODRIGUEZ, V.F; VERDUGO, V.M.; FERNANDEZ, I.P. *et al.* Enfermeras Hospitalarias de Enlace: Gestoras de Casos. **Enfermería Global**, n. 10, 2007.

ROMERO, G. Organización Colegial de Enfermería de España. La Gestión de Casos de Enfermería: una gran desconocida. España, 2012. Disponible: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/sala-de-prensa/noticias/item/1939-la-gesti%C3%B3n-de-casos-en-enfermer%C3%ADa-una-gran-desconocida>
Acceso: 1 Septiembre 2017.

SAMPIERI, R.H; COLLADO, C.F; LUCIO, M.B. **Metodología de la Investigación**. México: McGraw-Hill Interamericana, 2010.

SÁNCHEZ ANCHA, Y; GONZÁLEZ M., FRANCISCO J. *et al.* **Guía para la elaboración de protocolos**. Biblioteca Lascasas, 2011.

SÁNCHEZ, V.R.; RELATS, C.V. **Afaf Meleis**: del aprendizaje en aula a la clínica. Tarragona: 2011. Disponible: https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id_abstract... Revisado: 1 Septiembre 2017.

SICILIA, J.P.B.; TELLO, M.A.; SANTOS, P.G. De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace. **Rev. Adm. Sanit.**, v.7, n.2, p. 313-22, 2009.

TOMEY, A.M. **Modelos y teorías en Enfermería**. España: 2011

WEYKAMP, J.M.; DE SIQUEIRA, H.H; CECAGNO, D.
Modalidades de atención a domicilio del Sistema Único de Salud (SUS)
articuladas a las Redes de Atención a la Salud. **Enferm. Glob**, v. 15, n.
43, 2016.

WIKIPEDIA. **Sistema Nacional de Salud España**. Google: 2018.
Disponible:
[https://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_Nacional_de_Salud_\(Espa%C3%B1a\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_Nacional_de_Salud_(Espa%C3%B1a))
Revisado: 2 Marzo 2018.

YEPES, M. Y. Cuidados y servicios socio sanitarios para las personas
en situación de dependencia, como parte integral del Sistema de Salud.
Páginas de Seguridad Social, v. 1, n.1, 2017.

ANEXOS

ANEXO I - Solicitud autorización Hospital Clínico de Magallanes.



Universidad de Magallanes
Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Punta arenas, 08 de noviembre de
 2016

Sr. Claudio Arriagada
 Hospital Clínico Magallanes
 Los Flamenco N° 1364
 Punta Arenas
 XII de Magallanes

Estimado Sr. Claudio Arriagada:

Junto con saludarlo, tengo a bien poner en su conocimiento la oficialización del Comité de Ética Científico de la Universidad de Magallanes según consta en el Decreto N°22/SU/2015, el cual dentro de sus objetivos considera "Evaluar desde la perspectiva ética, bioética y de bioseguridad el desarrollo de los Proyectos de Investigación en Seres Humanos, Incluyendo ensayos clínicos, investigación en animales y otros organismos vivos", además "Resguardar los derechos y dignidad de las personas sujetos de investigación en el ámbito de la investigación en seres humanos, garantizando el cumplimiento de normas nacionales, recomendaciones internacionales y el marco legal vigente". La conformación de este comité esta destinado a la evaluación de estudios/ proyectos de investigación de pre y postgrado, de estudiantes, académicos e investigadores auspiciados o patrocinados por nuestra institución, como también a aquellas instituciones públicas y privadas que lo soliciten.

Dado lo anterior invitamos a nominar un representante de su institución cuyo perfil responda al menos a contar con el grado de Magister o licenciado y así pasar a constituir los subcomités de ética científicos en seres humanos.

Esperando su favorable respuesta, la cual solicitamos en un plazo no mayor a una semana, indicando el nombre, teléfono y correo electrónico del integrante propuesto por Usted para este comité. Los integrantes de este comité tendrán una duración entre dos y cuatro años (2-4). Se adjunta decreto N° 22/SU/2015

Me despido cordialmente.

