UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL ROL DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA CENTRO SALUD CRUZ DE CARRASCO

Autoras:
Virginia Castro
Paola Claro
Jessica González
Sofía López
Laura Rucco

Tutoras:
Prof. Mgtr. Josefina Verde
Prof. Agda. Lic. Esp. Carolina Rodíguez

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2015

Agradecimiento

El grupo de Trabajo Final de Investigación manifiesta el agradecimiento a las siguientes personas, por la colaboración brindada para poder realizar nuestro proyecto tan importante en esta profesión:

- Tutoras responsables, Prof. Mgtr. Josefina Verde y Prof Agda Lic Esp Carolina Rodriguez
- Profesora Adj. Rosa Espina
- Directora y Subdirector del Centro de Salud Lic. En Enf. Norma Recoba Y Dra. Mónica Vire
- A todo el personal del Centro de Salud Cruz de Carrasco
- A los usuarios encuestados que colaboraron en nuestra investigación.
- A nuestros familiares por el apoyo brindado a lo largo de nuestra carrera.

Indice

Introducción……..4
Objetivos General……...6
Objetivos Específicos……..6
Justificación……..7
Fundamento Teórico:
Antecedentes……..…….…..8
Marco Conceptual……11
Metodología……...23
Resultados……29
Discusión…….....36
Conclusiones……39
Sugerencias…….40
Bibliografía……41
Anexos……..……45

INTRODUCCIÓN:

El presente trabajo es realizado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería (FdeE) carrera Licenciatura en Enfermería (LE), Plan de Estudios 1993 (PdeE 93'), de la Universidad de la República (UdelaR), Uruguay, cursando la etapa final de la carrera.

El trabajo se enmarca en la línea determinada por la Unidad Pedagógica (UP) perteneciente al Departamento de Educación (DE): Construcción social del rol de LE.

El propósito es investigar la representación que tiene la población general con respecto al rol del LE, como usuarios de servicios.

Los usuarios de los servicios de salud tienen ciertas expectativas que se originan en parte por la representación que tienen de quienes brindan el servicio. Consideramos que esa representación adjudica un valor (positivo o negativo) y esa valoración se traduce en la jerarquía e importancia que le asignan a la profesión.

En nuestro país existen áreas de trabajo propias del LE, que por diversas razones no son cubiertas por este profesional, estando el cuidado en manos de personal auxiliar. Así consideramos que la percepción del cuidado que brinda el LE puede verse afectada por la escasez de recursos humanos (RRHH) y la delegación del cuidado en personal no profesional, lo que es un indicador que no favorece la calidad de atención de un sistema de salud.

Desde nuestra experiencia práctica a lo largo de la carrera, notamos que la baja dotación de LE podría llevar al desconocimiento de su figura en el servicio, desvirtuando aún más su rol. Consideramos que el área más afectada por la menor dotación de recursos profesionales es el primer nivel de atención (PNA), así como la cartera de servicios vinculada a las acciones de fomento, protección y prevención (diferente a las actividades típicas de segundo y tercer nivel, con las que los usuarios tienen más contacto). Estos aspectos interfieren con una adecuada construcción del rol del LE. de parte del

consumidor.

Dado que el PNA es la puerta de entrada al sistema de salud, lo que ha sido jerarquizado en el nuevo modelo asistencial del país, consideramos importante identificar la construcción de la imagen profesional propia del usuario de dicho nivel.

Existen además otros factores de confusión como la concomitancia de diferentes denominaciones para una profesión (LE; Nurse, Enfermero, Enfermero Universitario) y la no diferenciación entre el Auxiliar de Enfermería (AE) y el LE. Si bien consideramos que la tarea de enfermería se realiza en equipo, el usuario no logra diferenciar el rol de la LE del de los AE, los cuales cumplen distintas funciones en un equipo de salud.

Es por esto que nos planteamos la siguiente pregunta problema:

¿Cuál es la representación social que tienen los usuarios del primer nivel de atención referido al rol del LE?

OBJETIVO GENERAL:

Identificar la valoración de la disciplina enfermera que tienen los usuarios de los servicios de salud de PNA a través de la representación social del rol.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar la representación social de la profesión
- Describir los determinantes de la representación de la profesión de enfermería en la población.

JUSTIFICACIÓN:

Tenemos la percepción de que existe una visión distorsionada del rol del profesional de Enfermería, sustentada en las observaciones que realizamos durante nuestras experiencias clínicas. Habitualmente la población confunde al profesional con el AE, desconociendo las diferencias en la formación y responsabilidades laborales.

Consideramos importante abordar la representación que posee el usuario sobre el rol del LE para conocer si ésta se correlaciona con el rol real, el cual no solo implica la actividad asistencial, sino que abarca actividades de docencia, investigación y administración. Hemos decidido abordar la visión del usuario sobre la LE en el PNA, ya que consideramos que es allí donde menos reconocido es el rol.

El aporte del estudio consiste en identificar los determinantes positivos y negativos de la representación, los que podrían modificarse para ajustar la percepción al rol del LE, mejorando la figura pública de la profesión, promoviendo la utilización adecuada de las prestaciones que el LE brinda, mejorando el relacionamiento con la disciplina y por ende la calidad de atención. El PNA es la base del sistema de salud, así como el primer contacto que tiene la población con el sistema sanitario, por lo que se debe promover que los usuarios acudan a él para resolver tempranamente los problemas de salud. Esto se logra a través del trabajo del equipo multidisciplinario, en el cual la LE es parte fundamental, por lo que es de suma importancia mejorar la representación social con respecto a su rol.

En este sentido es esencial ser conscientes de la representación en sus dos vertientes (positiva o negativa) para fortalecer los aspectos más valorados y modificar o incorporar las críticas o las expectativas del colectivo social.

FUNDAMENTO TEÓRICO

ANTECEDENTES

La búsqueda bibliográfica se realizó en bases electrónicas en español (Scielo, Biblioteca virtual de salud, Fundación índex).

Las palabras claves utilizadas fueron: percepción, representación, visión, expectativa, imagen, rol, enfermería, identidad profesional, opinión pública.

De la búsqueda se obtienen ocho trabajos de los cuales seleccionamos los seis más relevantes y similares con nuestra investigación siendo que refieren a trabajos anteriores que tratan a la temática a estudiar. Cuatro de ellos se enmarca a nivel internacional (mayoritariamente en España) y dos a nivel nacional.

Una investigación realizada en Costa Rica (2007), planteó como objetivo la percepción de los usuarios en el PNA. Señaló que la mayoría estuvo de acuerdo en que la principal función de enfermería es el control de signos vitales y brindar primeros auxilios en caso de emergencia. La mayoría dijo no conocer a la LE (ver Referencia bibliográfica Nº1).

En un estudio realizado en la Universidad de Cantabria 2012, se planteó como objetivo describir la visión de los usuarios sobre la práctica profesional de enfermería. Se afirmó que la mayoría de los pacientes valoró a la enfermera como profesional de la salud para actividades como la cura de heridas o el control de presión arterial, sin embargo no le tendrían en cuenta en el caso de necesitar ayuda para controlar el stress o conseguir un sueño reparador así como en actividades en promoción y prevención de salud.(2)

En la Universidad de Navarra (España, 2012), un estudio mostró el predominio de la ignorancia del público sobre la esencia y el foco de la disciplina. Menciona que es una

profesión poco visible ya que la sociedad todavía no la reconoce plenamente, con un campo de competencia propio. Con respecto a la autonomía e independencia se mencionó que hay una tendencia a verla como una profesión inferior a la medicina.

"Se percibe como una profesión estrechamente relacionada con «tareas» y se confía en ella para las actividades que le han sido asociadas tradicionalmente."(3)

Un trabajo realizado en la Universidad de Sevilla 2012, planteó como objetivo el estudio de la imagen social en enfermería. Dicha investigación mencionó que existe una trayectoria de más de veinte años en la que las enfermeras reflexionan sobre su imagen social. Buena muestra de ello es que a comienzos de la última década del siglo pasado comienzan a publicarse en revistas científicas sólidos trabajos que abordan aspectos relativos a la imagen pública de la enfermería y sus repercusiones, lo cual denota ya en esos momentos un manifiesto interés y también preocupación de las enfermeras españolas por su identidad e imagen socio profesional. Una de las causas por las cuales se acrecienta el interés por abordar dicho estudio es que la enfermería no es bien conocida y reconocida por la sociedad, y no ocupa el espacio social que le corresponde en razón a su específica contribución a la salud, y todo ello a pesar de la importante evolución que ha experimentado en los últimos veinticinco años, por lo que su imagen continúa estando muy alejada de la profesión más autónoma, competente y con mayor capacidad de decisión en que se ha convertido. (4)

A nivel nacional, una investigación realizada en el PNA en Montevideo (2011), tuvo como objetivo identificar la percepción de los usuarios en relación al quehacer de la LE en el PNA. Se demostró que las actividades de supervisión tales como organización del personal de enfermería y recursos materiales, son las que el usuario mejor conoce. Solo 12% de los usuarios encuestados dijo reconocer a la LE del centro de salud.(5)

Otro estudio realizado en un Hospital público de la ciudad de Montevideo 2013, demostró que existe una tendencia de opinión positiva partiendo desde la perspectiva del usuario. Respecto a cómo ve el trabajo diario de enfermería basándose en los cuidados llamados

invisibles, (cuidados que no se suelen registrar como lo puede ser brindar espacio de escucha), un bajo porcentaje de los encuestados no los percibe. A partir de esto se observó que el usuario sí percibe los cuidados humanizados de enfermería (6).

En la misma línea de investigación del DE de FdeE, un Trabajo Final de Investigación (Montevideo) 2013, indagó sobre la percepción que tienen los estudiantes de bachillerato sobre la Imagen social de Enfermería. Los hallazgos mostraron que se vincula a la profesión con el sexo femenino, identificando las actividades de asistencia, vinculando la profesión con el área de procedimientos y un número muy pequeño a la realización de la investigación, lo que puede desdibujarse con la tarea del AE.

Parte de la población encuestada respondió que la profesión de enfermería es sumamente importante y también le genera respeto.
En cuanto a las diferencias entre el AE y LE, la mayoría de los encuestados no sabían si existían diferencias; los que diferenciaron fue la existencia de un mayor nivel de preparación del LE (7).

El estudio mencionado junto con la experiencia práctica es un punto de partida, que como grupo nos incentiva a investigar el tema y así contribuir a mejorar el conocimiento de la representación social de LE actual en nuestro país.

Estos hallazgos destacan la lejanía que existe entre la imagen que presenta el colectivo social en su mayoría con respecto a lo que es el rol del LE, haciendo hincapié en el desconocimiento que presenta la población sobre la disciplina y su rol, donde en su mayoría se la ve como una profesión inferior a otras como por ejemplo la medicina.

MARCO CONCEPTUAL:

El PNA es definido como la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población determinada y que deben ser accesibles a toda la población (8).

En él se llevan a cabo actividades de prevención, promoción, atención médica, vigilancia epidemiológica, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos. En este nivel hay condiciones más favorables para la aplicación de una atención más personalizada, humanizada, integradora y de calidad, exigiendo así el trabajo en equipo, la mirada e intervención de las distintas disciplinas, dada la complejidad de las situaciones que se presenta a diario en los servicios de salud.

Las actividades del PNA se llevan a cabo en el centro de salud y policlínicas. El mismo se define como “la estructura física y funcional donde se desarrolla una de las importantes actividades de la Atención Primaria en Salud (APS) de forma coordinada, integral, continuada, permanente y con base en el trabajo en equipo de los profesionales que actúan en el mismo centro de salud. La responsabilidad de la atención de una comunidad definida demográfica y geográficamente y en sus actividades han de estar contempladas tanto los aspectos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud como los estrictamente asistenciales curativos” (9).

En el PNA se trabaja mediante “Programas de Salud” los cuales se definen como “recursos para aplicar y promocionar a una población definida unos servicios organizados de forma coherente en el tiempo y el espacio en vista a conseguir los objetivos determinados en relación a un problema de salud determinado. Este está formado por tres factores principales: objetivo de salud expresado en términos de estado de salud, actividades o servicios y recursos humanos, físicos y financieros”(10).

Estos programas de salud toman como base fundamental la promoción de salud, la cual se define como “La suma de acciones de la población, de los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva” (11).

Uno de los agentes fundamentales en la promoción en salud es el LE Comunitaria, que se define como “el profesional responsable que investigando en conjunto con la población, conoce las necesidades de atención de salud, posee la actitud apropiada para atender en los lugares donde viven, trabajan, estudian o se relacionan en las instituciones sanitarias cuando fuera preciso, desde una concepción del enfermero como miembro de un equipo multidisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores realizando función de asistencia, docencia e investigación y fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados.”(12).

