



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA**

ACTIVIDADES REALIZADAS POR LAS LICENCIADAS/OS EN ENFERMERÍA DE LOS CENTROS DE SALUD DEL MSP EN EL DEPARTAMENTO DE MONTEVIDEO

AUTORES:

Br. Arbiza, Laura
Br. Cabrera, Yenny
Br. Lado, Adriana
Br. Pereira, María Eugenia
Br. Siutto, María Cecilia

TUTORES:

Lic. Enf. Crossa, Silvia
Lic. Enf. Berrenechea, Cristina

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

Montevideo, 2006

INDICE DE CONTENIDOS

Introducción	Pag 1
Fundamentación y antecedentes.....	Pag 2
Marco conceptual.....	Pag 4
Niveles de atención	Pag 4
Funciones de la enfermería comunitaria.....	Pag 5
Funciones asistencial.....	Pag 6
Consulta de enfermería	Pag 7
Visita domiciliaria.....	Pag 11
Procedimientos de enfermería.....	Pag 12
Función administrativa.....	Pag 13
Aproximación diagnóstica.....	Pag 14
Planificación	Pag 15
Organización	Pag 17
Dirección	Pag 18
Evaluación	Pag 19
Función docente.....	Pag 20
Función de investigación	Pag 22
Objetivos: general y específicos	Pag 23
Diseño metodológico	Pag 24
Operacionalización de las variables	Pag 25
Resultados	Pag 33
Análisis	Pag 56
Conclusiones	Pag 60
Sugerencias	Pag 61
Referencia bibliográfica	
Anexos	

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación fue elaborado por 5 estudiantes de la Facultad de Enfermería, generación 2000, cumpliendo los requisitos curriculares de la carrera.

Se quiso conocer que actividades de las funciones asistenciales, administrativa, docente y de investigación, realiza la Licenciada en Enfermería en los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo. La recolección de datos fue realizada en el período comprendido entre 1 al 11 de noviembre del 2005.

El motivo de dicha inquietud surgió en relación al momento histórico y político que se encuentra cursando nuestro país, en donde en el año 2005, hubo un cambio de Gobierno y por consiguiente de autoridades en todos los Ministerios. En materia de salud, la propuesta es cambiar el modelo asistencial actual, con la finalidad de lograr implementar un sistema integrado de salud, para lo cual consideran indispensable fortalecer el primer nivel de atención.

Este estudio contribuiría, al conocimiento de nuestra profesión tanto para la población como para el equipo de salud y conllevaría a crear un precedente sobre las actividades que las mismas se encuentran realizando en la actualidad, como forma de evidenciar su trabajo y promover cambios a futuro en pro de la profesión.

En la búsqueda bibliográfica, no se encontró antecedentes específicos sobre el tema a investigar. Se encontró mediante los buscadores Google, Scielo y Bireme (en español) algunas investigaciones relacionadas con el tema, las cuales son: La investigación en la atención primaria de salud realizada por la Facultad de Ciencias Médicas de Cuba, Perfil Ocupacional Básico para la formulación del Currículo del Técnico de Nivel Superior de Enfermería, realizado por la facultad de Chile, Funciones y tareas asistenciales de enfermería en los cuidados intensivos realizado en Cuba.

El objetivo general del trabajo fue conocer las actividades que realiza la Licenciada/o en Enfermería en primer nivel de atención, de los centros de salud del MSP del departamento de Montevideo en el periodo comprendido entre el 1 y el 11 de noviembre de 2005.

Para alcanzarlo, nos planteamos en el diseño metodológico, realizar una investigación descriptiva, retrospectiva y de corte transversal.

La población de nuestra investigación fueron todas las Licenciadas/os en enfermería que cumplan sus funciones en dichos centros, excluyendo a las Licenciadas/os que trabajen exclusivamente en el sector de emergencia; por lo cual la población fue de 21 Licenciadas/os.

Para recabar la información utilizamos como método la encuesta, como técnica la entrevista semiestructurada y como instrumento un formulario con preguntas semi abiertas, cerradas y de opción múltiple.

En la operacionalización de las variables, en una primera instancia se caracterizó a la población objeto de estudio y luego las funciones asistenciales, administrativa, docentes y de investigación.

FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES.

Según San Martín, la estructura asistencial está compuesta por tres niveles de atención a la salud claramente definidos: primer, segundo y tercer nivel de atención; representando dicha estructura con una pirámide, en donde el primer nivel de atención se ubica en la base de la misma, dado que en él se resuelven los problemas más frecuentes de salud y a su vez, tiene mayor repercusión sobre un mayor número de personas y durante un período de tiempo más prolongado que los otros niveles de atención.

En base a nuestra experiencia práctica como estudiantes, hemos percibimos que en nuestro país, ésta estructura asistencial se encuentra invertida en algunos aspectos como ser la capacidad de resolución, los recursos financieros destinados a dicho nivel y la provisión de recursos humanos principalmente en lo referente a nuestra profesión.

Todo esto conlleva a un incremento en los costos de asistencia para aquellos problemas que pueden ser resueltos con menores recursos.

Este año en nuestro país ha habido un cambio de Gobierno y por consiguiente de autoridades en todos los Ministerios. En materia de salud, la propuesta es cambiar el modelo asistencial actual, con la finalidad de lograr implementar un sistema integrado de salud, para lo cual consideran indispensable en una primera etapa, fortalecer el primer nivel de atención. Dicha estrategia se expone en el plan de emergencia en salud (PES).

Debido a esto nos surgió la necesidad de investigar dentro de las funciones asistenciales, administrativa, docente y de investigación que actividades se encuentra realizando la Licenciada/o en Enfermería en los centros de salud, en primer nivel de atención. Consideramos que con este estudio contribuimos al conocimiento de nuestra profesión, tanto para la población como para el equipo de salud, ya que percibimos que existe un desconocimiento de la misma, el cual creemos que podría deberse entre otras cosas a la falta de registros por parte del profesional enfermero en relación a sus actividades.

Esto es desfavorable para la profesión en lo relacionado a su estatus en el sistema asistencial y por consiguiente en la generación de puestos de trabajo, entre otros. También para la población en general, porque no siempre se puede establecer el contacto que debiera de existir, no solo de atención de su demanda sino de los servicios que puede brindar enfermería, los cuales contribuirían a mejorar su calidad de vida.

Se realizó una búsqueda bibliográfica mediante los buscadores en español: Google, Scielo y Bireme. En la misma no se encontraron antecedentes específicos sobre el tema a investigar tanto a nivel nacional como internacional. Sin embargo se encontraron algunas investigaciones relacionadas con el tema investigado, a nivel internacional como ser:

- Funciones y tareas asistenciales de enfermería en los cuidados intensivos. Se realizó un estudio de desarrollo en la provincia de Villa Clara (Cuba), de noviembre del 2001 a noviembre del 2003; con la finalidad de proponer las funciones específicas del personal de enfermería técnico y universitario que trabaja en los servicios de cuidados intensivos. Las variables fundamentales sobre las que se trabajó fueron: Funciones, Funciones de enfermería, Enfermero Licenciado, Enfermero Técnico y Tareas asistenciales.

Se obtuvo como producto final una propuesta de funciones según el

Nivel- Formación para este servicio, la que es cuantitativa y cualitativamente superior a las existentes en el País hasta el momento.

- La investigación en la atención primaria de salud realizada por la Facultad de Ciencias Médicas de Cuba consiste en analizar los contenidos de todas las investigaciones realizadas en el periodo comprendido entre el 1992 y 2001, a partir de la estructuración del programa médico y enfermera de familia en estrecha relación docente, atencional e investigativa.
El objetivo general del mismo fue, definir la proyección paradigmática de los trabajos de terminación de la especialidad en medicina general integral. Analizaron las siguientes variables: el nivel de atención, las acciones de salud, los sujetos de la investigación, las especialidades afines a las APS, la vinculación con las estrategias y programas del MSP. Cabe resaltar que la misma se lleva a cabo en el contexto de un sistema nacional de salud único y gratuito. Éste trabajo, mostró la existencia de un desplazamiento de las investigaciones que se llevaron a cabo hacia APS y sus componentes como la familia, la comunidad, la prevención y rehabilitación, entre otras.
- Perfil Ocupacional Básico para la formulación del Currículo del Técnico de Nivel Superior de Enfermería, realizado por la Facultad de Chile. El mismo fue construido a partir de insumos aportados por la aplicación de la metodología DACUM en grupos de personal de Enfermería pertenecientes a cuatro ámbitos de desempeño laboral: sector urbano y rural, del nivel primario de salud, y atención del paciente pediátrico y adulto, de los niveles secundarios y terciario. En el mismo se han consolidado 19 funciones con sus respectivas tareas, las que constituyen las competencias mínimas a desarrollar en un programa formativo conducente al Título de Técnico de Nivel Superior de Enfermería. Las funciones han sido priorizadas según importancia y ordenadas en secuencia lógica ubicada en primer lugar aquellas que constituyen prerrequisitos de otras. Las actividades o tareas de cada una de las funciones han sido agrupadas según los siguientes criterios: conductas de entrada, tareas habituales y tareas ocasionales. Las variaciones preliminares del Perfil Ocupacional Básico del Técnico de Enfermería, fueron revisados por el Colegio Técnico Paramédicos cuyos aportes fueron incorporados en éste documento final, elaborado en julio de 1995.