Dr. Manuel Manríquez F.
 Director de Investigación
 Universidad de Magallanes

MMF/lbb
 c.c.: archivo

ANEXOII - Documento autorización 29 Junio 2018 del Comité de Ética UMAG



Universidad
de Magallanes

Comité de Ética Científico
Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Punta Arenas, junio 29 de 2018

CERTIFICADO CEC

Nombre Proyecto: "Demanda sanitaria del usuario en el alta hospitalaria: La continuidad de la atención"

Investigador responsable : Selma Regina de Andrade

Co investigador : Magaly del Carmen Gallardo Guzmán

Institución responsable : Universidad de Magallanes
Universidad Federal de Santa Catarina

De nuestra consideración:

Habiéndose constituido el *Comité de Ética Científico de la Universidad de Magallanes* y una vez revisado el proyecto "Demanda sanitaria del usuario en el alta hospitalaria: La continuidad de la atención", se verifica que el estudio cumple con los criterios éticos que permiten el resguardo del respeto y la dignidad de los probandos, es por ello que este Comité **APRUEBA** el proyecto de investigación.



Mariela Alarcón Bastos
Presidenta Comité de Ética Científico
Universidad de Magallanes

APENDICES

APENDICE I - Entrevista semiestructurada para enfermera servicio
clínico hospitalario, usuaria en Redes de Cuidado

Fecha:

ITEM 1

1. Código enfermera HCM
2. Edad
3. Sexo
4. Años de experiencia laboral
5. Lugar de trabajo: servicio básico medicoquirurgico adulto o infantil.

ITEM 2

1. Qué es para ti continuidad del cuidado
2. Que dificultades tiene trabajar en continuidad del cuidado
3. Que sería necesario implementar para mantener continuidad del cuidado
4. Como son los usuariosde alta hospitalaria que atiendes
5. Que demandas hace el usuario de alta en tu servicio (perspectiva usuario)
6. Cuales son las demandas del usuario de alta en tu servicio (perspectiva enfermera)
7. Que entiendes por redes de cuidado
8. Cuales son las potencialidades de una red de cuidado para promover continuidad del cuidado

APENDICE II - FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INVESTIGACIÓN PARA ENFERMERAS

Consentimiento informado investigación dirigido a enfermeras del Hospital Clínico de Magallanes y centros de salud de atención primaria de salud, para invitarles a participar en el estudio Demanda Sanitaria del Usuario en el Alta Hospitalaria: la Continuidad de la Atención.

Investigador responsable: Dra.en Enfermería Selma Regina de Andrade. Universidad Federal de Santa Catarina UFSC, Brazil. Correo: selma.regina@ufsc.com.

Co investigador: Magaly Gallardo Guzmán. Enfermera Redes de Cuidado, Hospital Clínico de Magallanes. Correo: magaly.gallardo@redsalud.gov.cl

Institución responsable: UMAG / UFSC

Patrocinador: Hospital Clínico de Magallanes

INTRODUCCIÓN

Estoy trabajando una investigación conducente al grado de Magister en Enfermería UMAG, en el ámbito del alta de enfermería de pacientes que egresan de servicios clínicos del HCM. Le proporcionaré información para invitarle a participar de ésta investigación. No tiene que decidir de inmediato, podemos acordar un tiempo para su respuesta. Si más tarde tiene preguntas, puede hacérmelas, o a los referentes que registraré más adelante.

PROPÓSITO

La presente investigación tiene el propósito de comprender la demanda sanitaria que efectúa al profesional de enfermería, el usuario de alta hospitalaria, para mantener la continuidad de su cuidado.

TIPO DE INTERVENCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación consiste en un estudio que contempla realizar una única entrevista a cada participante; la entrevista sigue un cuestionario de preguntas aplicable a todos los entrevistados, que se graban y transcriben posteriormente.