Las funciones de la LE en el PNA según la Comisión Nacional de Enfermería (CNE) del Ministerio de Salud Pública (MSP) son:

- Planificar, organizar dirigir y controlar los cuidados de enfermería en esta área de salud definida.
- Prestar cuidados de enfermería a individuos sanos y enfermos , en los diferentes ámbitos y modalidades con pautas protocolizadas definidas por el equipo de Enfermería en coordinación con el equipo de APS, a lo largo del ciclo vital
- Elaborar el diagnóstico de salud de la población con el equipo de salud, realizar y dirigir investigaciones en su área de competencia.
- Asistir a los pacientes y a su grupo familiar en los programas de atención y tratamiento en el servicio o ambulatorio.
- Registrar las actividades provenientes de los diferentes programas y de las intervenciones de enfermería realizadas y evaluar resultados.
- Gestionar Cuidados en el proceso de promoción de estilo de vida saludable, mediante la información, educación, motivación de individuos, familia y grupos.
- Cumplir con los criterios y abordajes metodológicos de Enfermería establecidos por el equipo de trabajo.

- Desempeñar tareas afines que le sean encomendadas en el área de la disciplina.

A su vez la CNE, por medio de la ordenanza 879/005 con el objetivo de definir políticas de desarrollo de Enfermería a nivel nacional, propone la dotación de enfermería para el primer nivel de atención:

- 1 LE cada 1800 usuarios.
- 1 AE cada 1000 usuarios.

Reseña de actividades de los LE del Centro de Salud Cruz de Carrasco (Anexo Nº5)

El centro de salud cuenta con 2 LE, distribuidos en el horario de atención del centro (mañana y tarde). La LE del turno matutino desempeña tareas como organización de los RRHH, organización y distribución de los recursos materiales (economato) tanto para centro como para las policlínicas periféricas, responsable del programa aduana y mujer y género. Además de realizar actividades educativas y en coordinación con distintos efectores en la comunidad. También en caso de faltante de recursos humanos realiza actividades asistenciales ya sea control de signos vitales en adultos o antropometría en pediatría. Él LE del turno tarde se encarga de la organización de los RRHH de este turno, realiza y planifica actividades educativas en la comunidad, lleva a cabo, entre otros, el programa de salud escolar dentro del cual asiste a la escuela N° una vez a la semana a realizar actividades de promoción y prevención. A su vez en caso de faltante de RRHH de enfermería realiza tareas asistenciales. También cuentan con una LE en territorio que desempeña sus tareas en las policlínicas periféricas.

Ya definido PNA y las actividades que realiza LE en el mismo, citaremos RE y la historia de la profesión.

La **representación social:**

La Representación Social se define como “el contenido mental concreto de un acto de pensamiento que restituye simbólicamente algo ausente, que aproxima algo lejano. Particularidad importante que garantiza a la representación su aptitud para fusionar concepto y su carácter de imagen.” (13).

En todo caso, la representación siempre es portadora de un significado asociado que le es inherente. Al ser formulada por sujetos sociales, no se trata de una simple reproducción sino de una complicada construcción en la cual tiene un peso importante, además del propio objeto, el carácter activo y creador de cada individuo, el grupo al que pertenece y las constricciones y habilitaciones que lo rodean.

Para resumir, se acepta que toda RS posee los siguientes rasgos (Jodelet, 1986: 478):

a) siempre es la representación de un objeto.

b) tiene un carácter de imagen y la propiedad de poder intercambiar lo sensible y la idea, la percepción y el concepto.

c) tiene un carácter simbólico y significante.

d) tiene un carácter constructivo.

e) tiene un carácter autónomo y creativo

Banchs (1984) aporta su propia definición, en la que remarca el doble carácter de la RS como contenido y como proceso: en tanto que una particular forma de conocimiento y también una estrategia de adquisición y comunicación del mismo conocimiento. Por lo tanto son una forma de construcción mental de la realidad generada en el intercambio de información entre sujetos. Banchs elabora una interpretación de la idea de RS mostrándola como una forma del conocimiento de sentido común que caracteriza a las sociedades modernas “bombardeadas “de manera constante por la información que los medios de comunicación divulgan (15).

Hay muchas definiciones y teorías entorno a las representaciones sociales. Nosotros tomaremos para nuestra investigación la siguiente e definición:

Moscovici las define como un "conjunto de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interindividuales. Equivalen, en nuestra sociedad, a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; puede, incluso, afirmarse que son la versión contemporánea del sentido común" (14). Del mismo modo Moscovici plantea que la RS es una modalidad particular del conocimiento cuyas funciones es la elaboración de los comportamientos y las comunicaciones entre los individuos (16).

El concepto de **profesión**, es habitualmente asociado en el colectivo social a un título que es obtenido a través de estudios superiores. Sin embargo, el término requiere mayor análisis desde su concepto, evolución histórica y de este modo lograr comprender como se fue perfilando una profesión dentro de la sociedad.

Para Max Weber (1901), la profesión estaba vinculada a lo religioso en la tradición cristiana, puesto que el acto de profesar está relacionado con la voluntad de consagrarse a Dios, obedecer a un ser superior, con un alto contenido de ascetismo, de entrega y de sufrimiento.

Por otra parte, la expansión de los conocimientos técnicos, la explosión demográfica y el crecimiento de los centros urbanos en el siglo XIX, durante la revolución industrial, contribuyeron a modificar la organización social existente, propiciando la creación de tareas profesionales más especializadas (Barrón, 1996).Estos factores produjeron que, a principios del siglo XX, se incorporara la concepción de lo profesional como producto de las transformaciones producidas por la industrialización.

En este contexto, en 1915, Flexner sugirió que para reconocer este campo, era necesario tomar en cuenta la implicación de operaciones intelectuales, las cuales adquieren su material de la ciencia y de la instrucción. Señala, además, que el manejo de este material es con un fin definido y práctico, el cual posee una técnica educativa comunicable, se tiende a la organización entre sus propios miembros y se vuelve cada vez más altruista.

Para la década de los treinta, Carr Saunders y Willson (1933) señalan que una ocupación alcanzaba el estatus de una profesión. En 1953, Cogan refería que la profesión tenía una obligación ética de proveer servicios altruistas al cliente; su definición la basaba en

conjeturas teóricas de algunas áreas de conocimiento específico y sus habilidades (Pou, 1986).

Estudios realizados en la década de los sesenta definían la profesión a partir de un cuerpo específico de conocimientos para actuar en una realidad social organizada. Por su parte Wilensky (1964) estableció que la profesión es una organización ocupacional adquirida a través de una formación escolar, y establece que una profesión se considera cuando supera cinco etapas de profesionalización: trabajo ocupación de tiempo integral como consecuencia de la necesidad social del surgimiento del mercado de trabajo; crean escuelas para el adiestramiento y formación de nuevos profesionales; definen perfiles profesionales; reglamentan la profesión mediante competencia del saber y de la práctica profesional; y adoptan un código de ética profesional

Millerson (1964) en este contexto, definió toda profesión debe cumplir con características que midan el grado de profesionalización de las diferentes ocupaciones, los profesionistas deben tener un sueldo elevado, un estatus social alto y autonomía en su trabajo. Desde el funcionalismo, Millerson ya lo citaron en el párrafo anterior explicaba que las profesiones realizan funciones que son valoradas, tales como la utilización de capacidades basadas en conocimientos teóricos; educación y formación; garantía de competencia en los individuos debida a exámenes; tener un código de conducta que garantice la integridad profesional; realización de un servicio para el bien público; existencia de una asociación que organice a sus miembros.

Por su parte, Schein (1970) estableció que las profesiones constituyen conjuntos de ocupaciones que han desarrollado un sistema de normas derivadas de su papel especial en la sociedad. El profesional es distinto del aficionado, está dedicado a una ocupación que constituye su fuente de ingresos.

Para que pueda existir una auténtica profesión, Johnson (1972) señaló que es necesario que las personas que practican la ocupación formen un grupo homogéneo. Asimismo, Parkin (1979) sugiere que se siguen estrategias de exclusión para restringir el acceso a las profesiones.

De acuerdo con esto, en los años ochenta, una profesión se definía como una ocupación que se regulaba a sí misma mediante una capacitación sistemática y obligatoria en un

ámbito universitario, basado en conocimientos especializados y técnicos, y orientado más al servicio que hacia las utilidades pecuniarias, principio consagrado en su código de ética (Starr, 1982). En este contexto, la profesión era considerada como un fenómeno sociocultural en el cual intervienen un conjunto de conocimientos y habilidades, tradiciones, costumbres y prácticas que dependen del contexto económico, social y cultural en el que surge y se desarrolla.

Las profesiones se estructuraron con base en una segmentación de la producción del conocimiento y de su propio ejercicio ante la necesidad de regular y reglamentar las formas de ejercicio de las habilidades profesionales, buscando legalizar lo escolar como la única forma válida de tener acceso al conocimiento.

Las profesiones son consideradas autónomas se encuentran establecidas y legitimadas, por formas y sistemas de organización social. Otros elementos son su legitimación intrínseca, su validez y su función enmarca por características históricas de la sociedad en que ha surgido y se ha desarrollado.

Sus modos de formación, reproducción, exclusión, certificación y evaluación dependen de las condiciones en las que surge, de los intereses de quienes la promueve y del poder político de sus miembros. En consecuencia, la profesión, como unidad estructural de la sociedad moderna, condensa procesos y elementos de la realidad social, política e ideológica en la que se circunscribe, formalmente establecida y legitimada por el sector social que las ha constituido como tales.

A partir del trabajo de Cleaves (1985), una nueva concepción de la profesión se da, por lo que sostiene que las profesiones requieren de un conocimiento especializado, una capacitación educativa de alto nivel, control sobre el contenido del trabajo, organización propia, autorregulación, altruismo, espíritu de servicio a la comunidad y elevadas normas éticas.

Por otra parte, algunos autores como Brunner y Flisfich (1989), consideran que las profesiones son imprescindibles, tanto porque poseen un saber técnico, como por los valores que representan.

En el marco de la globalización, las profesiones son influidas por las nuevas tecnologías, esto propicia el surgimiento de nuevas profesiones. En este sentido, Dingwall (1996)

señala que las profesiones de ahora, sólo tienen del pasado la continuidad simbólica con el grupo ocupacional de referencia de la Edad Media (17).

A partir de esto es pertinente citar lo señalado por *Ellis* y *Hartley* (18), quienes en 1997 propusieron siete características de las profesiones.

1. Tener *un cuerpo definido y organizado de conocimientos intelectuales que puedan ser aplicables a la actividad del grupo.* Si bien es cierto, enfermería adquiere conocimientos de otras disciplinas, se ha logrado en base a éstos, establecer un cuerpo de conocimientos, representados en teorías y modelos que sustentan el quehacer.

2. Utilización *del método científico*. El proceso de atención de enfermería es el resultado de esfuerzos que comenzaron a realizarse a mediados del siglo veinte. Este proceso consiste en la aplicación del método científico, como método sistemático que permite fundamentar la práctica de los cuidados, en pos de mejorar la atención brindada a las personas.

3. *Formar profesionales en instituciones de alto nivel educacional.* Florence Nightingale desarrolló el primer programa organizado de formación para enfermeras, en 1860.

El objetivo era preparar enfermeras de hospital, enfermeras prácticas cuya dedicación fuera la de atender enfermos pobres, y por otro lado enfermeras capacitadas para formar a otras (19).

4. *Funcionar con autonomía en la formulación del control profesional de sus actividades profesionales.* La conquista de la autonomía asegura el derecho a la práctica profesional (20) y ha sido considerada como un indicador de la profesionalización de la disciplina (21). La autonomía se asocia a independencia, asumir riesgos y responsabilidad en el quehacer (22).

La era Nightingale, ha constituido un factor determinante en el desarrollo de la autonomía de las enfermeras.

Esto se comienza evidenciar con la formación de un cuerpo de conocimientos, la aplicación del método científico, la postulación de modelos y teorías que orienten el

quehacer y fundamenten la profesión, emergiendo la autonomía de los cuidados de enfermería en el objeto central de estudio, que es el cuidado del individuo o comunidad.
En la medida que la enfermera se ha empoderado de los cuidados como su principal propósito, y cuenta con argumentos teóricos, es capaz de perfilar un quehacer autónomo e indelegable.

5. *Desarrollar un código de ética profesional*. El código de conducta en enfermería data desde las escuelas Nightingale, donde era requisito para las postulantes una conducta y disciplina intachables. El primer código de ética en enfermería fue publicado por la Asociaron Nursing American (ANA) en 1953 (23).

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), adoptó por primera vez un Código internacional de ética para enfermeras en 1953 (24). Actualmente el documento en que el CIE establece las normas y valores de la actividad del profesional de enfermería es el Código deontológico. El *Código deontológico del Colegio Internacional de Enfermeras para la profesión de enfermería* tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética; enfermería y las personas, enfermería y la práctica, enfermería y la profesión y enfermería y sus compañeros de trabajo (25).

6. *Reconocer a la profesión como una contribución a la sociedad por los servicios que presta.*

Se reconoce desde tiempos de Nightingale la misión humanitaria de las enfermeras.(26)

7. *Realizar esfuerzos para ofrecer compensación a los profesionales por medio de autonomía, desarrollo profesional y seguridad económica*. La enfermería a través de sus organizaciones nacionales e internacionales ha realizado grandes esfuerzos por la profesión en estos puntos.