Consideramos que con nuestra investigación contribuimos al conocimiento de nuestra profesión y a su vez sentaríamos un precedente para futuras investigaciones, esperando promover cambios en pro de la misma.

MARCO CONCEPTUAL

Los *niveles de atención* son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de una población.

La determinación de los diferentes niveles se realiza teniendo en cuenta tres aspectos que hacen a la atención de la salud:

- 1) Los servicios que se ofrecen
- 2) Los procedimientos que se realizan
- 3) El tipo de personal necesario para llevar adelante los puntos 1) y 2).

El Ministerio de Salud Pública (MSP), al normatizar la estructura de los diferentes niveles de atención, define al *primer nivel* 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 dada".⁽¹⁾

Los servicios que se agrupan en este nivel deben contar con tecnologías simples y estar accesibles a toda la población potencialmente usuaria. Las actividades que se realizan son promoción, protección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, las que se corresponden con los diferentes niveles de prevención y las orientadas al saneamiento ambiental básico.

El primer nivel incluye: Policlínicas y Centros de Salud, ambos dan atención a una población bien definida geográficamente.

Debido a que delimitamos nuestra área problemas a los centros de salud pertenecientes al MSP, creemos pertinente definir el siguiente concepto:

Centro de Salud: "son aquellos centros que trabajan en salud pública, a nivel primario, en comunidades pequeñas, bien delimitadas (geográficamente y en población), y cuya población participa en las actividades de salud junto al equipo multidisciplinario del Centro. La orientación de los programas es, esencialmente, preventiva y educativa. Sin embargo, no excluye las actividades curativas ambulatorias y a domicilio y más algunas actividades sociales. Entonces este tipo de centro debe llamarse "Centro de Atención Primaria de Salud"⁽¹⁾

⁽¹⁾ San Martín H, Pastor V. Salud comunitaria. 2a. ed. Madrid: Díaz de Santos; 1988. p. 18.

FUNCIONES DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

Antes de abocarnos a desarrollar el tema de funciones de la enfermera comunitaria, creémos pertinente definir a la enfermería comunitaria, propiamente dicha.

Encontramos que en la actualidad, existen muchas definiciones de enfermería comunitaria; así como autores que exponen sobre éste tema. Las mismas, coinciden en muchos aspectos pero consideramos que en su mayoría se complementan entre sí.

Para Caja Lopez, "La enfermería comunitaria es una síntesis de la práctica de la enfermería y la salud pública aplicada a promover y preservar la salud de la población. La naturaleza de esta práctica es general y abarca muchos aspectos. No se limita a un grupo de edad o un diagnóstico determinados. Es continua y no episódica. La responsabilidad dominante es la población como un todo. Por lo tanto, la enfermería dirigida a los individuos, las familias o los grupos contribuye a la salud de la población total. La promoción de la salud, el mantenimiento de la salud, la educación sanitaria, la coordinación y continuidad del cuidado se utilizan con un enfoque integral de la familia, del grupo y de la comunidad. La actuación de la enfermera confirma la necesidad de un planteamiento general de salud, reconoce las influencias de tipo social y ecológico, presta atención a las poblaciones en peligro y utiliza las fuerzas dinámicas que influyen en el cambio"⁽²⁾.

La enfermera comunitaria realiza sus actividades con grupos vulnerables identificados, con familias o de manera individualizada, con uno o más miembros de la familia, utilizando todos los recursos disponibles del sistema familiar.

En base a las competencias descritas por el Colegio de Enfermeras del Uruguay, más precisamente por la comisión de Enfermería comunitaria, desarrollaremos las siguientes funciones: asistencia, administrativa, docente y de investigación.

⁽²⁾ Caja López C, López Pisa R. Enfermería comunitaria 3. Barcelona: Masson; 1993, p. 66.

1) FUNCION ASISTENCIAL:

“Es la prestación de cuidados integrales directos al paciente, cliente, familia o comunidad. La enfermería es responsable del mantenimiento, promoción y protección de la salud, del tratamiento de los enfermos y de su rehabilitación. Se ocupa de los aspectos psicosomáticos y psicosociales de la vida, que afectan la salud, la enfermedad y la muerte”.⁽³⁾

Las actividades a nivel asistencial de la Licenciada en Enfermería, las clasificamos en:

1) “ACCIONES PREVENTIVO – PROMOCIONALES DE LA SALUD”, tienen un claro enfoque preventivo de las enfermedades más frecuentes que afectan a la comunidad, así como una serie de actividades orientadas a promover un mejor nivel de vida y de salud”.⁽⁴⁾ se consigue a través de:

- a) Desarrollo de programas de atención a la salud, según las características y las necesidades priorizadas de la población, aplicando el Proceso de Atención de Enfermería a lo largo del ciclo vital y en los diversos lugares en que las personas se encuentran : hogar, centros educativos, laborales, recreativos, grupos y organizaciones comunitarias.
- b) Atención a individuos, familias, grupos de la población y comunidad, a través de:
 - Control de salud del individuo sano (niño, embarazada, adulto, adulto mayor, trabajador).
 - Control y seguimiento a las personas con capacidades diferentes.
 - Coordinación del equipo de salud y el relacionamiento intersectorial.
 - Programa de inmunizaciones.
 - Programas atención a la familia.
 - Programa de atención con grupos específicos.
 - Programas de promoción comunitaria.
- c) Coordinación de las actividades interdisciplinarias e intersectoriales.
- d) Promoción de la formación de grupos de la comunidad y las actividades comunitarias en desarrollo.
- e) Asesoramiento y monitorización sobre salud a grupos comunitarios.
- f) Educación sanitaria (individual y colectiva).
- g) Mejoramiento básico y control del medio ambiente, lugares públicos y vivienda (control de habitabilidad).
- h) Captación de usuario – familia.
- i) Control de enfermedades susceptibles de detección precoz.

⁽³⁾ Alfonso Roca MT, Álvarez – Dardet C. Enfermería comunitaria 1. Barcelona: Masson; 1992. p. 94.

⁽⁴⁾ [Funciones de la Enfermería en la comunidad] disponible en:

www.enfermeriaconexion.com/comunitaria/anapll.htm

- j) Prevención y control de accidentes.
- k) Prevención y control de las enfermedades infecto – contagiosas.
- l) Prevención y control de las enfermedades de etiología social y su posterior reinserción.
- m) Prevención y control de todas las alteraciones de los factores ambientales que pueden ocasionar perjuicio a la salud individual y colectiva (saneamiento y control de alimentos, aguas residuales, aguas potables, residuos sólidos).
- n) Prevención y control relacionadas a salud mental.
- o) Otras acciones relacionadas.

2) “ACCIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD”, están dirigidas a la comunidad enferma, a fin de propiciar su recuperación y poniendo énfasis en aquellas afecciones más frecuentes y prevalentes que están presentes en la comunidad; así como en el grupo etéreo o poblacional más afectado”.⁽⁶⁴⁾

Se consigue mediante: Atención domiciliaria, Programas específicos e interconsultas.

Según el colegio de enfermeras del Uruguay, en la función de asistencia la modalidad de trabajo se sustenta en la Consulta de Enfermería, la Visita y seguimiento domiciliario, trabajo individual y grupal⁽⁶⁵⁾; por lo cual seleccionamos para la realización de nuestro estudio las siguientes actividades:

1.A) CONSULTA DE ENFERMERÍA: Es la instancia de encuentro que tiene el usuario – familia con la Licenciada en Enfermería orientada a valorar el estado de salud en relación a sus necesidades.