SELECCIÓN DEL PARTICIPANTE

Estoy invitando al profesional que participa en el alta de enfermería de pacientes que egresan de un servicio clínico HCM o procedente de un alta hospitalaria HCM. Dado que su competencia proviene de la formación profesional y experiencia, por estar implicada (o) en el proceso del alta de enfermería, por un período de al menos 2 meses.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Ud. puede aceptar o rechazar su participación en forma libre y voluntaria, sin obligación de dar explicación alguna acerca de su decisión. Posteriormente, puede cambiar de opinión en cuanto a participar o continuar en la investigación.

PROCEDIMIENTO

Esta investigación contempla realizar una única entrevista, realizada por la investigadora en el lugar y horario que hayamos acordado, con una duración aproximada de 90 min. El estudio está diseñado para trabajar por espacio de un año, llevándose a cabo las entrevistas en el segundo trimestre del año calendario. El cumplimiento con la cita es imprescindible; la falta de aviso o disculpa por segunda vez, será motivo de su retiro como participante de la investigación.

RIESGOS

En el caso que la entrevista le genere un desborde emocional, se contempla detener la entrevista y desarrollar un plan de mitigación ya sea en acogida o intervención en crisis y/o posponer la sesión, con un nuevo acuerdo de reunión.

BENEFICIOS

Puede que en lo inmediato no haya beneficio para Ud., pero puede que nos ayude a encontrar respuesta a la pregunta de investigación y con ello sumar conocimientos que permita asistir más efectivamente a las personas que necesitan mantener continuidad del cuidado post alta hospitalaria.

CONFIDENCIALIDAD

Con esta investigación es posible que otros miembros del equipo de salud se enteren que ud. participa de la investigación y le hagan preguntas, por lo cual le pedimos su discreción y confidencialidad.

Nosotros no compartiremos la identidad de las personas que participan en el estudio y la información que recojamos se mantendrá confidencial; teniendo acceso a ello solo las investigadoras del estudio. Toda información referente a su identidad y contenido de la entrevista se codificará con un número en vez de su nombre; información que se mantendrá en recinto con restricción de acceso, gabinete bajo llave y clave de acceso en PC. El hospital mantiene supervisión y control sobre las actividades que realizo como investigadora.

COMPARTIENDO RESULTADOS

La transcripción de la entrevista, será sometida a su total aprobación, para que en el plazo máximo de dos semanas manifieste propuestas para corregir, no dar respuesta implica que no tiene objeciones. Los datos se utilizarán solo para la presente investigación.

Los resultados, quedarán reportados en una tesis de post grado. El conocimiento que obtengamos por realizar el estudio se compartirá con ud. por un medio digital, que se le hará llegar en el primer trimestre posterior a la finalización de la Tesis de Grado. Se publicará resultados en artículos y conferencias, sin compartir información confidencial.

DERECHO A NEGARSE O RETIRARSE

Ud. puede aceptar o rechazar su participación y puede cambiar de opinión en cuanto a participar en el momento que ud. quiera. Se le pedirá dejar constancia de su deseo de no continuar en el estudio, en el documento de revocación de su consentimiento para participar en la investigación, además, se aplicará protocolo para devolverle su información.

A QUIEN CONTACTAR

Si tiene preguntas, podrá hacérmelas ahora o después e incluso ya iniciado el estudio. Para consultas más tarde, puede contactar a:

Magaly Gallardo Guzmán, fono 2293524 / 968449161. Oficina Redes de Cuidado, 4° piso, edificio B, Hospital Clínico de Magallanes. Correo: magaly.gallardo@redsalud.gov.cl

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el Comité de Ética Científica, Subcomité Seres Humanos, Universidad de Magallanes; que es un comité cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación. Si ud. desea averiguar más sobre este comité, contacte fono oficina Universidad de Magallanes: 2299783; correo: comiteeticacientifico@umag.cl

FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACION

He sido invitada (o) a participar en la investigación que quiere comprender la demanda sanitaria que efectúa el usuario en el alta de enfermería, para mantener continuidad del cuidado, post egreso del Hospital Clínico de Mgallanes.

He sido informada (o) del riesgo y plan de mitigación del mismo; también acerca del beneficio que atañe a lo estrictamente profesional y se me ha proporcionado nombre, fono, dirección y correo de la investigadora, que puede ser fácilmente contactada.