Podemos decir que Enfermería ha ido evolucionando hasta instaurarse como una profesión, presentando las características definidas por Ellis y Hartley de lo que es una profesión en la sociedad.

A partir de estas siete características de las profesiones en la sociedad, determinaremos

las variables para realización del cuestionario. Siendo que enfermería es una profesión cumple con estos 7 puntos los cuales la definen como tal. El cuestionario se basara en las variables sexo, nivel académico, actividades que realiza, identificación y sentimientos que genera el LE.

Dichas variables no solo fueron seleccionados a partir de las siete características mencionadas sino que también nos apoyamos en antecedentes previos y nuestra experiencia práctica.

Existen antecedentes que caracterizan históricamente a la Enfermería y que seguramente ejercen un peso importante en la valoración que se realiza de la misma: el género al que pertenecen sus miembros, su origen religioso primero y luego militar, etc. En lo que respecta al género, históricamente la profesión se encuentra vinculada a la mujer. La enfermería como profesión se fue perfilando a través de los años. Para comprender esto, debemos hacer una breve revisión histórica del desarrollo de los cuidados en la sociedad, tan antiguos como el hombre mismo, y su asociación con el desarrollo de la enfermería. Según Colliere (27), los cuidados en salud durante millares de años no fueron propios de un oficio, ni menos de una profesión determinada. Estaban ligados a la mujer, históricamente vinculados a las actividades de cuidar la vida y preservar la especie, en cambio los hombres eran asociados a actividades relacionadas a la defensa y salvaguardar los recursos

Desde, un inicio la salud y la enfermedad han estado relacionadas con lo sobrenatural, representadas por encantamientos, exorcismo, ofrenda a dioses, plegarias y sacrificios, la atención corría a cargo de personas elegidas: hechiceros, brujos y curanderos.
En el mundo occidental la influencia ha sido el cristianismo: los cuidados de mujeres consagradas están dirigidos a pobres, humildes e indigentes. Desarrollan comportamientos de obediencia y sumisión. Al cuidado del cuerpo se le sumaba el cuidado espiritual.
Los monasterios se convirtieron en un centro de asistencia a enfermos.
Con el paso de la edad media a la edad moderna las órdenes religiosas se

especializaban en la asistencia sanitaria y el estado asumirá poco a poco a este terreno. En hospitales religiosos la asistencia corría a cargo de mujeres de la orden, sin salario ni horario. En los hospitales civiles comienza una cierta profesionalidad porque la atención corre a cargo de mujeres con salario y horario.

Enfermería también se encuentra unida a lo militar dado que en épocas de guerra aumentaban las necesidades de cuidado por parte de los heridos. Ya en la edad media, con las cruzadas se crearon órdenes militares de Enfermería. En tiempos de guerra las mujeres se incorporaban voluntariamente o eran reclutadas para el cuidado de los heridos. La Cruz Roja ha representado un importante papel en este aspecto reclutando y formando personal para asistir a heridos en conflictos bélicos (28).

Con el avance de la ciencia, las nuevas tecnologías en el ámbito médico hicieron necesarios más colaboración, surgiendo el concepto de mujer cuidadora– auxiliar del médico, cuya labor estaba apegada en estricto a las indicaciones médicas. Los conocimientos adquiridos por las cuidadoras en ese entonces eran transmitidos por los médicos, fundamentalmente en áreas de patologías y diversas técnicas.

Podemos decir que la inclusión de la profesión al sistema universitario permitió una formación adecuada, estableció un sistema de enseñanza que instauró en esa época a la enfermería como profesión. Hoy con la formación de un cuerpo de conocimientos, la aplicación del método científico, la postulación de modelos y teorías que orienten el quehacer, se fundamentan las bases de la profesión y emerge la autonomía de los cuidados basados en evidencia científica, como su objeto central de estudio que es el cuidado del individuo o comunidad.

En la medida que la enfermera se ha empoderado de los cuidados como su principal propósito, y cuenta con argumentos teóricos, es capaz de perfilar un quehacer autónomo e indelegable (29).

Para las actividades que realiza el LE la conquista de la autonomía asegura el derecho a la práctica profesional y esta ha sido considerada como un indicador de la profesionalización de la disciplina. La autonomía se asocia a independencia, asumir riesgos y responsabilidad en el quehacer (30).

Él LE realiza actividades no solo dirigidas a cumplir indicaciones médicas sino que en lo asistencial existen actividades independientes. Se cumplen también actividades orientadas a la docencia, administración, investigación las cuales desde nuestra experiencia práctica pueden ser poco visibles para el usuario.

METODOLOGÍA:

Se utilizó un enfoque cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

Universo de estudio:

Está conformado por todos los usuarios que reciben atención por parte del equipo de enfermería, que asisten al Centro de Salud Cruz de Carrasco, de Montevideo, Uruguay.

Muestra:

Por conveniencia debido a la accesibilidad del centro, se seleccionan usuarios que asisten al Centro De Salud Cruz de Carrasco, entre el 15 y el 30 de diciembre 2014 y acceden a participar.

Criterios de inclusión:

Usuarios mayores de 18 años.
Usuarios que aceptaron participar en la investigación. Se les solicitó la firma del consentimiento informado (Anexo número 2).

Recolección de información e instrumentos utilizados:

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue una encuesta elaborada por los investigadores. La misma se caracterizó por tener preguntas dicotómicas, de respuesta múltiple y abierta, Se aplicó individualmente, mediante entrevista. (Anexo 3)

Aspectos éticos:

De acuerdo con la Declaración de Helsinki (31), en relación a los principios éticos para las investigaciones médicas con seres humanos, la información personal de los participantes se trató de manera confidencial. No existió riesgo alguno para los participantes en esta investigación, siendo éstos libres de optar por acceder o no a la misma.

Para lograr realizar nuestra investigación, se solicitó a la RAP y a las autoridades del Centro de Salud el permiso correspondiente (Anexo número 1).

Definición de variables.

La población se caracterizó por las variables:

SEXO:

Definición conceptual: características biológicas determinadas que hacen posible reconocer como diferente a hombres y mujeres. Tipo de variable: cualitativa nominal.

Categoría:

- Femenino (F)
- Masculino (M).

EDAD:

Definición conceptual: periodo de años comprendido desde el nacimiento hasta la fecha actual.

Tipo de variable: cuantitativa continúa.

Definición operacional: años con los que refiere contar el usuario al momento de aplicar el cuestionario.

Categorías:

- 18 a 33 años
- 34 a 49 años
- 50 a 65 años
- ≥66 años

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

Definición conceptual: nivel de educación alcanzado por un individuo.

Definición operacional: Nivel máximo alcanzado en los estudios referido por el usuario

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Categorías:

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Nivel terciario incompleto
- Nivel terciaria completo
- Universitario
- Otros

ANTIGÜEDAD DE CONCURRENCIA:

Definición conceptual: Periodo de tiempo, comprendido desde la primera consulta al centro hasta la fecha actual.

Definición operacional: tiempo que refiere el usuario que asiste al centro.

Tipo de variable: cuantitativa nominal.

Categoría:

- primera vez que concurre
- Hace 6 meses

- Entre 6 meses y 1 año
- > 1 año

REPRESENTACIÓN SOCIAL LE: Es una variable compleja que se construyó a partir de las dimensiones:

Identificación del LE:

Acción de reconocer o probar que una persona o cosa es la misma que se busca o se supone.

Tipo de variable: cualitativa nominal

Definición Operacional: Identificación del LE entre los integrantes del equipo de enfermería

Categoría:

- SI
- NO

SEXO DEL LE: sexo que creen los usuarios que es el más convencional para dicha profesión.

Tipo de variable: cualitativa nominal

Categoría:

- Femenino
- Masculino
- Indiferente

NIVEL ACADÉMICO DEL LE: es el reconocimiento de la formación educativa o profesional que una persona posee tras realizar los estudios en una institución universitaria.

Tipo de variable: cualitativa nominal

Categorías:

- Universitaria
- Secundaria
- No sabe

ACTIVIDADES DEL LE: Tareas que consideran los usuarios que debe realizar el LE.

Tipo de variable: cualitativa nominal

Definición Operacional: son las actividades que considera el usuario que realiza el LE.

Pregunta de respuesta abierta

DETERMINANTE DE LA REPRESENTACION SOCIAL

- SENTIMIENTOS QUE GENERA EL LE: Sensación, disposición emocional que tienen los usuarios sobre el LE.

Tipo de variable: cualitativa nominal

Pregunta de respuesta abierta

- EXPERIENCIAS PREVIAS CON LE: condicionantes que influyen en la valoración que tienen los usuarios sobre la profesión.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Categorías:

- Tener un familiar enfermo.
- Tener conocidos que sean LE
- Haber sido atendido alguna vez por un LE
- Información de los medios de prensa sobre el LE
- Ninguna información o conocimiento del LE
- Otro

- IMPORTANCIA DE LA PROFESIÓN LE: Cualidad que hace a una profesión tener una influencia, valor, magnitud o interés superior a las demás.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Definición Operacional: Se preguntará qu profesión jerarquizan como de mayor importancia. Se darán opciones de varias profesiones donde se puntuara del 1 al 5, siendo 1 menos importante y 5 de mayor importancia.

Categorías:

- Licenciado en Enfermería
- Auxiliar de Enfermería
- Medico
- Psicólogo
- Nutricionista

RESULTADOS

Para dicha investigación la recolección de datos se llevó a cabo entre los días del 15 al 30 de diciembre 2014, obteniendo una muestra de 115 usuarios quienes cumplieron con el criterio de inclusión planteado al comienzo.

Tabla N°1: Distribución de la población según sexo.

Sexo	FA	FR%
Masculino	39	33,9%
Femenino	76	66,1%
Total	115	100,0%

En el periodo se abarcó un total de 115 personas. Se destacó que el sexo femenino es mayor (66.1%).

Tabla N°2: Distribución de la población según edad.

Edad	FA	FR%
18-33	13	11,3%
34-49	28	24,40%
50-65	40	34,80%
≥66	34	29,50%
Total	115	100,0%

El mayor porcentaje fue el adulto ≥ 50 años con una frecuencia de 64% si sumamos las dos últimas categorías.

Tabla N° 3: Distribución según nivel de instrucción de los usuarios.

Nivel de instrucción	FA	FR%
Primaria incompleta	15	13,0%
Primaria completa	51	44,4%
Secundaria incompleta	36	31,3%
Secundaria completa	7	6,1%
Nivel terciario incompleto	2	1,7%
Nivel terciario completo	2	1,7%
Universitario	1	0,9%
Otros	1	0,9%
Total	115	100,0%

El 87% de los encuestados tienen estudios superiores a primaria.

Tabla N°4: Distribución según la antigüedad de concurrencia

Antigüedad de Concurrencia de la Policlínica	FA	FR%
Primera vez que concurre	11	9,6%
Hace 6 meses	12	10,4%
Entre 6 meses y 1 año	8	6,9%
≥ 1 año	84	73,1%
Total	115	100,0%

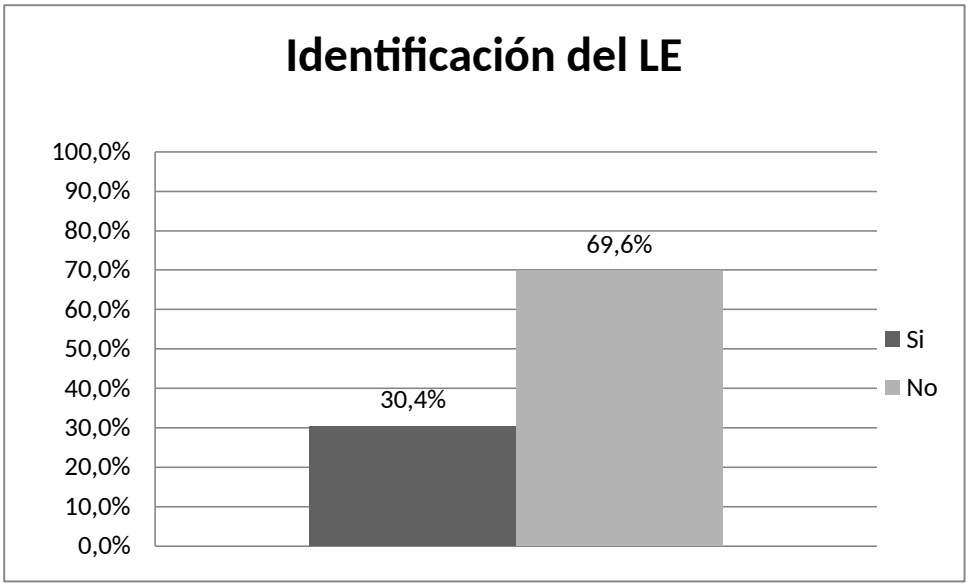
Destacamos que el 73.1% de la población concurre al centro hace más de 1 año.

Tabla N°5: Distribución según identificación del LE.

Identificación del LE			FA	FR%
Si			35	30,4%
No			80	69,6%
Otros			115	100,0%

El 70% no reconoce al LE.

Grafica N°5:



A partir de esta variable se reduce el N a 35, debido a que este es el número de usuarios que reconocen LE. El resto de las cuestiones se relacionan y es condicionado por esta característica.