“Su finalidad es prestar una atención directa y personalizada al usuario - familia del sistema de salud, en lo concerniente a los cuidados de enfermería”⁽⁶⁶⁾.

La consulta de enfermería tiene como tareas principales:

- Realizar el proceso de atención de enfermería de cada usuario y/o del grupo familiar.
- Proceder a la derivación del usuario – familia a otros profesionales del equipo, según requerimientos del mismo.

El objetivo fundamental de la consulta de enfermería es el cuidado de la población; mediante la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

“Los cuidados se prestan en la mayoría de los casos en un sistema apoyo – educativo, donde como dice Orem “el usuario es capaz de realizar o puede o debería aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado” Los objetivos de la consulta de enfermería varía en función del usuario que recibe la atención pero en todos los casos la finalidad última es hacer al individuo el primer responsable de su salud y para ello de

⁽⁶⁴⁾ [Funciones de la Enfermería en la comunidad] disponible en:
www.enfermeriaconexion.com/comunitariamapl1.htm

⁽⁶⁵⁾ CEDU. Descripción de las competencias de la enfermera comunitaria.

⁽⁶⁶⁾ Alfonso Roca MT, Álvarez – Dardet C. Enfermería comunitaria 1. Barcelona: Masson; 1992. p. 96.

proveerle de la información necesaria mediante la educación sanitaria para capacitarlo en su propio autocuidado”.⁽⁶⁾

1.A.1) Contenido de la consulta de enfermería: Es la realización del Proceso de Atención de Enfermería el cual es definido por Alfaro como “el conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de enfermería”.⁽⁷⁾

“Este consta de las siguientes etapas:

- a) ***Valoración bio-psicosocial:*** Es el proceso mediante el cual se recoge información, se analiza e interpreta. Ésta información constituye la base para la identificación de los problemas del paciente, familia, comunidad. De la valoración se recogen datos que constituyen hechos. Si estos señalan discrepancia con el cuerpo de conocimientos teóricos (normalidad), se transforman en problemas que conducirán al diagnóstico de enfermería. Las fuentes para obtener la información pueden ser primarias (del paciente y familia) o secundarias (del resto del equipo de salud, de los registros). Los medios por los que se obtienen los datos son: la observación, la entrevista, examen clínico y lectura de registros. El método de valoración no es único, sin embargo el enfoque sistémico utilizado como marco conceptual es el que ofrece una perspectiva globalizadora del hombre. El concebir al hombre como un sistema implica reconocer los componentes biológico, psicológico y social como subsistemas. La relación de la información debe ser completa y multifocal (bio – psico social), objetiva, sistémica y registrada (historia de enfermería)

- b) ***Diagnóstico de enfermería:*** Una vez identificada la alteración, se intenta establecer una relación casual (hipótesis) que oriente al plan de cuidado. La hipótesis corresponde al diagnóstico de enfermería. Carpenito define al diagnóstico de enfermería como: “Explicación que describe un estado de salud o una alteración real o potencial en los procesos vitales de una persona”. Si se equipara la noción de diagnóstico a la de hipótesis se puede definir por analogía a éste, como: “ Predicción o explicación tentativa de la relación entre dos o más variables”. La variable dependiente es la que generalmente recogemos de la valoración o sea, los hechos. Son las variables independientes las que deben identificarse para trabajar sobre ellas, de modo de resolver definitivamente el problema. El diagnóstico de enfermería se basa en la concepción integral del individuo,

⁽⁶⁾ Osuna Frías A. Enfermería comunitaria. Barcelona: Masson; 2000. p 202.

⁽⁷⁾ Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. Barcelona: Doyma; 1988. p. 6-7.

contemplando aspectos biológico – psicológico – sociales que influyen en la aparición y curso de la enfermedad”.^(*)

c) Plan de acción: “Determinación de las actuaciones específicas que las enfermeras deben llevar a cabo para resolver los problemas identificados, expresados en el diagnóstico de enfermería”. La planificación proporciona dirección al cuidado de enfermería, aporta información a todas las personas que se relacionan con el cuidado del paciente, se brinda continuidad y se asegura la calidad de los cuidados, se proporcionan cuidados individualizados según situación y necesidades de cada persona, se favorece la comprensión del paciente – familia al hacerlos partícipes del cuidado, se ahorra tiempo y esfuerzo. Para llevar a la práctica el plan de cuidado la enfermera actúa de distintas maneras:

- Realizando actividades propias: cuidados que contribuyen a la mayor comodidad, seguridad y bienestar del enfermo o que ayudan al individuo sano en el mantenimiento de un nivel de salud adecuado.
- Ejerciendo actividades derivadas de la práctica de otro profesional: éstas actividades pueden estar incluidas en el plan. Un adecuado trabajo en equipo asegura la coordinación y favorece la integración de los esfuerzos.
- Delegando actividades: se delega actividades pero no la responsabilidad del cuidado, lo que implica el control del correcto cumplimiento de la misma.

d) Evaluación: Forma parte de cada componente del proceso. Se valora los estados del paciente en su evolución hacia la salud por medio de la comparación de los resultados de las acciones con los objetivos propuestos para adoptar las medidas correctoras del plan (retroalimentación). En la evaluación deben participar todos los involucrados: la enfermera, el paciente, el equipo de salud. Las formas de evaluar son: mediante la observación directa o indirecta, mediante la comprobación de registros de enfermería y reuniones de equipo”.^(*)

^(*) Universidad de la República. Facultad de Medicina. Temas de enfermería médico – quirúrgico. Montevideo: AEM; 1997 p 13 – 19

^(*) Universidad de la República. Facultad de Medicina. Temas de enfermería médico – quirúrgico. Montevideo: AEM; 1997 p 13 – 19.

I.A.2) Registro de la consulta de enfermería: "Es un documento específico que hace parte de la historia clínica en el cual debe describirse cronológicamente la situación, evolución del estado de salud en intervenciones de promoción de la vida prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que los profesionales de enfermería brindan a la persona, familia y comunidad"⁽⁹⁾

Principios de los registros:

- Tiene un valor socios – sanitario, administrativo, legal.
- Debe realizarse con fines concretos
- Registrar fundamentalmente los datos que se van a utilizar, es una inversión del tiempo del profesional.
- Un registro sistemático facilita la localización de la información y ahorra tiempo.
- Los registros utilizados deben ser comprensibles y estar a disposición de los miembros del equipo multidisciplinario.

Beneficios de los registros:

- Permite evaluar todo el proceso de atención de forma continuada y permanente.
- Garantiza una información fiable a todos los profesionales del equipo.
- Permite planificar y organizar adecuadamente los recursos, el tiempo y los servicios profesionales en general.
- Favorece la continuidad de la atención, dentro de la misma profesión, en el equipo multiprofesional y entre otros niveles de atención.
- Supone una fuente de información para la elaboración de los planes de formación continuada y reciclaje profesional.
- Es una fuente útil para la puesta en marcha de proyectos y estudios de investigación.
- Constituye la base para la evaluación de protocolos de actuación y programas de salud.
- Es un instrumento para estudiar la garantía de calidad que miden la eficacia del trabajo del equipo de salud".⁽¹⁰⁾

I.A.3) Tipo de consulta de enfermería: El acceso del usuario – familia – comunidad a la consulta de enfermería puede establecerse de tres formas:

- A demanda
- Programada
- Derivación desde la consulta médica o de otros profesionales.

Seleccionamos para nuestro estudio las consultas a demanda, programadas y ambas (a demanda y programada).

⁽⁹⁾ Chaparro L. García DC. [Registros del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado] disponible en: www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria6403-registros.htm

⁽¹⁰⁾ López M. Atención domiciliaria. Diagnostico de enfermería. Madrid: Interamericana; 1994. p 47-48.

La consulta de enfermería a demanda implica la atención del usuario y por tanto la realización del Proceso de atención de Enfermería en forma espontánea,; como lo dice la palabra, es cuando ésta es demandada o requerida por la población sin una previa coordinación . Por lo contrario, la consulta de enfermería programada es aquella que tiene una previa coordinación (día y hora), y lleva a un mejor aprovechamiento del tiempo enfermero y usuario; por esto es que en la actualidad se esta tendiendo al desarrollo de esta última modalidad. Cuando nos referimos a ambas, hacemos referencia a la combinación de ambos tipos de consultas (a demanda y programadas), definidas anteriormente. Consideramos que la enfermera/o profesional debe realizar en su jornada laboral ambos tipos de consulta ya que permite que la labor diaria sea organizada (administrando los tiempos) y a su vez responder a la demanda de la comunidad, para solucionar o evaluar los problemas de salud que requieran una atención inmediata o derivación, teniendo presente un aspecto importante de nuestro actuar, la prevención .