Se me ha pedido confidencialidad para mantener mi participación en el estudio.

He leído la información. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la

investigación en cualquier momento sin que afecte mi situación contractual con la institución. Con lo cual aplica que firme documento de revocación de consentimiento y ejecución del protocolo para devolución de mi información.

El presente documento se firmará en duplicado, con una copia para mi y otra para el investigador.

Firma Nombre y Firma del participante

RUT del participante_____

Nombre y firma del investigador

RUT del investigador_____

Punta Arenas,_____/_____/_____

Punta. Arenas, 29 Abril 2018.

APENDICE III - FORMULARIO DE REVOCACIÓN CONSENTIMIENTO INFORMADO INVESTIGACION

Estudio: Demanda Sanitaria del Usuario en el Alta Hospitalaria:
la Continuidad de la Atención.

Equipo investigador: Dra.en Enfermería Selma Regina de
Andrade y Enfermera HCM Magaly Gallardo Guzmán.

Punta Arenas, _____/_____/_____

Nombre y apellidos del participante

RUT del participante _____

Declaro haber recibido y comprendido la información sobre ésta
investigación que se desarrolla en el Hospital Clínico de Magallanes, y
que:

Puedo cambiar de opinión en cuanto a participar o continuar en la
investigación, sin obligarme a dar explicación acerca de ésta decisión, ni
que esta medida afecte mi calidad contractual con la institución.

Mi desición se registra en el presente documento de revocación
proporcionado por el investigador, que está en adjunto al Formulario de
Consentimiento Informado.

Con relación a la información obtenida por entrevista, no será
considerada para ninguna etapa de análisis en la investigación.

El contenido grabado, digital o análogo, será eliminado con
previo aviso a mi persona, o también puedo requerir que se me devuelva
en su totalidad; lo cual se efectuará en un plazo de cuatro semanas, a
retirar en oficina de trabajo de la investigadora HCM.

El presente documento, completo y firmo en duplicado, para
hacer entrega en forma que convengamos, con la investigadora HCM
Magaly Gallardo Guzmán.

En consecuencia:

Desisto participar en el proyecto de investigación, en calidad de
entrevistada (o).

Firma Nombre y Firma del participante

APENDICE IV - PROTOCOLO DISPOSICION DE INFORMACIÓN DE PARTICIPANTE QUE ABANDONA LA INVESTIGACIÓN

Estudio: Demanda Sanitaria del Usuario en el Alta Hospitalaria: la Continuidad de la Atención.

Objetivo: El protocolo tiene por objeto asegurar resguardo de confidencialidad, con respecto a la información que se obtuvo en la entrevista de casos que abandonan el estudio.

Ambito de aplicación y responsabilidad: orientado al cumplimiento por parte del equipo investigador, quién es responsable de que los participantes tengan conocimiento de su existencia y dar cumplimiento cabal al procedimiento que se describe.

Población diana: todas las personas que sean invitados a participar del estudio y acepten hacerlo, conocerán el protocolo en el momento que firmen el consentimiento informado.

Procedimiento:

Confirmada la intención de revocar la desición del participante, a continuar participando en el estudio, se procederá de la siguiente manera:

1. Se efectuará acopio de información gravada, digital, análoga del participante, señalándosele con claridad que se elimina del estudio.
2. Se solicitará al participante que declare el destino que desea para la información que ha generado y que se encuentra bajo resguardo de la investigadora.
3. Si el participante requiere que le sea entregada la información, se acordará el plazo de cuatro semanas, para su retiro en oficina de trabajo de la investigadora HCM.
4. Si el participante no desea que se le entregue, la información se eliminará físicamente y en su totalidad.
5. En el caso de información análoga, que no pudiera separarse de información correspondiente al estudio, se tachará con algún método que asegure el ocultamiento del contenido a destruir. Al participante se le entregará una copia con su información análoga, con tacha de la información que no le corresponde.

La presente disposición está incorporada en el Formulario de Revocación del Consentimiento Informado y en adjunto al Formulario de Consentimiento inicial a participar del estudio.