Tabla N°6: Distribución según creencia del Sexo que debe tener el LE.

Sexo del LE	FA	FR%
Masculino	0	0%
Femenino	9	25,7%
Indiferente	26	74,3%
Total	35	100%

La mayoría considera que no existe una selección de género para ser LE (74.3%).

Tabla n°7: Distribución según creencia del Nivel de instrucción que debe tener él LE

Nivel de instrucción del LE	FA	FR%
Universitarios	24	68,6%
Secundario	6	17,1%
No sabe	5	14,3%
Total	35	100,0%

El (68.3%) refiere que la LE es una carrera Universitaria. Aún existe un porcentaje (31.4%) que no nos reconoce como universitarios.

Tabla N°8: Actividades que identifican como propias del LE.

Actividad que realiza LE	N
Dirigir	2
Administrar	2
Conocer historias clínicas de los ptes	1
Autorizar libres a las enf	1
Atender ptes junto a las enf	5
Ayudar al medico	1
Controles vitales	5
Higienes	5
Coordinar	2
No sabe que tarea realiza	5
Tomar P/A	6
Curación	10
Medicación	5
Supervisión	2
Talleres (actividades educativas)	3
Cuidados de enf.	4
Inyectables	5
Total	64

Se describen 64 actividades propias del LE. Se agruparon y clasificaron las actividades mencionadas de acuerdo a las funciones de asistencia, administración, docencia e investigación, como se presenta en la tabla Nº 9.

Tabla N° 9: Clasificación de las actividades del LE según funciones profesionales.

Funciones que realiza LE	FA	FR%
Docencia (Educación)	3	4,6%
Investigación	0	0,0%
Asistencia	46	71,8%
Administración	10	15,8%
No sabe que tareas realiza	5	7,8%
Total	64	100,0%

Resaltamos que las función más destacada es la asistencia (71.8%).
No identifican la investigación del LE. El 7.8% desconoce sus funciones

Tabla N°10: Distribución según Sentimiento que genera él LE

Sentimiento que genera el LE	FA	FR%
Indiferencia	12	34,2%
Admiración	3	8,6%
Respeto	20	57,2%
Otros	0	0,0%
Total	35	100,0%

Al mayor porcentaje de la población (57.7%) el LE genera un sentimiento de respeto y al 8.6% de admiración. Ambos (66%) son sentimientos positivos

Tabla N°11: Distribución según experiencias previas.

Experiencia previas con- LE	FA	FR%
Tener un familiar enfermo	13	37,1%
Tener conocidos que sean LE	3	8,6%
Haber sido atendido alguna vez por LE	12	34,3%
Información de los medios de prensa sobre LE	2	5,7%
Ninguna información y conocimiento LE	5	14,3%
Total	35	100,0%

Destacamos que la experiencia previa más frecuente con él LE fue a nivel del trato directo y personal con el (71.4%), aquí sumamos los porcentajes de las categorías "tener un familiar enfermo" y "Haber sido atendido alguna vez por un LE" ya que ambas implican un relacionamiento, paciente o familiar con LE.

Tabla N°12: Nivel de importancia de la profesión LE.

Categoría Profesional	1		2		3		4		5	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Licenciado de Enfermería	4	11.4%	2	5.5%	5	14.4%	16	45.7%	8	22.8%
Auxiliar de enfermería	7	20.5%	6	17.1%	14	40%	5	14.2%	3	8.7%
Medico	0	0%	1	2.8%	4	11.4%	6	17.3%	24	68.5%
Nutricionista	11	31%	16	45%	8	22.8%	0	0%	0	0%
Psicólogo	13	37.1%	10	29%	4	11.4%	8	22.8%	0	0%
Total	35	100%	35	100%	35	100%	35	100%	35	100%

Referencia del nivel de importancia de la profesión.

1. No importante
2. Muy poco importante
3. Poco importante
4. Importante
5. Muy importante

Destacamos que el medico obtuvo el mayor porcentaje (68.5%) de ubicación en el nivel de mayor importancia.
Solo 8 usuarios (22.8%) del total de 35, identifican como muy importante la profesión del LE.

DISCUSIÓN.

Esta investigación tuvo como objetivo identificar la representación social del rol LE en la población de usuarios del PNA, localizados en el Centro de Salud de la Cruz de Carrasco.

En la población estudiada podemos destacar que el mayor porcentaje de los usuarios es de sexo femenino el cual corresponde al 66.1% siendo el 33.9% del sexo masculino, lo cual coincide con los datos estadísticos del centro.

En relación a la edad, el 34.8% de usuarios son adultos entre 50 – 65 años y el 29.5% corresponde al adulto mayor (mayores de 66 años), esto se relaciona con la población usuaria del centro en la que predomina el grupo etario adultos.

El 73.1% hace más de un año que concurren al Centro de Salud Cruz de Carrasco, tomamos este dato como relevante ya que ha habido un tiempo de contacto que permite el conocimiento de los roles de los integrantes del equipo a diferencia de la gente que va por primera vez. Sin embargo, el mayor porcentaje de la población estudiada (el 69.3%) refiere que no identifica al LE.

Solo el 30.4% de la población encuestada identifica al LE, este es el subgrupo que se toma como referencia para explorar las siguientes variables.

El 74% de los encuestados no identifica que el género sea una variable determinante en el desarrollo de la función del LE. Consideramos un aspecto a destacar, ya que a lo largo de la historia de la enfermería y de las profesiones los cuidados de la salud estaban ligados a la mujer, vinculados a las actividades de cuidar, en cambio los hombres eran asociados a actividades relacionadas a la defensa y la adquisición de los recursos.

El 68.6% de los encuestados refirió que se requiere un nivel académico Universitario. La representación que el usuario tiene de la formación de LE ya no está estrechamente ligada a escuelas o conocimientos adquiridos a lo largo del tiempo.

En contrapartida todavía existe un 31.1% que no reconoce la profesión como Universitario, este dato coincide con los antecedentes citados para nuestro trabajo.

Haciendo referencia a la investigación "Visión de la profesión de Enfermería en estudiantes de Bachillerato", destacaron que el 50% de los encuestados no reconoce a la profesión como de nivel universitario.

El 71.8% de los usuarios refirió que los LE realizan actividades relacionadas a la asistencia, refirieron mayormente toma de signos vitales, curación de heridas, entre otros. Al igual que en los antecedentes estudiados a nivel internacional y nacional, el usuario sigue reconociendo este tipo de actividades como las principales realizadas por los licenciados. Esto no solo se debe a un desconocimiento del rol en si (el cual implica actividades de docencia investigación y administración), sino al impacto de que la falta de recursos humanos tanto a nivel de LE como de AE que impide el desarrollo pleno de su rol, limitándose al cumplimiento de las funciones básicas brindadas en el servicio.

Es notoria la ausencia del LE en la comunidad, si bien existen actividades que se realizan en la escuela en marco del programa salud escolar, esto no es suficiente para poder lograr establecer un vínculo con la comunidad y que el usuario reconozca al LE como efector en promoción y prevención de salud.

Las actividades relacionadas a la administración con un 15.8% ocupan el segundo lugar destacándose entre ellas la supervisión y distribución del personal.

Con un 4.6% se encuentran las actividades relacionadas a la educación, específicamente los usuarios hacen referencia a las actividades educativas realizadas en el centro y grupos de reunión como ejemplo obesos-diabéticos - dislipemias e hipertenso (ODDH). Esto lo consideramos en la parte de talleres que es educación brindada a los usuarios

Con respecto a la variable "sentimientos que genera él LE" podemos apreciar que la categoría que predomina es respeto y admiración con un 65.8% seguido de indiferencia 34.2%.

Indagando la experiencia previa que tiene el usuario con el LE, el 37,1% manifestó haber reconocido la figura por tener un familiar enfermo y el 34.3%por haber sido atendido por

un LE, ambos valores se unen a través del relacionamiento que se genera entre el paciente o familiar (como sujeto de cuidados) y LE (como gestor de cuidados)

Con el determinante nivel de importancia, podemos apreciar que el médico fue considerado como muy importante (68.5%). Esto está relacionado con los antecedentes previos donde se destaca que siempre se valorizo más el rol del médico que el del LE.
En nuestro trabajo el nivel de valorización del rol del LE fue considerado importante.

CONCLUSIONES

Luego de haber analizado los datos recabados podemos concluir que se logró realizar una aproximación a la representación social del rol del LE que tiene la población.
Si bien reconocemos que la muestra no es representativa de la población ya que el tiempo de recolección de los datos no fue el suficiente.

Pudimos alcanzar los objetivos planteados al comienzo de la investigación conociendo la representación social del LE y sus determinantes.

Mayoritariamente no se identifica la figura del LE en el equipo de enfermería. Hay factores que interfieren con una adecuada identificación del rol como la concomitancia de diferentes denominaciones para la profesión y la baja dotación de LE en los servicios, lo que no permite el desarrollo de las actividades propias de la profesión. Suponemos que por ello el usuario asocia más al LE con actividades asistenciales, confundiendo las funciones entre el AE y el LE, no reconociendo su rol en el equipo de salud.

En lo que respecta a la valoración de la disciplina enfermera podemos decir que es buena por parte de los usuarios que reconocen su rol, esto se traduce en la jerarquía e importancia que le asigna a la profesión, existiendo aun una gran mayoría que valoriza más la profesión médica sobre la profesión enfermera.

SUGERENCIAS:

- A partir de nuestro trabajo sugerimos que podía profundizarse la investigación, para determinar por qué se produce un desconocimiento del rol.
- Fomentar la participación activa del equipo de enfermería en cuanto al cumplimiento del rol en el seguimiento de usuarios con patologías crónicas, como por ejemplo consultas de enfermería, participación en las consultas, visitas domiciliarias y actividades educativas integradas en el equipo.
- Fomentar la importancia de un buen vínculo del equipo de salud con el usuario.

Como reflexión grupal consideramos que para ser reconocido y valorado el rol del LE es fundamental un mayor acercamiento a la población promoviendo actividad educativas y participativas.

Como futuros LE, esta investigación nos ha brindado herramientas para el futuro ejercicio de la profesión, estimulando el espíritu de investigación y mejora, impulsándonos a la búsqueda de posibles soluciones, y a la participación activa, considerando fuertemente la percepción del usuario en relación al proceso salud y enfermedad.

REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA

1 Matamoros S, Obando N, Rivera S, Romero D, Torres C, Guzmán A. Percepción de los usuarios y usuarias sobre el quehacer de enfermería en el primer nivel de atención. Rev Enf Actual Costa Rica [Internet] 2007; (12): 1-12.
Disponible en: http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/3599/3507 [consulta: 12 dic 2013].

2 Fernández Sierra, C. Conformación de la opinión social de la enfermería [tesis]. Cantabria: Universidad de Cantabria, Departamento de Enfermería; 2012. Disponible en: http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/886/FernandezSierraC.pdf?sequence=1 [consulta: 12 dic 2013].

3 Errasti-Ibarrondo B, Arantzamendi-Solabarrieta M, Canga-Armayor N. La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. Anales Sis San Navarra [Internet] 2012; 35(2): 269-83. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272012000200009&lng=es [consulta:20 febrero 2014].

4 Calvo Calvo M. Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. Index Enferm [Internet] 2011; 20(3): 184-88. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200010&lng=es

5 Agoglia L, Camacho E, González K, Juárez J, Techera M, Tirelli C. Percepción de los usuarios sobre el quehacer de la Licenciada en Enfermería en el primer nivel de atención [tesis]. Montevideo: Facultad de Enfermería, UdelaR; 2011.

6 Cortinas MJ, Cros ML, López L, Pacilio M, Salazar A. La gestión de cuidados: percepción del cuidado invisible [tesis]. Montevideo: Facultad de Enfermería, UdelaR; 2013.

7 Hernández Y, Maciel C, Olivera L, Santana V. Visión de la profesión de Enfermería en estudiantes de Bachillerato [tesis]. Montevideo: Facultad de Enfermería, UdelaR; 2013.

8 Barrenechea C, Menoni T, Lacava E, Monge A, Acosta C, Crosa S. Actualización en salud comunitaria y familiar: herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Montevideo: CSEP, 2009.

9 Benia W, Reyes I,coord. Temas de Salud Pública. Montevideo: FEFMUR; 2008.

10 http://www.revenf.ubsr.ac.cr/files/archivos_Ediciones/edicion12/percepccion .pdf

11 Organización Panamericana de la Salud. Planificación local participativa: metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe. [Internet]. 1999. Disponible en: http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo5/planificacion_local_participativa_metodologias_para-la_promocion_de_la_salud_en_alc.pdf [consulta:20 marzo 2014].

12 Ibid

13 La representación social: fenómenos, conceptos y teorías. En: Jodelet D. Pensamiento y vida social. [Internet]. 1986. Cap 13. Disponible en: http://sociopsicologia.files.wordpress.com/2010/05/rsociales-djodelet.pdf [consulta:15 julio 2014].

14 Farr, Robert. Las representaciones sociales. En: Moscovici S. Psicología social II. Barcelona: Paidós, 1985. p. 495-506.