1.B) VISITA DOMICILIARIA:

Antonio Frias Osuna define a la visita domiciliaria como: “ El conjunto de actividades que surgen en el contexto de una planificación previa. Mediante ésta modalidad de atención la enfermera proporciona cuidados de enfermería a las familias adscriptas a su cargo en el propio domicilio familiar.

Está enfocada a prestar cuidados integrales a aquellas familias que forman parte de un grupo de riesgo derivado de la etapa del ciclo vital en que se encuentren, o por sus características sociales o derivadas de un problema de salud, incluyendo a aquellas personas que por determinados motivos no pueden acudir al centro de salud; haciendo extensible así las actividades del mismo a la familia y su entorno, favoreciendo la captación e integración de la unidad familiar en el centro”.

Definiremos entonces a la visita domiciliaria como: El encuentro de la enfermera con el usuario – familia en su lugar de residencia siendo una de las acciones primarias para llevar a cabo la atención integral a la salud, en donde se debe realizar el PAF, ésta debe ser planificada y programada.

“Objetivos:

- Ayuda al individuo y a la familia a alcanzar un mayor nivel de independencia, potenciando al máximo sus capacidades de autocuidado.
- Proveer un servicio en diversos periodos críticos por los que pasa una familia como las fases pre y pos natales, la ancianidad y la depresión, aflicción, otros”.⁽⁶⁾

1.B.1) Tipo de visitas domiciliarias: Clasificamos a las visitas domiciliarias en visitas de seguimiento y visitas de captación.

Las visitas de captación son aquellas donde el usuario es identificado como destinatario de cuidados pero no a comenzado con sus controles de salud en el centro o dependencia que le corresponda y se realiza este primer encuentro con el fin de aproximarle al centro de referencia mas cercano.

⁽⁶⁾ Osuna Frias A. Enfermería comunitaria. Barcelona: Masson; 2000. p 219

Las visitas de seguimiento son aquellas que se llevan a cabo cuando es considerado por el profesional enfermero; estas pueden ser por algún problema puntual de salud detectado tanto por este como por algún integrante de su familia o por la ausencia del mismo cuando es un usuario de riesgo y falta a alguna consulta preestablecida.

“Si bien ambas formas son importantes, debe destacarse la necesidad de potenciar la captación, ya que por diversos motivos suele estar poco desarrollada” ⁽⁶⁾.

I.B.2) Enfoque de la visita domiciliaria: Es la modalidad o visión que se le da a cada visita domiciliaria. Definimos como enfoque a el/los destinatario/s del encuentro con la enfermera profesional en su domicilio, con la finalidad de brindar una atención integral a la salud llevando a cabo el proceso de atención de enfermería.

“Desde la enfermería comunitaria, el trabajo con familias implica actuar en un sistema natural que es la familia, en el que según Úbeda y Pujol, los miembros tienen en común el entorno (hogar, barrio, entre otros) y muchas formas de comportamiento, hábitos o estilos de vida. Entre ellos existe una interdependencia que hace a la familia funcionar como unidad, de forma que los problemas de salud de uno de sus miembros lo afectan individualmente, a la vez que afecta a la familia como grupo”. ⁽⁶⁾

Clasificamos el enfoque en:

- Solo usuario: La visita domiciliaria es dirigida solo a la persona que presenta o no problemas de salud.
- Usuario y otros integrantes del grupo familiar con riesgo de salud: Se caracteriza por abordar además del usuario que genero la visita domiciliaria a otros integrantes de la familia y a su vez tratar temas de salud de interés para la misma y formular de común acuerdo con la familia un plan de trabajo (ya sea preventivo/promocional o de tratamiento).

I.C) PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA: “Son pautas específicas para la acción que detallan la forma exacta de cómo deben cumplirse determinadas actividades y la explicación de cada uno de los pasos hasta llegar a la tarea más sencilla, donde se llevan a cabo distintas acciones, como ser: curaciones, extracciones, entre otras”. ⁽¹¹⁾

⁽⁶⁾ Osuna Frías A. Enfermería comunitaria. Barcelona: Masson; 2000. p 187.

⁽⁶⁾ Osuna Frías A. Enfermería comunitaria. Barcelona: Masson; 2000. p 22.

⁽¹¹⁾ Alberdi R. Caballero M. Administración. 3a. ed. Madrid: UNED; 1984. p. 31

II) FUNCIONES ADMINISTRATIVAS:

“Es una actividad vinculadora que permite aprovechar la capacidad y esfuerzos de todos los integrantes de una organización dirigiéndolos racionalmente hacia el logro de objetivos comunes”.^(*) La misma debe ser : sistemática, racional y ordenada; a su vez debe responder a las necesidades y asegurar el uso adecuado de los recursos.

Gestión de enfermería: “Es un procedimiento de trabajo llevado a cabo por los miembros del staff de enfermería para dispensar cuidados, atención y confort a los pacientes. La tarea propia de la enfermera gestora es planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos económicos, humanos y materiales disponibles, de manera que se puede proporcionar los cuidados de la forma más eficaz posible a los grupos de pacientes y a sus familias. El proceso de gestión incluye recogida de datos, identificación de problemas, planificación de las intervenciones, ejecución de los planes propuestos y evaluación de los resultados obtenidos. Un proceso puede considerarse como una serie de acciones dirigidas a un objetivo común, en la gestión de enfermería lo que se persigue son cuidados eficaces y económicos para los grupo de pacientes. Cada actividad que se realiza en la secuencia del proceso (recogida de datos, planificación, dirección y control) afecta al resto de las actuaciones que se llevan a cabo en dicha secuencia y que al mismo tiempo tiene una influencia decisiva en la calidad de los cuidados. El proceso de gestión es por lo tanto, un proceso autorregulador y autocorrector”.^(**)

De acuerdo a la gestión de enfermería, especificaremos las actividades en las siguientes etapa: Recogida de datos, Planificación, Organización, Dirección, Evaluación o control.

II.A) RECOLECCION DE DATOS:

“Para desempeñar su función de forma eficaz en cualquier institución sanitaria, la /el licenciada/o en enfermería debe poseer una cantidad considerable de información sobre las personas, los lugares y las cosas que integran dicha institución. Para comprender el comportamiento de los superiores, colegas y subordinados, la licenciada debe saber cómo ven los anteriores a estos mismos lugares, personas y cosas. Si se ha incorporado recientemente a la institución o ha asumido hace poco tiempo el rol directivo, la enfermera gestora deberá observar atentamente a cada usuario del centro, cada empleado y cada registro, informe y política establecida, como un punto de referencia en su búsqueda de datos operativos. Después de haber acumulado una considerable base de datos procedentes de todas las fuentes disponibles, la licenciada deberá examinar su colección de hechos y opiniones para estudios y aplicaciones posteriores”.^(**)

^(*) [Funciones de la Enfermería en la comunidad] disponible en:
www.enfermeriaconexion.com/comunitarianapII.htm

^(**) Gillies DA. Gestión de enfermería. Una aproximación a los sistemas. 2a. ed. Barcelona: Masson; 1994. p 1-4.

II.A.1) Aproximación diagnóstica: Ander Egg la define como “Proceso continuo, dinámico y sistemático mediante el cual nos aproximamos al conocimiento de una realidad en forma científica para poder actuar y transformarla; identificando la problemática de salud de desarrollo, así como los recursos con los que cuenta para enfrentar sus problemas principales antes identificados”.⁽¹³⁾

Para algunos autores esta función es de índole administrativa y para otros es de asistencia; sin embargo, sea cual fuere su ubicación, se constituye en el punto de partida para el establecimiento y desarrollo de cualquier programa o actividad. Por lo cual basándonos en Decann – Gillies hemos decidido incluirlo dentro de la función administrativa.