15- Mora M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Mosivici. Athenea Digital [Internet] 2002; (2): 17-18. Disponible en:

http://www.insumisos.com/bibliotecanew/Teoria%20de%20las%20representaciones%20sociales.pdf [consulta: 10 julio 2014].

16 Ibid.

17-Roasa M. Usos y apropiaciones de las tecnologías de la información y comunicación en la formación del comunicador social, caso: Universidad Veracruzana. [Internet]. 2007. Disponible en:
http://www.eumed.net/libros-gratis/2010a/634/indice.htm [consulta: 10 set 2014].

18- Ellis A, Hartley M.El compromiso social de enfermería como disciplina científica .Universidad de Concepción, Chile. 1988.

19- Donahue P. Historia de la Enfermería. 1 ed. Mosby. Madrid ; 1985

20- Rodríguez J, Guillen M. Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea. Revista española de investigaciones sociológicas. [Internet]. 2009; 59: 9-18. Disponible en: http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_059_03.pdf [consulta: 10 set 2014].

21- Tapp D, Stansfield K, Stewart J. Autonomía en la práctica de enfermería. Revista Aquichán. [Internet]. 2005; 1(5): 114-27. Disponible en:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100012 [consulta: 10 set 2014].

22 Burgos M, Paravic T. Enfermería como profesión. Rev Cubana Enfermer [Internet] 2009; 25(1-2): 1-9. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf101_209.htm [consulta: 15 setiembre 2014].

23- Ibid.22

24 Ibid.22

25- Consejo Internacional de Enfermeras. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf [consulta: 10 set 2014].

26- ibid.22

27-ibid.22

28 Suarez C, Guevara C , Villegas M Historia de la enfermería Disponible en URL: http://es.slideshare.net/maariacristinavillegas/historia-de-la-enfermeria-9565812. [consulta: 15 set 2014].

29 ibid.22

30- ibid.22

31- Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: princípios éticos para las investigaciones médicas en sujetos humanos. 52ª Asamblea General de Edimburgo. Escocia. [Internet]. 2000. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf [consulta: 15 dic 2014].

ANEXO

N°1: Solicitud de autorización al centro de salud La Cruz De Carrasco.

Montevideo, 5 de diciembre del 2014

Sra. Subdirectora de la Red de Atención Primaria (RAP)

Dra. Alicia Sosa.

C.C. Directora del Centro de Salud La Cruz de Carrasco

Lic. Norma Recoba Ptes.

Sub directora Dra. Mónica Vire.

Mediante la presente nos dirigimos a usted con el fin de solicitar autorización para realizar encuestas a usuarios de la Policlínica para la Investigación: **"Representación social del rol del Licenciado en Enfermería en usuarios del primer nivel de atención".**

Dicho estudio corresponde al Trabajo Final de Investigación de la carrera Licenciatura en Enfermería, plan de estudio 1993 de la Facultad de Enfermería perteneciente a la Universidad de la República.

Los tutores son la Prof. Mgtr. Josefina Verde y Prof. Agda Lic. Esp. Carolina Rodríguez, integrantes del Departamento de Educacion, en el cual se enmarca esta línea.

El protocolo de investigación ha sido aprobado para su implementación. La recolección de los datos se

La recolección de los datos se realizaría entre los dìas 15 y 30 de diciembre del año 2014. Se entrevistaran a las personas que accedan a responder el cuestionario de manera voluntaria y anónima, dejando constancia que acceden a participar de la investigación.

Los estudiantes de Facultad Enfermería participantes son

Br: Virginia Castro documento 4951960-6

Br: Paola Claro documento 4627516-6

Br: Jessica González documento 4682204-2

Br: Sofía López documento 4449874-6

Br: Laura Rucco documento 5150318-8

En caso de requerirse información adicional, quedamos a disposición.

Saluda Atte Prof. Mag. Josefina Verde

Anexo Nº2 Consentimiento de participación

Montevideo, Diciembre 2014.

Sr. Usuario de la Policlínica La Cruz de Carrasco

Somos un grupo de estudiantes de la Licenciatura de Enfermería que estamos realizando una encuesta para conocer su opinión sobre nuestra Profesión.

Es anónima, no necesita nombre o apellido y voluntaria, usted no está obligado a responderla.

Los resultados del estudio serán utilizados con fines académicos y son de gran valor. Esperamos que su respuesta sea la más sincera ya que influirá de gran manera en nuestro resultado.

Agradecemos 5 min de su tiempo.

Expreso mi voluntad de participar:

…….

Firma y aclaración

Anexo **Nº3** Cuestionario

La presente investigación tiene como propósito conocer “La representación social del Licenciado en Enfermería” desde la expectativa de los usuarios que concurren a la policlínica de la Cruz de Carrasco.

La misma es anónima, no necesita nombre o apellido. Los resultados del estudio serán utilizados con fines académicos. Está comprendida en una selección simple de respuestas y opciones por cada pregunta se sugiere escoger una o más respuesta. Esperamos que su respuesta sea la más sincera ya que influirá de gran manera en nuestro resultado.

Agradecemos 5 min de su tiempo.

I. Caracterización del usuario del Servicio

1. Sexo:

Masculino	
Femenino	

2. Edad: ……. Años

3. Nivel de instrucción:

Primaria incompleta	
Primaria completa	
Secundaria incompleta	
Secundaria completa	
Nivel terciario incompleto	

Nivel terciario completo	
Universitario	
Otros	

¿Usted con que concurrencia asiste a la policlínica?

Primera vez que concurre	
Hace 6 meses	
Entre 6 meses y 1 año	
≥ 1 año	

II: Características de la Profesión

II.1- ¿Usted identifica al LE??

SI	
NO	

II.2- Ud. cree que los Licenciados en Enfermería son de sexo:

Femenino	
Masculino	
Indiferente	

II.3 ¿Cree usted que para ser Licenciado en Enfermería (Nurse) es necesario estudiar a nivel:

Universitario	
Secundario	
No sabe	

II.4-Nombre 3 o más actividades que realiza él LE

II.5- Debido a su experiencia ¿Qué sentimiento le genera a usted LE?

Indiferencia	
Admiración	
Respeto	
Otros	

II.6 ¿Cuál ha sido su experiencia más cercana con LE?

Tener un familiar enfermo	

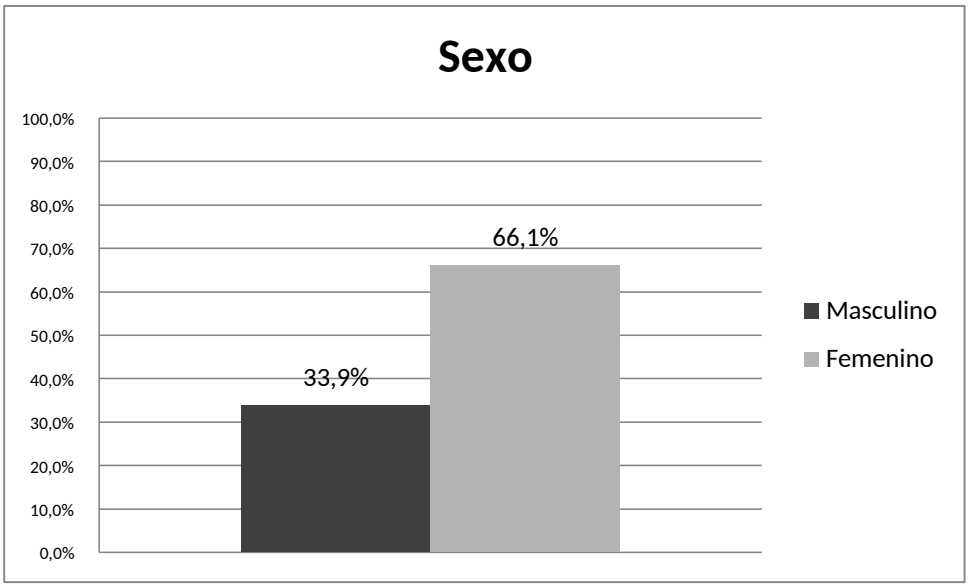
Tener conocidos que sean LE	
Haber sido atendido alguna vez por enfermero	
Información de los medios de prensa sobre LE	
Ninguno información y conocimiento LE	

II.7 De las siguientes 5 profesiones usted cual considera de más importancia: Puntuando del 1 al 5, siendo el 1 menos importante y 5 más importante.

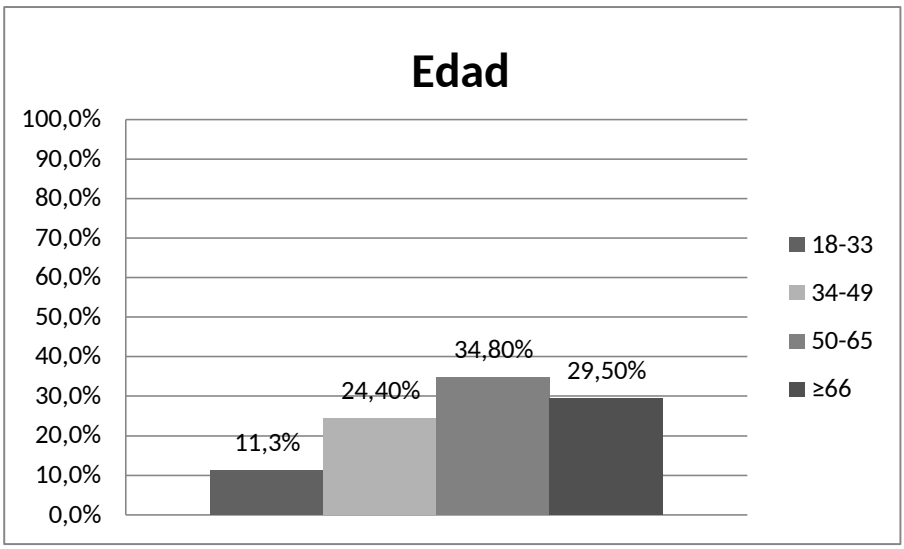
Licenciado de Enfermería	
Auxiliar de enfermería	
Medico	
Nutricionista	
Psicólogo	

Anexo **Nº4:** Graficas

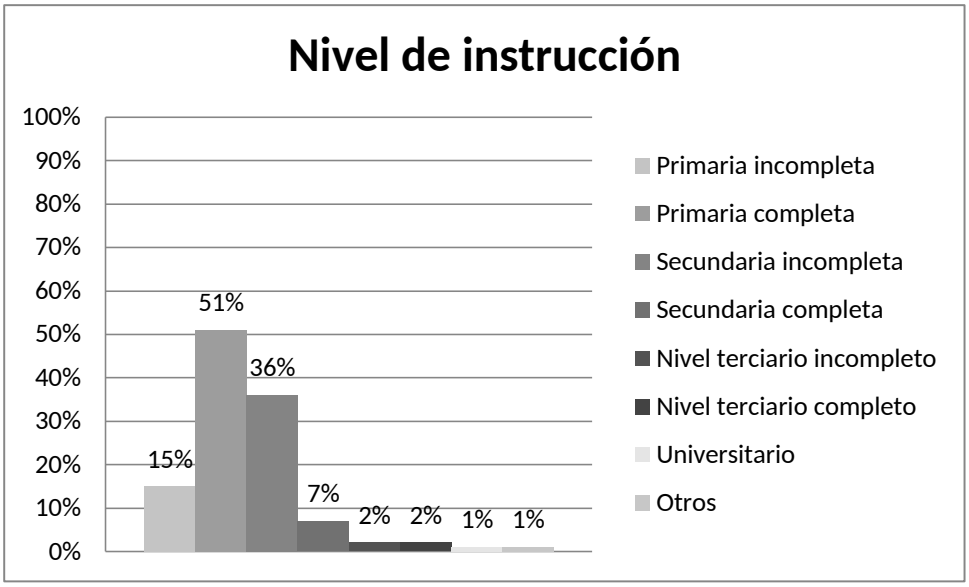
Graficas N°1:



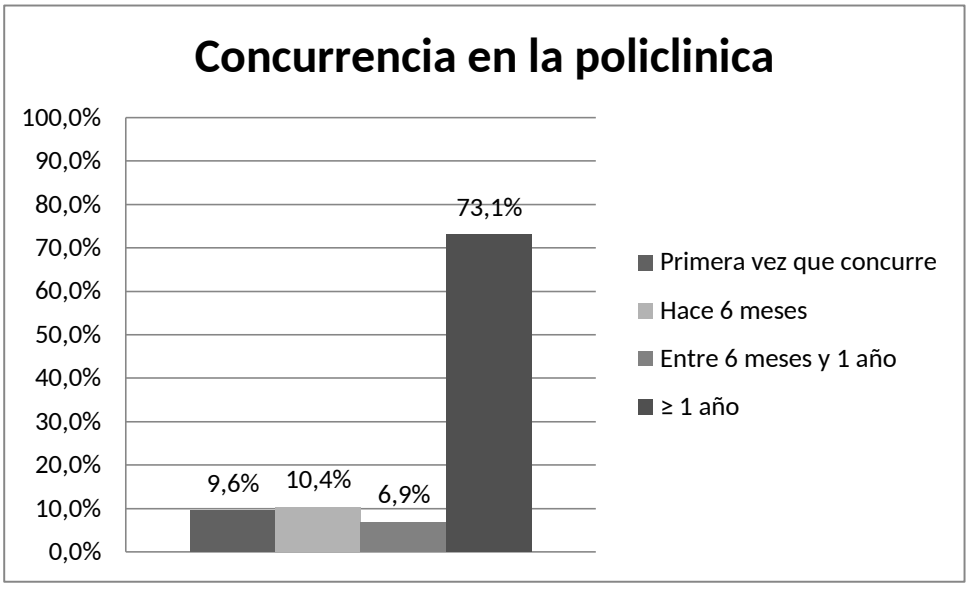
Gráfica N°2:



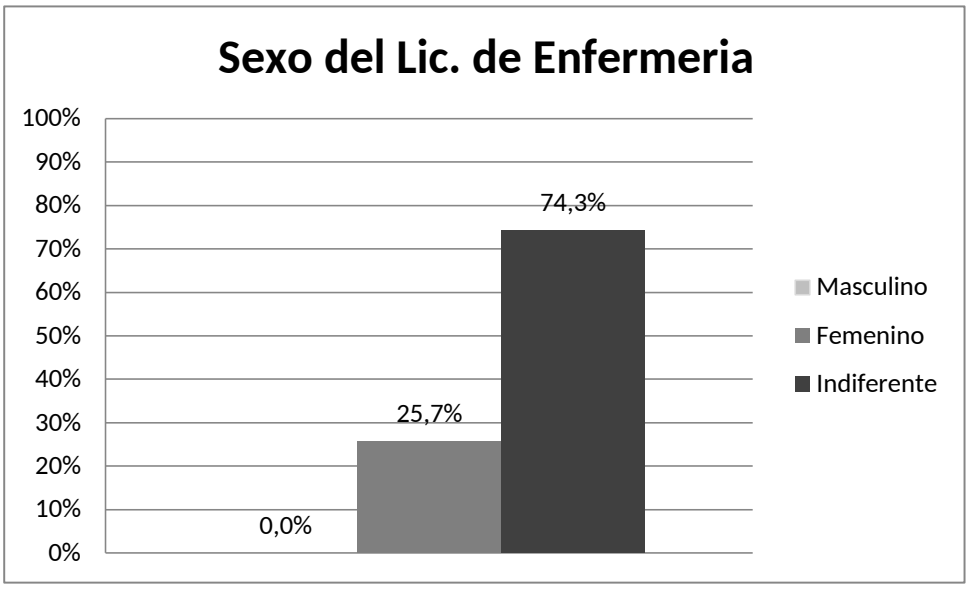
Grafica N°3:



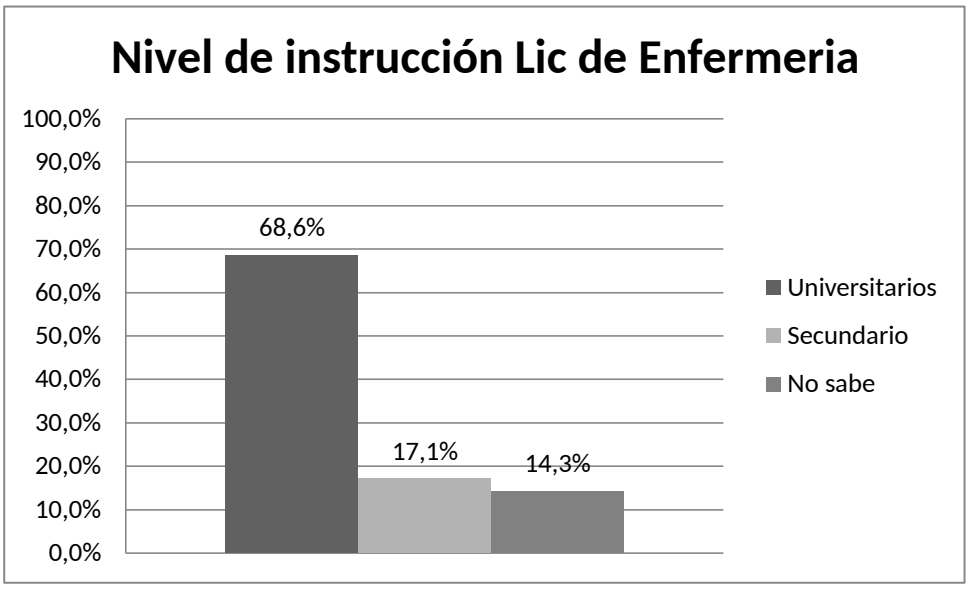
Grafica N°4:



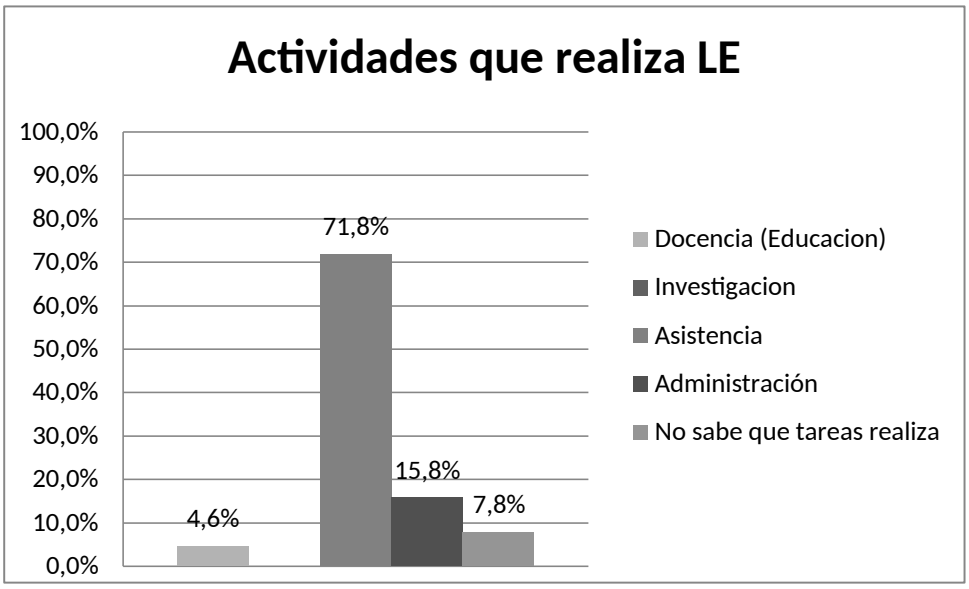
Grafica N°6:



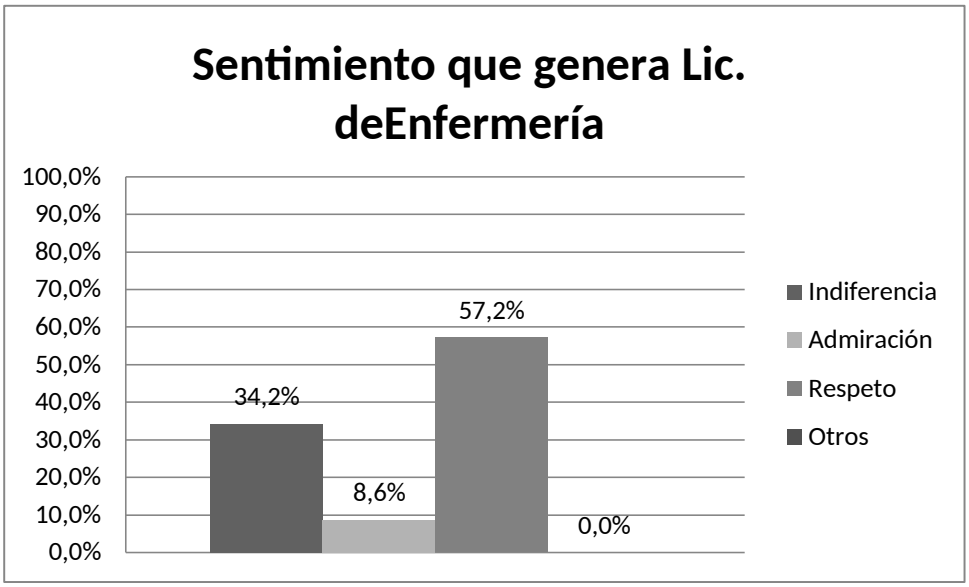
Grafica N°7:



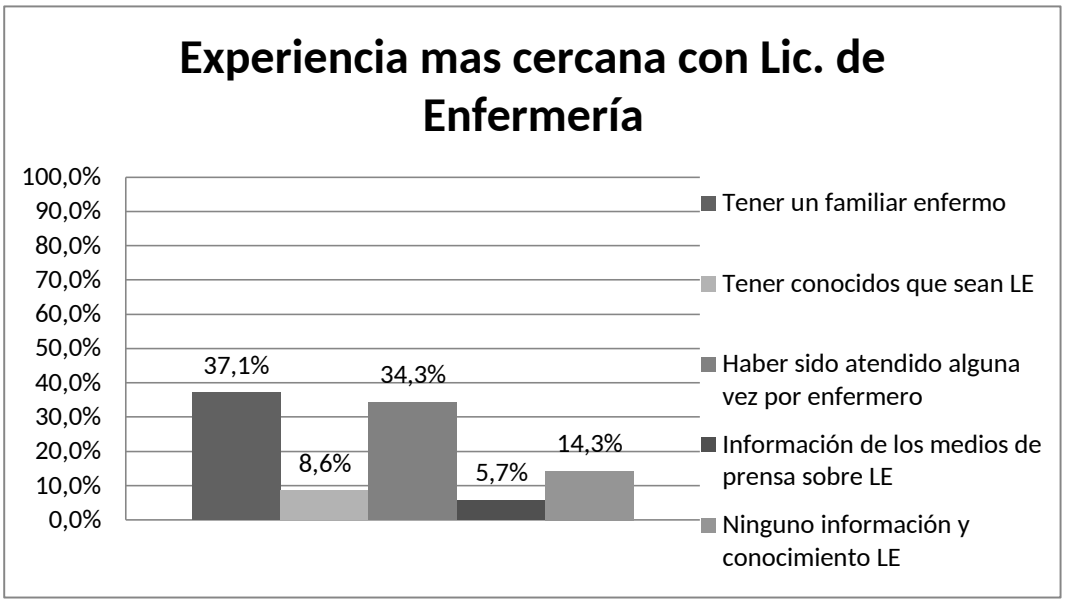
Grafica N°8:



Grafica N°9:



Grafica N°10:


Experiencia mas cercana con Lic. de Enfermería
100,0%
90,0%
80,0%
70,0%
60,0%
50,0%
40,0%
30,0%
20,0%
10,0%
0,0%
37,1%
8,6%
34,3%
5,7%
14,3%
Tener un familiar enfermo
Tener conocidos que sean LE
Haber sido atendido alguna vez por enfermero
Información de los medios de prensa sobre LE
Ninguno información y conocimiento LE

Anexo **N°5:** Entrevista a Lic. Andrea Arroyo

Centro la Cruz de Carrasco
27/1/15

1. Hace cuánto tiempo desempeña el cargo de Lic. en el centro? 5 años.

2. Cuál es la población de mayor concurrencia en el centro? La población adulta.

3. Con cuantos licenciados cuenta el centro? 2 licenciados operativos en turno mañana y tarde (Lic. José Segundo) y una licenciada en territorio (Mariana Mujico).

4. Cuantos recursos humanos se encuentran a su cargo? 8 aux y 4 internos de enfermería en el turno mañana y 3 aux y 4 int. en el turno tarde.

5. En que tareas están subdivididos? Extraccioncita, vacunación, controles pediátricos, seguimiento de plan aduana, controles ginecológicos, economato, controles de enfermería y curaciones.

6. Cuáles son las actividades más frecuentes? principalmente la organización y distribución del personal de enfermería y de los RRMM ya que contamos con el economato que aparte de abastecer al centro abastece a las policlínicas periféricas. También me encargo del laboratorio en conjunto con la administración.

7. Se realizan consultas de enfermería? Programadas no, principalmente por una cuestión de tiempo y no contamos con un espacio físico. Si se realizan algunas consultas espontaneas que surjan por alguna inquietud del usuario.

8. Realizas visitas domiciliarias? Por una cuestión de tiempos es imposible, si se priorizan las visitas de alto riesgo y esas si se trata de organizar para poder concurrir.

9. Que actividades en la comunidad realizan? El Lic. José Segundo lleva a cabo el programa salud escolar en conjunto con la IMM en la escuela los días miércoles de 12 a 14.30. luego se organizan actividades puntuales en conjunto con los caif y comunal.

10. En cuanto a actividades en el mismo centro se realizan en sala de espera en las fechas puntuales como lo son semana del corazón de la lactancia y actividades sobre infecciones de transición sexual anticoncepción en gine, dengue, gripe, etc.

11. Crees que es visible el rol del licenciado en enfermería en el primer nivel de atención? No. El usuario no reconoce al licenciado de enfermería identificación tenemos, pero la gente no le presta importancia. El usuario todavía no reconoce el rol del licenciado se confunde con el auxiliar de enfermería. Existe un relego administrativo que no diferencian.

12. Te parecen que faltan recursos humanos? Si principalmente a nivel de licenciados de territorio para poder planificar más las actividades a desarrollar.

13. Lo ideal sería tener un licenciado en cada programa o por lo menos cada dos programas así poder realizar el seguimiento correcto de los usuarios los seguimientos de los programas es realizado por los auxiliares de enfermería.

Anexo **N° 6**:

RED DE ATENCION DEL PRIMER NIVEL –
RAP METROPOLITANA
CENTRO DE SALUD LA CRUZ DE CARRASCO Y DEPENDENCIAS

INFORME DE ACTIVIDADES 2014
dic-2013 a nov 2014

DIRIGIDO A: Directora Region Sur RAP-METROPOLITANA
Lic. Enf. Rosario Martínez

DE: Equipo de Gestión L.E. Norma Recoba
Dra. Mónica Viré
Adm. Irene Jaunarena

DICIEMBRE 2014

POBLACION DE LA ZONA DEL CENTRO – **140.063**

TOTAL DE USUARIOS DE ASSE – 25.230

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL CENTRO Y DEPENDENCIAS - 2014

CONSULTAS CENTRO LA CRUZ DE CARRASCO 2014

PEDIATRIA.....	6.393
MEDICINA GENERAL.....	16.057
GINECO- OBSTETRICIA.....	4.646
SALUD MENTAL.....	9.477
ESPECIALIDADES.....	6.771
ODONTOLOGÍA.....	2.226
TECNICOS NO MEDICOS	.1.880.
TOTAL.....	**45.570**

.

SUBCENTRO YANNICELLI ….....	9519. (incluye MEFA y C)
CARRASCO NORTE. ….....	.2570
POLICLINICA MANUEL LIBEROFF.	2133
POLICLINICA UTE	1571
ARROYO CARRASCO.	2958
DELMIRA AGUSTINI	1091
CONS. SERVANDO GOMEZ	1250

POLICLINICAS DEPENDIENTES **21.092**

TOTAL DE CONSULTAS 66.662

RECURSOS DIAGNOSTICOS

Laboratorio .	46444
PAP	724

Imagenología

Estudios radiológicos.	1570
Ecografías de cadera	227
Ecografías ginec y obst.	1342
Eco abd , ap. urinario,tiroides	337

Grafico -1 DISTRIBUCION DE LA CONSULTA 2014 SEGUN LOS DIFERENTES EFECTORES TERRITORIALES

Tabla 2 - ACTIVIDAD ASISTENCIAL CENTRO DE SALUD LA CRUZ
DIC 2013 – NOV 2014

	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	TOTAL
MED. GRAL.	1313	1386	848	1439	1139	1432	1392	1414	1210	1719	1644	1111	16057
PED.	S/D	S/D	S/D	648	703	731	794	713	779	774	660	591	6393
GINE-COLOGIA	267	128	294	259	321	472	356	531	477	569	496	476	4646
S.MENTAL	774	670	623	794	664	794	849	833	800	923	920	833	9477
ODONT.	187	113	147	171	198	191	180	142	235	241	208	213	2226

ESP.	**603**	**454**	**477**	**681**	**591**	**664**	**663**	**458**	**635**	**564**	**535**	**446***	**6771**

Fuente: Registros del Centro

Gráfico 2 : Actividad Asistencial La Cruz 2014

Tabla 3 - Productividad consulta por especialidades La Cruz 2014

	Dic	**ene**	**feb**	**mar**	**abr**	**may**	**jun**	**jul**	**ago**	**set**	**oct**	**nov**
Med gral.	2,2	2,3	1,4	2,9	2,3	2,9	2,8	2,9	2,6	2,9	2,8	1,9
pediatría	-	-	-	2	2,2	2,3	2,4	2,3	2,6	2,5	2,1	1,9
gin-obs	2,5	1,2	2,4	2,2	2,7	2,2	1,6	2,1	1,9	2,4	2,4	2
Especial	2,7	2	2	2,8	2,6	2,9	2,9	2	2,8	2,5	2,4	-
Odont	0,7	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,5	0,8	0,8	0,7	0,7

Fuente : Registros del Centro

Tabla 4 Rendimiento consulta LaCruz 2014

	Dic	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	set	oct	nov
Med gral.	3,2	4	1,6	3,6	3,5	4,6	3,4	3,9	4,2	3,5	3,5	2,4
pediatría	-	-	-	2,9	2,9	2,5	2,8	2,4	3,4	2,7	3,1	2
gin-obst	3,2	3,3	3,3	2,4	2,9	2,4	2,6	2,6	2,5	2,7	2,7	2,2
Especial	2,8	3,8	3,4	3,9	3,6	3,3	3,6	2,5	3,4	3,8	2,6	-
Odont	1	1,5	1,3	1	1,4	1,2	1,4	1	1,2	1,2	1,4	1,4

Fuente : Registros del Centro

Gráfico 4: Rendimiento consulta LaCruz 2014

Tabla 3 - ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE LAS POLICLÍNICAS DEPENDIENTES DIC 2013 -NOV 2014

	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	TOTAL
YANNICELLI	643	659	489	905	875	864	891	799	804	902	866	822	9519
C.NORTE	181	85	195	234	206	218	202	224	252	246	284	243	2570
LIBEROFF	164	123	166	217	167	208	180	135	195	205	200	173	2133
UTE	142	88	122	145	151	150	164	123	152	138	119	77	1571

DELMIRA	59	38	93	112	97	98	89	114	97	97	102	95	1091
SERVANDO	--	--	99	93	128	140	93	180	127	204	88	98	1250
ARROYO.CARRASCO	182	74	219	262	217	254	244	300	274	311	272	349	2958
TOTAL	1371	1067	1383	1968	1841	1932	1863	1875	1901	2103	1931	1833	21092

TABLA 5 – RECURSOS DIAGNOSTICOS LA CRUZ 2014

	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	TOTAL
RX	82	38	82	119	98	224	180	106	141	157	213	130	1570
PAP	22	29	33	41	72	91	61	82	100	82	31	80	724
ECG	228	234	97	226	188	244	234	74	249	243	229	108	2354
LAB	4088	3738	3743	4324	4047	4364	4392	4460	2419	4408	3087	3374	46444
ECO-CADERA	--	--	27	28	25	25	26	48	22	26	--	--	227
ECO. GRAL.	22	--	51	24	32	35	27	31	26	26	33	30	337
ECO GINE-OBST.	80	45	132	119	99	145	130	170	125	88	127	82	1342

El presente informe que abarca el período 2014 (dic 2013 a nov 2014); ha mantenido la característica de que la consulta de medicina general es la de mayor demanda.

No hemos contado con los datos completos de la consulta pediátrica, dado que por medidas gremiales durante el primer trimestre, los pediatras no entregarron sus partes , sucede lo mismo con los datos de dermatología , que por iguales medidas la dermatóloga no entrega partes .

Los tiempos de espera en medicina general han sido de hasta 48 horas debido al las certificaciones médicas , en pediatría no supera las 24 horas; y en gineco-obstetricia alcanza a 10 días y más.

Toma de muestras de laboratorio la espera es de 10 días , reservando lugar para las embarazadas diariamente. Si cumplen con las condiciones de ayuno se realiza la extracción en la mañana.Tambien se reservan lugares para las policlínicas dependientes.

Ecografías: gineco-obstétricas, se ha cumplido con la demanda, a excepción del mes de noviembre y diciembre que el técnico está certificado. Tenemos atraso en los estudios abdominales, renales, tiroides, partes blandas .

En lo que se refiere a la actividad de los servicios de apoyo, en registros médicos se mantuvo la dotación de personal.

Farmacia mantuvo la dotación del personal con cobertura de suplentes .

REORGANIZACIÓN DE LA BASE TERRITORIAL

Se realizó la territorialización lo cual fue discutido por los diferentes integrantes de los equipos, definiéndose los diferentes niveles de intervención.
A l Centro de Salud La Cruz de Carrasco y su área de influencia le corresponden 7 zonas de Intervencion Territorial : El Centro , (con 4 equipos básicos de intervención), Delmira Agustini ,(1EBI) , Ute (1 EBI), Yanicelli , (2 EBI) , Manuel Liberoff , (2 EBI), Acosta y Lara y Lancasteriana (1 EBI) e Inve 16 , que corresponde a la Intendencia de Montevideo.
En la ZIT 1 , correspondiente al Centro que se subdividió en 4 sub zit, hay 2 MEFAyC que ya han comenzado a realizar las vistas con enfermería

COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL

- Se participa en las redes de Carrasco Norte , Mesa de Coordinación zonal del Socat Malvín

Norte , Socat La Cruz, Nodo Educación Salud La Cruz , Centro de Escucha CCZ8 , Red de Primera Infancia, Red del Adulto Mayor , Mesa barrial de Malvín Norte y de La Cruz, Centro Cultural Malvín Norte , Mesa do Convivencia de Malvín Norte .

- En la red de Salud escolar se articula el programa de Salud Escolar, intervienen 7 Escuelas 183, 63 , Solferino, 249 , 255, 240 , 174; CAIF Nº 8 y 5 de la zona y Jardín 300.
- Mantenimiento del Programa de Salud Bucal en las escuelas de la zona , realizando diagnósticos y derivaciones al Centro cuando la situaciones lo requieren.
- La Red del Adulto Mayor en la que intervienen instituciones publicas y privadas (CASMU) realizó 3 actividades anuales referidas a fechas temáticas que contaron con participación de más de 30 usuarios cada una.

COORDINACIÓN INTRAINSTITUCIONAL

Con respecto a la coordinación de la referencia – contrarreferncia tenemos grandes dificultades

sobre todo con el Hospital Pereira Rossell , tanto con el Hospital de la Mujer como con el Hospital de Niños.

TRABAJO EN LOS PROGRAMAS

PROGRAMA DEL NIÑO:

RECURSOS HUMANOS DEL CENTRO: 4 cargos de pediatra 8 hs/sem de otra pediatra, 1 L.E. de mañana (no dedicación exclusiva) , hasta setiembre no hubo internas de enf, 2 A.E.. en mañana y tarde.
Programa Aduana : 1,5 A.E.,
Dedicación parcial: Lic- en Trabajo Social , Nutricionista , Agente socioeducativa.

RECURSOS DE LAS POL. DEPENDIENTES : 1 pediatra en Yannicelli , 4 MEFA y C 1 MEDAR 1 LE. Territorial, los 3 aux de enf. no son de dedicación exclusiva

Programa Aduana:

El total de niños derivados al Centro en este período -278

Nº de niños captados antes de los 10 días - 259- 93.2%
Nº de niños de riesgo derivados -91
Nºd e RN de riesgo con 1º consulta antes de los 10días – 86 - 95%

Niños que cumplen 1 AÑO en este período - 349
Niños de 1 año con controles al día 310- 89%
CEV al día ---------- 290- 83 %
Niños que cumplieron un año y permanecen en lactancia - 184 - 53%
Niños con eco de cadera al 4º mes ---------- 197- 57%

Niños que cumplieron 2AÑOS en el período 2014-- 343
Niños con controles al día 292 - 85%
CEV completo a los 2 años - 277 – 81%

Niños que cumplieron 3 AÑOS en el periodo- 362
Niños con control vigente 260 - 72%
Niños con CEV al día 258 - 71%

Seguimiento: promedio mensual 50 visitas domiciliarias

Persiste igual situación respecto a las disparidades entre los registros del sistema informático y los registros manuales, que se atribuyen a múltiples causas: niños mal referenciados que no corresponden a la zona, niños que están internados en el HPR que son derivados al Centro y por supuesto no se pueden captar antes de los 10 días y la migración propia de un determinado grupo de usuarios que en general son los de mayor vulnerabilidad. Estos temas fueron tratados en reuniones con las referentes del programa, se concurrió a todas las reuniones.

Semantienen el recurso del auto 12 hs semanales lunes y jueves de 10 a 16 hs, mejoráron los recursos informáticos con la adjudicación de la netbook

Programa Ampliado de Inmunizaciones:

VACUNAS- dosis administradas en el Centro y dependencias de dic 2013 a Nov 2014

	Dic	Ene	feb	Mar	abr	may	Jun	jul	ago	set	oct	nov	TOTAL
La Cruz	373	645	515	631	1615	1430	872	570	494	512	571	444	**8102**

Depe n	180	--	151	293	1036	901	434	308	73	306	182	231	**4095**

.Fuente: registros del Centro

Actividades educativas del Programa de la Niñez:

Se cumplió con lo programado respecto a la realización de dos actividades mensuales en sala de espera a cargo de las Internas de enfermería.

Semana de la lactancia se trabajó en el Centro y Yannicelli , actividades en sala de espera , alertas visuales .

Las actividades en las escuelas y CAIFs ya fueron citadas en el trabajo en redes .