Tanto la aproximación diagnóstica de la comunidad como la del centro de salud incluye por lo menos las siguientes etapas:

“

- *Conocimiento de la zona y redes sociales:* Es la investigación de las características sociológicas, geográficas, económicas y de las instituciones sociales, lo cual se hace a través de encuesta directas. Se analizan los recursos existentes en la comunidad y que son posibles de aprovechar en determinadas ocasiones.
- *Detección y priorización de problemas:* una vez culminada la etapa anterior, se registran aquellos problemas que surgen de la interpretación de los antecedentes acumulados en el estudio efectuado y procede a jerarquizarlos con el objeto de establecer una lista de prioridades sobre la cual se basará el trabajo futuro. Los hechos acerca de la comunidad indicarán cuales son los problemas que demandan mayor atención, se tomarán en cuenta los siguientes factores: urgencia de solución y posibilidad de solución a base de recursos existentes o potenciales y actitud de los habitantes de la comunidad para la aceptación del cambio necesaria que la solución del problema traiga consigo.
- *Elaboración del plan de trabajo para los problemas detectados:* Método racional para escoger, organizar y evaluar las actividades de salud más eficaces para satisfacer las necesidades de salud de la población, teniendo en cuenta los recursos disponibles”.⁽¹⁴⁾ Elaborar un plan de trabajo consiste por lo tanto, “en determinar qué, cuando y como será realizado para solucionar total o parcialmente los problemas de salud definidos como prioritarios. Es decir, los objetivos a ser alcanzados, las acciones y la combinación de los recursos a ser movilizados”.⁽¹⁴⁾

⁽¹³⁾ Ander - Egg E. Metodología del trabajo social. 4a. ed. Barcelona: Ateneo; 1982. p. 57 – 58.

⁽¹⁴⁾ San Martín H, Pastor V. Salud comunitaria. 2a. ed. Madrid: Díaz de Santos; 1988. p. 110 – 137.

⁽¹⁴⁾ Ubach G, Bech J. Organización del primer nivel de salud. Montevideo: sn; 1989.

II.B) PLANIFICACIÓN: “Es un proceso intelectual que se inicia con el análisis pasado y actual de un sistema determinado y después de hacer una valoración de fines y medios establece las metas y objetivos a alcanzar, las estrategias, políticas, normas de ejecución y de control de las actividades que deberán ser desarrolladas en un período determinado”.⁽¹¹⁾

“Para planificar se debe partir de una premisa básica y elemental de querer cambiar algo, de estar o sentirse inconforme con la situación actual que se vive o se trabaja. Así, debe existir un deseo real de querer cambiar, y la posibilidad real de cambio y autotransformación, para que las acciones puedan lograr los resultados propuestos, esperados y deseados por todos; debemos conocer dónde estamos, cómo estamos, qué queremos y cuales son las limitaciones y los contribuyentes al cambio. Es un Instrumento que nos permite:

- Racionalizar las tomas de decisiones
- Maximizar la racionalidad, buscando o procurando la optimización de la acción.
- Administrar el futuro en lo que se refiere a lo probable, lo deseable, eliminando el grado de incertidumbre, y permitiéndonos ser capaces de atacar él o los problemas, en forma suficiente, necesaria, potente y eficaz.
- Afirmar la voluntad: oponiéndose a la fatalidad, a la casualidad y el azar”⁽¹²⁾

Propósitos de la planificación:

- Conocer los problemas que afectan a una situación.
- Buscar las soluciones más adecuadas
- Utilizar el máximo de recursos disponibles de forma eficaz
- Prevenir crisis para darle soluciones rápidas y eficaces.
- Tener una base para medir resultados.
- Poseer bases objetivas para facilitar la información.

Planificar incluye:

- a) Análisis situacional de la comunidad.
- b) Determinación de prioridades, alternativas y propuestas de cambio.
- c) Selección y elaboración de indicadores y criterios de evaluación.
- d) La identificación y rol de los recursos.
- e) Elaboración:
 - De manuales y guías que hagan explícitas las políticas de los Programas
 - Normas de atención
 - Procedimientos administrativos y técnicos
 - Guías que faciliten la supervisión.

⁽¹¹⁾ Alberdi R. Caballero M. Administración. 3a. ed. Madrid: UNED; 1984. p. 27-28.

⁽¹²⁾ Ballesteros H, Vitancurt AM. Bases científicas de la administración. México: Mc Graw - Hill; 1996. p.29

- Programas, acciones y actividades relativas a la salud comunitaria.
- f) La utilización de los registros de Enfermería, protocolos y guías de actuación.
- g) La coordinación y derivación multidisciplinaria e interdisciplinaria.

Para nuestro trabajo seleccionamos como categorías las siguientes:

- *plan de trabajo*: “método racional para escoger, organizar y evaluar las actividades de salud más eficaces para satisfacer las necesidades de salud de la población, teniendo en cuenta los recursos disponibles”.⁽¹⁾ Se debe tener en cuenta para la elaboración de un plan de trabajo que éste se base en el análisis cuidadoso de la situación; tener objetivos realizables de forma que puedan ser fácilmente comprendidos por los grupos que van a realizarlos; establecerse medidas de participación de las personas a quien van dirigidos y la de los grupos que van a realizarlos; estar orientados de acuerdo con el nivel técnico, económico y social de las personas que van a participar y de las que se van a beneficiar del plan; tener flexibilidad para adaptarse a situaciones que requieran reajuste o modificación; ser equilibrados y realistas; tener especificados los pasos a seguir; especificar los beneficios que pretenden conseguir en relación al costo y permitir evaluar los resultados de forma que puedan introducir modificaciones de acuerdo a la información recogida en la evaluación. Una vez seleccionado el plan de acción, comienza la programación detallada del mismo en donde se han de exponer con precisión los fines; objetivos generales y particulares con especificación cualitativa cuantitativa y cronológica de cómo conseguirlo.
- *Registros de enfermería*: “es un documento específico de nuestra profesión (por ejemplo planillas de consultas de enfermería, visitas domiciliarias), que debería hacer parte de la historia clínica de los pacientes y/o familias, con la finalidad de que los mismos sean completos y describan todas las acciones realizadas por el profesional enfermero. En los mismos, debe describirse cronológicamente la situación, evolución del estado de salud en intervenciones de promoción de la vida prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que los profesionales de enfermería brindan a la persona, familia y comunidad” ⁽²⁾
- *Protocolos de enfermería*: “Es una guía de actuación confeccionada para la práctica asistencial, que sirve de estrategia para unificar criterios y acordar de forma conjunta el abordaje de diferentes técnicas y terapias. Además, permite su utilización como prototipo de medida a la hora de evaluar la atención protocolizada desde la misma guía. Es la rutina de un método o normativa de actuación, las

⁽¹⁾ San Martín H, Pastor V. Salud comunitaria. 2a. ed. Madrid: Diaz de Santos; 1988. p. 110 – 137.

⁽²⁾ Chaparro L. García DC. [Registros del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado] disponible en: www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria6403-registros.htm

características que debe reunir es que debe ser ordenado, preciso, detallado y estar escrito”.⁽⁶⁾

- Criterios y estándares de evaluación: “pueden ser utilizado de forma indistinta como un objetivo o como un indicador con los que se puede constatar de forma cuantitativa las actividades. Cuando se utiliza como un objetivo, es un instrumento de planificación. Si se utiliza como un indicador con el que se puede medir las actividades, es un mecanismo de control. Los criterios y estándares asistenciales de enfermería tienen como objetivo mejorar la calidad de los cuidados de enfermería, disminuir el costo y proporcionar fundamentos que permitan la delimitación de las negligencias de enfermería”.⁽¹²⁾

H.C) ORGANIZACIÓN: “Es combinar o relacionar a los grupos que deben realizar una serie de actividades, con los medios necesarios para su ejecución de forma que el trabajo se realice de manera conciente, racional y coordinada para asegurar el logro de los fines propuestos en la planificación”.⁽¹¹⁾

Comprende las siguientes actividades:

- División de trabajo (clasificación de tareas, definición de puestos de trabajo).
- Distribución de los recursos (organigrama, flujograma, cronograma de Gantt).
- Delegación de tareas.
- Determinación responsabilidades y autoridades.
- Determinación de programas de sistematización (estándares de calidad, manuales de procedimientos, normas, reglamentos).

Para nuestro trabajo se seleccionaron las siguientes actividades:

- *División de trabajo:* “cuanto más compleja es una función , más necesario se hace dividirla en tareas que aseguren la producción, minimicen el esfuerzo y generen el menor costo posible para llevar a cabo la división del trabajo se debe clasificar tareas, definir puestos y favorecer la especialización”.⁽¹⁵⁾
- *Distribución de los recursos:* Es la dotación de los recursos necesarios para llevar a cabo las funciones y actividades. Los recursos que se van a necesitar son:

⁽⁶⁾ Osuna Frias A. Enfermería comunitaria. Barcelona: Masson; 2000. p. 107.