PROGRAMA ADOLESCENCIA:

RECURSOS EN EL CENTRO: dermatóloga 3 hs /sem, ginecóloga 6hs/sem, médica familia 6hs , partera , odontóloga (lic. mat), Lic. en Trabajo Social 5hs/sem, Agente socio educativa, Nutricionista 4hs, Psicóloga de área, enf 5hs , partera 5hs /sem.
El espacio adolescente (E.A.) funcionó los días jueves de 8 a 16 hs.

Durante el período dic.- nov de este año se realizaron 1665.consultas en total ,en los servicios médicos 1065 , los técnicos no médicos, hicieron 600 consultas .Se continúa con la modalidad de consulta biopsico social , llevada a a cabo por una MEFA , psicóloga y LTS en forma conjunta.
La consulta médica del Espacio Adolescente del Centro se desagrega de la siguiente forma:38% gineco-obstetricia, 46% med. Gral, 12% odontología,4. % dermatología.
La consulta no médica se desagrega de la siguiente forma , nutrición 6.5%, partera 14%, agente socio-educativa 45%, servicio social 34%.
Las reuniones del equipo se realizaron el último jueves del mes, siendo además un espacio de coordinación con las Pol. Delmira Agustini y M Liberoff , UTE y C. Norte, donde tambien se trabaja con grupos de adolescentes.

Durante todo el año se trabajó en el Liceo 33 los días martes , en talleres abordando los temas acordados con el equipo docente se realizaron 21 talleres, 3 con cada grupo de 1º año (3), 2 con cada grupo de 2ºaño (2) y 6 con el grupo de 3º año.
Temas: nutrición , vínculos , actividades para la vida, con el grupo de3º año además consumo de sustancias .
En las escuelas 63 -255 -183- 174 trabajaron con los grupos de 6º año en socialización de la información de los recursos de la zona para los adolescentes, con el objetivo de que identifiquen el espacio.

En Servando Gomez desde hace cuatro años funciona un espacio adolescente a cargo de la psicóloga de área, que integra 20 usuarios de ese asentamiento y Acosta y Lara. Este año el Equipo de futbol femenino "Las Leonas" ganó por segunda vez el Campeonato "Mundialito" del INAU. El equipo recibió el padrinazgo de la Embajada de Grecia que generó un vínculo muy gratificante , siendo destacable el impacto que se ha venido generando a nivel de la comunidad . Este grupo de mujeres resultaron multiplicadoras de la experiencia para dos grupos de adolescentes varones de 14 a 18 años (9) "Los pibitos del barrio" y otro de 10 a 14 años (14)"El Rayo"

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

RECURSOS HUMANOS : 3 ginecólogos 39 hs sem. en el Centro y 4 hs/sem en Pol Yannicelli(7), 1 L.E. (no exclusivo), partera y 2 Int. de parteras, 1 Interna de enf. y 1 A.E.
En Pol. Yannicelli se agregó 4 hs /sem de policlínica de anticoncepción a cargo de una MEFA y C de UCC.
1 PARTERA UCC realiza dos consultas/sem y /sem en Arroyo Carrasco, donde realiza control de embarazos, PAP y anticoncepción.

SEGUIMIENTO DE LA GESTACION: en todo el período se captaron 288 gestantes de las cuales 178 se captaron antes de las 14 semanas lo que corresponde a un 63%, lo cual se mantiene en los mismos guarismos.

Se realizó en el período 421 seguimientos telefónicos por discontinuidad de los controles.

No contamos con datos confiables respecto al tratamiento odontológico y nutricionista durante el embarazo.

ACTIVIDADES EDUCATIVAS:

- Durante el año se repiten ciclos de 7 talleres para embarazadas adultas y adolescentes.
  - En función de las fechas temáticas se realizaron actividades de prevención de cancer de mama, prevención de cancer de útero, ITS, a cargo de las internas de enf. y parteras.
  - Los días jueves en el Centro Barrial CCZ6 y en coordinación con SOCAT , funcionó la Sala de Encuentro para embarazadas a cargo de MEFACO, Ag . Socioeducativa y Partera, con un promedio de 10 participantes por taller hasta el mes de octubre.
  - Se comenzó la aplicación de ASSIST en el Centro, coordinación entre psiquiatr, LTS de SM , MEFACO , partera e Int de parteras.

Con respecto a la actividad preventiva del cáncer en el centro, la partera realiza toma de PAP los días martes y jueves PAP a adolescentes .

Subprograma de abatimiento de la sífilis:

Se realizaron 107 test rápidos en este período.

Los test se deben realizar en todas las embarazadas al captarlas y en los casos que se detecten factores de riesgo, independiente de edad y sexo.
Se realizó seguimiento telefónico de usuarios con VDRL +, que no concurrían a consulta posterior al exámen.
La captación de contactos es de 26 % de acuerdo a los registros de las responsables del programa.

IVE :el equipo de IVE está conformado por una psicóloga, 1 ginecólogo, 1 LTS y 1L.E. .Hubo 34 casos de mujeres que conultaron en todo el período que llegaron a la etapa 2. Llegaron a la etapa 3 , 22 usuarias y a la etapa 4, 18 usuarias. Suponemos que hubo subregistro en el seguimiento de las últimas dos eatpas.

Se comenzó con la aloinmunización , lo que se ha llevado sin problemas

PROGRAMA DEL ADULTO:

La población adulta que se atiende en el Centro es de 10 233 usuarios (20 a 64 años) de los cuales el 58% es de sexo femenino y 42% masculino, más 3588 adultos mayores (65 años y más) de los cuales el 65% son de sexo femenino y 45 % de sexo masculino. (Depto de inf ASSE 2011).

Por razones de disponibilidad de recursos se trabajan en forma conjunta los programas del adulto y adulto mayor.

Miércoles: se continúa realizando la caminata con el grupo de hipertensos y obesos a cargo de las Internas de enf.

Grupos ODDH: En el Centro: funcionan dos grupos en el Centro en horarios de mañana y tarde .
El equipo está integrado por médica diabetóloga, nutricionista, psicóloga y aux. de enfermería .
El grupo de la tarde está a cargo de una MEFA y C .
En el turno de la mañana el primer grupo con 10 usuarios, terminó en julio (Se envía la evaluación cuantitativa y cualitativa realizada por el equipo).
El grupo actual de 11 usuarios termina el 10/12/14.

Policlínicas de cesación tabáquica: Centro: 1 MEDAR , 1 Lic. Enfl
Funcionó todo el año días jueves de tarde, se trabajó con 2 grupos de 12 usuarios c/u., la evaluación de cesación ha sido de 70%, no se han evaluado los seguimientos. (recaídas).

Se integró el sistema de registros del FNR con lo cual se pueden enviar los datos desde al Centro.

Semana de la Salud Cardiovascular:
En la entrada del Centro se hizo una actividad de promoción con: control de P.A. y de HGT, cartelería, música y entrega de folletería a cargo de L.E. e Internos de enf.

PROGRAMA DE SALUD MENTAL

RECURSOS: 4 psiquiatras de adultos, 2 psiquiatras infantil, 4 psicólogos y 1 psicóloga de área, 2 aux. De enf. , 1 Lic. en trabajo social, 1 administrativa.

Tiempos de espera para las consultas: adultos 30 días, niños 45 días, psicólogo 30 días.

Actividades de promoción , prevención y comunitarias.:

- Referentes de Violencia Doméstica (1 Psiquiatra , 1 LTS , 1 Aux. Enf) : realizaron 7 talleres sobre Violencia , Violencia de Género , Violencia en el Adulto Mayor , Violencia en Niños , para funcionarios del Centro y territorio en turnos de mañana y tarde para todo el personal del Centro y dependencias con un promedio de 40 50 participantes c/u. Participaron referentes en cada tema como la Dra Magdalena García y Equipo de maltrato del HPR, Dra Rosalía Panza.

El Aux . Enf. Spinelli es coordinador en el Programa de Violencia Doméstica de la Región Este , asiste a las reuniones convocadas por la Dirección de RAP-METROPOLITANA.

-

- Talleres de familiares de pacientes esquizofrénicos 2hs quincenales a cargo de 1 psiquiatra , Lic en T. S. ,A.E, que sirvió de punto de partida para la creación de la Asociación de Inteligencias Múltiples en julio de este año.

-

-Dispositivos grupales para usuarios familiares y/o referentes de consumidores de drogas en el primer nivel de atención, coordinados por 1 psiquitra y Lic T.S. miércoles de h16.30 a 18 y jueves de 12 a 13 hs.

- Talleres coordinados con ONG Entretodos sobre consumo problemático de sustancias.

+

-Coordinación con redes y otras Instituciones: nodo educación , red educativa, Centro de Escucha CCZ8, Hospital Vilardebó , H. Piñeyro del Campo, Unidad de diagnóstico de CODICEN (temas

puntuales). A instancias del nodo educativo se organizó un encuento el día 12/11/11, "Aprendiendo a convivir con las dificultades", en el cual se trataron en forma interinstitucional los problemas de aprendizaje.

-Actividades de formación organizadas por el ESM para el personal del Centro y dependencias:

-

- Aplicación de ASSIST intervenciones breve en el consumo de sustancias durante el embarazo.

PROGRAMA DE SALUD BUCAL

RECURSOS: Centro: 2 odontólogos de 20 hs /semy y 14 hs/sem de otra odontóloga , 1 odontóloga realiza solo tareas educativas. (1 odontóloga con certificación prolongada)
Carrasco Norte: 1 odontólogos (certificado todo el período) y 6 hs de otra odontóloga.

- una odontóloga participa los días jueves de mañana en el Espacio Adolescente.
- Una de las odontólogas se hizo cargo de los usuarios de Trabajo por Uruguay, dedicando 4 hs /sem c/u exclusivas martes de mañana y miércoles de tarde.
- La odontóloga que trabaja solo en educación concurrió a las escuelas de la zona abarcando todas las escuelas .
- Se mantiene el criterio de consulta espontánea para embarazadas y controles de niños.

PARTICIPACION COMUNITARIA

Se realizó la Asamblea de Salud del Municipio E en marzo con buena concurrencia y está planificada otra para abril de 2015.

CAPACITACION DE RECURSOS HUMANOS

Planificacion participativa : Equipo de Gestión
Escritorio clínico: se capacitaron el 100 % de lo médicos generales, MEFA y pediatras.
Previniendo : 100 % médicos generales y MEFACO. Directora y Subdirectora.
PPENT : se capacitaron dos grupos : terminaron el curso 7 funcionarios el año 2013 y 10 este año.
Capacitación en crecimiento y desarrollo infantil: 2 pediatras 2 MEFAy C.
Alo inmunización: ginecóloga , Lic territorial, Dirección Partera, QF.
Uso de hemo globinómetro : pediatra 1 , MEFACO, 2 L.E. , 4 aux de enf, centro y territorio.
Reperfilamiento Plan Aduana : 2 LE, 1 MEFACO, 2 aux. Enf., 1 Pediatra.

Violencia : 2 Lic . Trabajo Social.
Jornadas de Actualización en Enfermería : 1 LE, 8 Aux. Enfermería.
Capacitación en implantes Subdérmicos : 1 MEFACO.
Capacitación en Antropometría : 2 pediatras , 1 MEFACO.
Actualización Chikunguya y Ebola : 1 LE, 1 MEFACO
Capacitación Laboratorio : 2 Aux . Enf.
Capacitación Screening Cuello Uterino. 1 Partera e internas.
Capacitacion Demencias en Geriatría : 1 MEFACO.
Herramienta gvSIG : Direct, Subdirect, LE de territorio.
Capacitacion sobre tumores piso de boca : 4 odontólgas.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

GRUPOS DE APOYO ALA GESTION reuniones bimensuales.

REUNIONES POR EQUIPO – CON FARMACIA donde se realizaron correcciones al procedimiento de dispensación, se agregaron estantes y se ordenaron medicamentos con el fin de minimizar confusiones.

CON RECEPCION – donde se revisan el proceso de trabajo y se hacen ajustes. Se mejoró el archivo pasivo. Se realizó el fraccionamiento de todas las consultas mayores a 3 hs y la reasignación de los números faltantes.

CON ENFERMERIA – donde se ajustan procedimientos.

AUDITORIA DE PAUTAS LARGAS realizada por la Interna de Medicina y que todavía no se ha socializado al grupo médico.

RECURSOS HUMANOS

ASIGNACIONES DE CARGO EN ESTE PERIODO.: 1 cargo de MEFA y C que fue reconvertido de un cargo de médica general, 1 cargo de psicologa nombrada por una baja.

VACANTES: 1 cargo LTS sin cubrir; 1cargo de Aux de Enf. cubierto con suplente; 1 aux de registrosmédicos cubierto con suplente; 1 aux de farmacia que se trasladó, 1 aux de farmacia que renunció en noviembre y otra que cesa por jubilación en diciembre todas cubiertas por suplentes.

PLANTAS FISICAS

-Se impermeabilizó pared exterior de Liberoff.

-Se cambiaron ventanas en Yannicelli que no abrían. Reparación del techo no está culminada, aún se llueve.

-Centro: se colocaron rejas en los patios interiores y puerta de entrada. Pendiente pintura exterior e interior , cambios de marcos de puertas interiores, oficina de afiliaciones.