⁽¹²⁾ Gillies DA. Gestión de enfermería. Una aproximación a los sistemas. 2a. ed. Barcelona: Masson; 1994. p. 123.

⁽¹¹⁾ Alberdi R, Caballero M. Administración. 3a. ed. Madrid: UNED; 1984. p. 49.

⁽¹⁵⁾ Ballesteros H, Vitancurt AM. Bases científicas de la administración. México: Mc Graw - Hill; 1996. p. 44 - 55.

- RRHH: Son los profesionales de la plantilla; describir las actividades es fundamental para proveer el número de personas aptas y capacitadas.
 - RRMM: Son todos los recursos (no humanos) que permitirán la realización de las asistencias: materiales, planta física, mobiliario, instrumentos, entre otros. Los mismos se pueden clasificar en de uso o consumo. Se debe conocer de los mismos, su propósito, normas de uso y de mantenimiento.
 - RRF: Es la adjudicación de los fondos que permiten llevar a cabo la acción, mediante la dotación de los recursos humanos y los recursos materiales, para hacer posible la asistencia o cualquier otro fin marcado en la organización.
- delegación de tareas: "Es asignarle tareas a una persona de acuerdo con la capacidad que posee, el cargo que ocupa y la consiguiente área de autoridad para decidir, durante el procesamiento de esa actividad; esto acompañado de la responsabilidad por el cumplimiento de dichas tareas".⁽¹⁵⁾

II.D) DIRECCIÓN: "Es en donde se inicia, orienta e impulsa la acción, a través de la toma de decisiones, la motivación y el liderazgo de grupo".⁽¹¹⁾

Se debe realizar la dirección o supervisión del personal auxiliar y del personal comunitario, que interviene en el desarrollo de los programas de salud de la comunidad, y en todo aquello que tenga que ver con ésta y con su desarrollo.

La dirección se desarrolla a través de:

- delegación de autoridad
- Supervisión de las actividades
- Coordinación
- Control de actividades

De la definición de dirección se desprende los siguientes elementos:

- Orientación
- Motivación
- Comunicación
- Toma de decisiones
- Liderazgo

Para nuestro estudio seleccionamos como categorías las siguientes:

⁽¹⁵⁾ Ballesteros H, Vitancurt AM. Bases científicas de la administración. México: Mc Graw - Hill; 1996.

p. 44 - 55

⁽¹¹⁾ Alberdi R, Caballero M. Administración. 3a. ed. Madrid: UNED; 1984. p. 71.

- *"Orientación de acciones:* Es suministrar la información adecuada en cada momento, para que el trabajo se desarrolle de la mejor manera. Es evidente que cuanto más se conoce acerca del propio trabajo y del medio en el que se desenvuelve, más se puede desarrollar éste de manera inteligente y apropiada a la consecución de los objetivos.
- *Supervisión de actividades:* Al supervisar se enseña a los demás miembros del equipo a desempeñar su trabajo y se observa si mediante las técnicas apropiadas se lleva a cabo el plan establecido de la mejor manera posible.
- *Control de actividades:* Al controlar la tarea que se ha delegado se comprueba si se está haciendo adecuadamente según los fines propuestos.
- *Comunicación con el equipo:* Es el proceso de intercambio de ideas, hechos, opiniones o emociones entre dos o más personas. Dentro de un sistema de trabajo es el intercambio de información efectiva entre dos o más individuos. La responsabilidad de la orientación es una de las más importantes que incumben a un administrador, es competencia de éste el establecimiento de los adecuados sistemas que permitan tanto la orientación a los trabajadores que se incorporan como a la orientación continua".⁽¹¹⁾

II.E) CONTROL O EVALUACIÓN: "Consiste en observar y registrar el desarrollo de la ejecución de los programas a fin de mantener una comparación continua entre lo planificado y lo ejecutado y aplicar, si es necesario, medidas correctoras".⁽¹¹⁾

Se debe realizar el control o evaluación, de los programas de salud efectuados en la comunidad, del personal involucrado, de los recursos empleados en cuanto a su efectividad y de los imponderables que puedan haber surgido en el desarrollo de tales programas o actividades de enfermería. Para llevar a cabo esta función y valorar sus alcances deben aplicarse determinados criterios y estándares, a fin de que dicha evaluación sea lo más objetiva posible y sirva de parámetro para la evaluación de otros programas o del programa evaluado, pero en otras latitudes.

El propósito de la evaluación, según Alberdi es detectar cualquier desviación en el plan trazado que pueda impedir la consecución de los objetivos y corregir ésta desviación, busca mejorar constantemente la eficacia del ciclo administrativo. Debe existir un sistema de información dentro del centro que permita evaluar, para lo cual se debe tener una recopilación de los datos.

Para nuestro estudio seleccionamos como categorías las siguientes:

- *Aplicación de criterios y estándares de evaluación:* Es un indicador con el que se pueden medir las actividades, es un mecanismo de control. Los criterios y estándares asistenciales de enfermería tienen como objetivo

⁽¹¹⁾ Alberdi R. Caballero M. Administración. 3a. ed. Madrid: UNED; 1984. p.73 - 78.

⁽¹²⁾ Alberdi R. Caballero M. Administración. 3a. ed. Madrid: UNED; 1984. p. 95.

mejorar la calidad de los cuidados de enfermería, disminuir el costo y proporcionar fundamentos que permitan la delimitación de las negligencias de enfermería.

- *Reorientación de recursos* : Luego de realizada la evaluación y detectadas alteraciones en base a los objetivos, se organizarán nuevamente los recursos disponibles a modo de corregir la desviación y cumplir con los mismos.
- *Recoger el grado de satisfacción de los usuarios y comunidad sobre la calidad de atención en salud*; para su posterior evaluación: “El servicio de enfermería tiene mecanismos de intercambio de información con los usuarios que le permiten tener una percepción general sobre los aspectos que generan satisfacción o insatisfacción en la población asistida, para lo cual, programa acciones periódicamente que permitan aproximarse al nivel de satisfacción, evaluar las acciones realizadas y establecer medidas coyunturales para la corrección de desviaciones”.⁽¹⁶⁾

III) FUNCIONES DOCENTES:

“La enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos que le es propia y específica y que le crea la necesidad de transmitirla. Por una parte la formación de los futuros profesionales en los niveles de planificación, dirección, ejecución y control de la docencia. Por otra parte, como profesional sanitario que es y como parte de sus actividades deseará intervenir en el proceso de educación para la salud. Comprenden las siguiente actividades:

- Capacitación de: líderes y grupos organizados de la comunidad, promotores de salud y de auxiliares de enfermería. Dicha capacitación está orientada a una habilitación en actividades específicas que compete a cada uno de estos grupos y que, por lo general, también guardan relación con el papel que les corresponde con referencia a los diversos Programas de Salud Comunitaria.
- Actividades educativas:
 - Al equipo de salud, para que lleven a cabo las actividades de su competencia, planificando, desarrollando y evaluando las mismas, logrando a su vez, el perfeccionamiento de enfermeras para desempeñarse eficaz y selectivamente en la comunidad. Se puede realizar en forma puntual o continua. La educación continua, brinda un alto nivel de conocimientos de todo el equipo de salud, la cual se puede llevar a cabo mediante cursos, charlas, conferencias, etc.”⁽¹⁴⁾
 - A la comunidad, encaminadas a promocionar la salud, prevenir la enfermedad y rehabilitar a través de programas educativos, y otros más específicos, para satisfacer las necesidades de la comunidad a la que van dirigidos e identificar también la

⁽¹⁶⁾ Universidad de la República. Instituto Nacional de Enfermería. Departamento de administración de servicios de enfermería. Manual de estándares para la acreditación de servicios de enfermería. Montevideo: INDE, Ediciones de enfermería; 2000.

⁽¹⁴⁾ [Funciones de la Enfermería en la comunidad] disponible en: www.enfermeriaconexion.com/comunitarianapII.htm

ausencia o deficiencia de conocimientos del individuo y la familia.

- Colabora en la formación de los estudiantes tanto en la teoría como en la práctica, en los aspectos que le competen.

La educación para la salud (actividad educativa): “es un proceso de enseñanza aprendizaje que conduce a producir cambios favorables en el comportamiento del que aprende (el tipo de cambio depende, en realidad, de los objetivos que nos propongamos alcanzar). El objetivo de toda educación es ayudar a adquirir conocimientos como a desarrollar su personalidad (saber ser), a saber hacer (prácticas)”.⁽¹⁾

“educar para la salud requiere más que la mera información y la finalidad no es proporcionar conocimientos sino conseguir cambios en las actitudes y los estilos de vida, dándose este cambio de manera consciente y voluntaria”.⁽²⁾

“Se podría decir que la finalidad última de la educación sanitaria es, según Salles:

- modificar las conductas negativas relacionadas con la promoción y restauración de la salud.
- Promover nuevas conductas positivas favorables a la promoción y restauración de la salud.
- Propiciar cambios ambientales favorables a los cambios conductuales preconizados.
- Capacitar a los individuos para que puedan participar en la toma de decisiones sobre la salud de la comunidad”.⁽²⁾

⁽¹⁾ San Martín II, Pastor V. Salud comunitaria. 2a. ed. Madrid: Diaz de Santos, 1988. p. 144

⁽²⁾ Caja López C, López Pisa R. Enfermería comunitaria 3. Barcelona: Masson; 1993. p.187 – 189.

⁽²⁾ Caja López C, López Pisa R. Enfermería comunitaria 3. Barcelona: Masson; 1993. p.187 – 189.

IV) FUNCIONES DE INVESTIGACIÓN:

“Esta función le permite a la enfermera ampliar y profundizar los conocimientos, difundir y aplicar las mejoras obtenidas de los resultados de la investigación efectuada; alcanzando un campo propio de conocimientos.”⁽¹⁷⁾

Comprenden las siguientes actividades:

- Investigaciones propias de enfermería, conducentes a:
 - Un mejor conocimiento de la comunidad (factores físicos, demográficos, sociales, culturales, ambientales, políticos, económicos y sanitarios), como campo natural del actuar de enfermería; así como a investigar la acción que enfermería cumple en dicha comunidad. En ambos casos, contribuye a mejorar el actuar de la profesión en el medio comunitario.
 - Identificar los problemas de salud que atañen a dicha comunidad, identificación de los grupos de riesgo, entre otros.
 - Mejorar la calidad de la atención de la salud que se presta.
- Investigaciones Multiprofesionales, efectuadas con otros profesionales y que tienen propósitos similares al caso anterior, con la diferencia que son de índole multidisciplinaria y que sus objetivos genéricos pueden parecer diferentes.

En ambos casos puede promover la participación estudiantil en las líneas de investigación que se están llevando a cabo.

⁽¹⁷⁾ Anaya Cintas F. [Funciones de la enfermería comunitaria] disponible en: www.enfermeriacomunitaria.org/index.php?idioma=es&id_pagina=66&actividad=4

OBJETIVO GENERAL:

- Conocer las actividades que realiza la Licenciada/o en Enfermería en primer nivel de atención, en los centros de salud del MSP del departamento de Montevideo en el periodo comprendido entre el 1 y el 11 de noviembre de 2005.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Caracterizar a la población objeto de estudio (Licenciada/o en enfermería).
- Conocer de la función asistencial las siguientes actividades: consultas de Enfermería, visita domiciliaria y procedimientos de enfermería.
- Identificar en la función administrativas las actividades de: recogida de datos, planificación, organización, dirección y evaluación.
- Conocer si realiza y/o participa en actividades educativas.
- Conocer si realiza y/o participa en investigaciones propias de enfermería y/o multiprofesionales.

DISEÑO METODOLÓGICO

Estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

UNIVERSO/ MUESTRA:

Todas las Licenciadas/os de Enfermería que se encuentren cumpliendo sus funciones en el primer nivel de atención, en los centros de salud de Montevideo pertenecientes al MSP, en el periodo comprendido entre el 1 y 11 de noviembre del año 2005; excluyendo a aquellas que trabajen exclusivamente en el sector de emergencia. Nuestra población fue de 21 Licenciadas/os.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mediante una entrevista, con la Jefa del departamento de Enfermería del SSAE- ASSE- MSP Licenciada Shirley García (anexo N° 1), se obtuvo un listado con la identificación de las licenciadas/os.

A partir de dicho listado se coordinaron las entrevistas con la población objeto de estudio.

Se realizó una carta de autorización al director del SSAE- ASSE- MSP para la utilización del término MSP, en éste estudio.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, para el cual se elaboró un instrumento semi – estructurado, para la obtención de datos. El mismo, consta de preguntas: semi – abiertas, cerradas y de opción múltiple, adjuntándose un instructivo, en el cual se especifican las pautas para su uso y llenado (anexo N° 2).

Se realizó la prueba de campo con Licenciadas/os de Enfermería de características similares a la población de estudio.

Se realizaron las entrevistas semi estructuradas para el relevamiento de la información. Finalizada dicha instancia, se procedió a la sistematización y tabulación de la información obtenida, mediante tablas uni y bivariadas para su graficación y análisis.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

1. Cargo que ocupa el profesional enfermero en el centro de salud: variable cualitativa y nominal.

Definición conceptual: Es el orden jerárquico que ocupa en el organigrama del centro de salud.

Definición operativa: Se determinará según la respuesta de la Licenciada/o en Enfermería teniendo en cuenta el cargo que la misma ocupa, por lo cual se establecieron las categorías:

- ✓ Director.
- ✓ Coordinador o supervisor.
- ✓ Operativa.
- ✓ Otros.

2. Tiempo de egresado del profesional: variable cuantitativa y continua.

Definición conceptual: Tiempo que transcurre desde la finalización de la carrera de Licenciatura en Enfermería hasta la fecha.

Definición operacional: Se determinará según la respuesta de la Licenciada/o y se medirá en años de egresado de la Facultad de Enfermería.

Categorías:

- ✓ < 1 año
- ✓ 1 – 5 años
- ✓ > 5 años.

3. Tiempo de experiencia en la realización de trabajo en primer nivel de atención: Variable cuantitativa y continua.

Definición conceptual: Tiempo que transcurren desde que la Licenciada/o en Enfermería comenzó a trabajar en el primer nivel de atención hasta la fecha.

Definición operacional: Se determinará según la respuesta de la Licenciada/o, midiendo el tiempo en años que transcurrieron desde que el mismo comenzó a trabajar en el primer nivel de atención hasta la fecha por lo cual se establecieron las siguientes categorías:

- ✓ < 1 año
- ✓ 1 – 5 años
- ✓ > 5 años

4. **Formación post – graduación:** variable cualitativa y nominal.

Definición conceptual: Es la realización por parte de la Licenciada/o en Enfermería de cursos de formación continua, maestrías, especialista en el área de enfermería comunitaria, homologación de la especialidad en Enfermería comunitaria por competencia notoria u otros.

Definición operacional: Se determinará según la respuesta de la Licenciada/o, teniendo en cuenta que tenga o no formación post – graduación, estableciéndose las siguientes categorías:

- ✓ Especialista en Enfermería comunitaria
- ✓ Homologación de la especialidad en Enfermería comunitaria por competencia notoria
- ✓ Curso de maestría en primer nivel de atención.
- ✓ Cursos de formación continua.
- ✓ Sin formación post – graduación.
- ✓ Otros.

5. **Función de asistencia:** variable cualitativa, nominal y compleja.

Definición conceptual: Es la prestación de cuidados integrales directos al paciente, cliente, familia o comunidad.

Se operacionalizará en las siguientes dimensiones:

5.1) **Consulta de enfermería:** variable cualitativa, nominal y compleja.

Definición conceptual: Es la programación de los encuentros que tiene el usuario – familia con la Licenciada/o de Enfermería, orientados a valorar el estado de salud en relación a sus necesidades.

Se operacionalizará en las siguientes dimensiones:

a. **Contenido de la consulta de enfermería:** variable cualitativa y nominal.

Definición conceptual: Es la realización por parte de la Licenciada/o de Enfermería de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), en cada encuentro con el usuario y/o familia.

Definición operacional: Se determinará según la respuesta de la Licenciada/o, considerando que se cumple con el contenido de la consulta cuando la misma haya realizado todas las etapas del proceso de atención de enfermería, en el último año; por lo cual se tomaron como categorías dichas etapas:

- ✓ Valoración bio - psicosocial
- ✓ Diagnósticos de enfermería
- ✓ Plan de acción
- ✓ Evaluación

Indicador:

- Si
- No

- b. Registro de la consulta de Enfermería: variable cualitativa y nominal.

Definición conceptual: es el acto de dejar por sentado o plasmado todas las etapas del PAE, en historia clínica y/o planilla de enfermería.

Definición operacional: Se determinará según la respuesta de la Licenciada/o entendiendo que cumple con el registro cuando la Licenciada/o haya dejado plasmado todas las etapas del PAE en historias clínicas y/o en planillas de enfermería, en el último año.

Tomaremos como Categorías:

- ✓ Registra 1 etapas del PAE
- ✓ Registra 2 o 3 etapas del PAE
- ✓ Registra todas las etapas del PAE
- ✓ No registra

Indicador:

- Si
- No

- c. Tipo de consulta de enfermería: Variable cualitativa y nominal.

Definición conceptual: Es la vía de acceso por la cual el usuario accede a la consulta de enfermería, las cuales pueden ser: a demanda, programada o derivación desde la consulta de otros profesionales.

Definición operacional: Se determinará según la respuesta de la Licenciada/o entendiendo que cumple con ésta variable cuando haya realizado ambos tipos de consultas (a demanda y programada), en el último año.

Categorías:

- ✓ A demanda
- ✓ Programadas
- ✓ Ambas

- 5.2) Visitas domiciliarias: variable cualitativa, nominal y compleja.

Definición conceptual: Es el encuentro de la Licenciada/o de enfermería con el usuario – familia en su lugar de residencia siendo una de las acciones primarias para llevar a cabo la atención integral a la salud.

Se operacionalizará en las siguientes dimensiones:

- a) Tipo de visita domiciliaria: variable cualitativa y nominal.

Definición conceptual: Es el encuentro de la Licenciada/o en Enfermería con el usuario y/o familia en su lugar de residencia para la realización del PAE, existiendo dos

tipos de visitas domiciliarias, las cuales son de captación y seguimiento.

Definición operacional: Se determinará según la respuesta de la Licenciada/o, entendiéndose que cumple con el tipo de VD cuando realiza ambos tipos de vistas (de captación y seguimiento), en el último año.

Las categorías seleccionadas son:

- ✓ Seguimiento
- ✓ Captación
- ✓ Ambas

Indicadores:

- Si
- No

b) Enfoque de visita: variable cualitativa y nominal.

Definición conceptual: Es la modalidad o visión que se le da a cada visita domiciliaria, se define como enfoque a él o los destinatarios del encuentro con el Licenciado/a de Enfermería en el domicilio, el cual puede ser: solo al usuario o al usuario y otros integrantes del grupo familiar con riesgo de salud.

Definición operacional: Se determinará según la respuesta de la Licenciada/o, considerando que cumple con el enfoque de la visita cuando el mismo va dirigido al usuario y otros integrantes del grupo familiar con riesgo de salud. Establecemos como criterio de inclusión todas las visitas realizadas en el último año.

Se determinaron las siguientes categorías:

- ✓ Solo Usuario
- ✓ Usuarios y otros integrantes del grupo familiar con riesgo de salud

Indicadores:

- Si
- No

5.3) Procedimientos de enfermería: variable cualitativa y nominal.

Definición conceptual: Son pautas específicas para la acción que detallan la forma exacta de cómo deben cumplirse determinadas actividades y la explicación de cada uno de los pasos hasta llegar a la tarea más sencilla, donde se llevan a cabo distintas acciones, como ser: curaciones, extracciones, entre otras.

Definición operacional: Se determinará según la respuesta de la Licenciada/o, considerando que cumplen con dicha variable cuando la misma/o, haya realizado algún procedimiento de enfermería en el último año.

Se operacionalizará en las siguientes categorías:

- ✓ Realiza
- ✓ No realiza

6. Función administrativa: variable cualitativa, nominal y compleja

Definición conceptual: Es una actividad vinculadora que permite aprovechar la capacidad y esfuerzo de todos los integrantes de una organización dirigiéndolos racionalmente hacia el logro de objetivos comunes. Por lo cual la misma debe ser sistemática, racional y ordenada; a su vez debe responder a las necesidades y asegurar el uso adecuado de los recursos.

Definición operacional: Se determinará según la respuesta de la Licenciada/o y se delimitará dicha función a las actividades de: recolección de datos, planificación, organización, dirección y evaluación.

Dimensiones:

6.1) Recolección de datos: variable cualitativa, nominal y compleja.

Definición conceptual: es la etapa donde la Licenciada/o en Enfermería debe observar y registrar a cada usuario del centro, cada empleado, informes existentes y política establecida como un punto de referencia en su búsqueda de datos operativos para poder examinar su colección de hechos y opiniones para estudios y aplicaciones posteriores.

Definición operacional: Se determinará según la respuesta de la Licenciada/o y delimitaremos dicha actividad a la aproximación diagnóstica.

a) Aproximación Diagnóstica: variable cualitativa y nominal.

Definición conceptual: Proceso continuo, dinámico y sistemático, mediante el cual nos aproximamos al conocimiento de una realidad en forma científica para poder actuar y transformarla.

Definición operacional: Se determinará según la respuesta de la Licenciada/o, considerando que se cumple con dicha actividad cuando la Licenciada/o haya realizado y/o participado en todas las etapas del proceso (conocimiento de la zona y redes sociales, detección y priorización de problemas, y plan de trabajo para los problemas detectados) en los últimos 3 años.

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

Las categorías determinadas son:

- ✓ Conocimiento de la zona y redes sociales.
- ✓ Detección y priorización de problemas
- ✓ Plan de trabajo para los problemas detectados

Indicador:

- Si
- No

6.2) Planificación: variable cualitativa y nominal

Definición conceptual: Es un proceso intelectual que se inicia con el análisis pasado y actual de un sistema determinado y después de hacer una valoración de fines y medios establece las metas y objetivos a alcanzar, las estrategias, políticas, normas de ejecución y de control de las actividades que deberán ser desarrolladas en un periodo determinado.

Definición operacional: Se determinará según la respuesta de la Licenciada/o, considerando que cumple con la actividad de planificación cuando la misma/o haya realizado, en forma escrita, en el último año, el plan de trabajo, criterios de evaluación, registros de enfermería y protocolos de enfermería, entre otras.

Categorías:

- ✓ Plan de trabajo
- ✓ Criterios de evaluación
- ✓ Registros de enfermería
- ✓ Protocolos de enfermería
- ✓ otros

Indicadores:

- Si
- No

6.3) Organización: variable cualitativa y nominal

Definición conceptual: es combinar o relacionar a los grupos que deben realizar una serie de actividades, con los medios necesarios para su ejecución de forma que el trabajo se realice de manera consciente, racional y coordinada para asegurar el logro de los fines propuestos en la planificación.

Definición operacional: Se determinará según la respuesta de la Licenciada/o, considerando que la misma/o cumple con la actividad de organización cuando haya realizado: división de trabajo, distribución de recursos y delegación de tareas, en el último año.

Categorías:

- ✓ División de trabajo
- ✓ Distribución de los recursos
- ✓ Delegación de tareas
- ✓ Otros

Indicadores:

- Sí
- No

6.4) Dirección: variable cualitativa y nominal

Definición conceptual: Es donde se inicia, orienta e impulsa la acción, a través de la toma de decisiones, la motivación y el liderazgo de grupo.

Definición operacional: Se determinará según la respuesta de la Licenciada/o, considerando que la misma/o cumplen con la actividad cuando haya realizado: orientación de acciones, supervisión de actividades, control de actividades y comunicación con el equipo, en el último año.

Categorías:

- ✓ Orienta acciones
- ✓ Supervisión de actividades
- ✓ Control de las actividades.
- ✓ Comunicación con el equipo
- ✓ Otras

Indicadores:

- Sí
- No

6.5) Evaluación: variable cualitativa y nominal

Definición conceptual: Es observar y registrar el desarrollo de la ejecución de los programas a fin de mantener una comparación continua entre lo planificado y lo ejecutado y aplicar, si es necesario medidas correctoras.

Definición operacional: Se determinará según la respuesta de la Licenciada/o, considerando que cumple con dicha actividad cuando la misma/o haya realizado y registrado: aplicación de criterios y estándares de evaluación, reorientación de los recursos en caso necesario y recoge el grado de satisfacción de los usuarios -- comunidad, en el último año.

Categorías:

- ✓ Aplicación de criterios y estándares de evaluación.
- ✓ Reorientación de recursos en caso necesario.
- ✓ Recoger el grado de satisfacción de los usuarios - comunidad.
- ✓ Otras

Indicadores:

- Si
- No

7. Función docente: variable cualitativa, nominal y compleja.

Definición conceptual: Es la transmisión de un cuerpo de conocimiento propio y específico de la profesión.

Incluye actividades como ser: capacitación de líderes y grupos organizados de la comunidad, promotores de salud y de auxiliares de enfermería; actividades educativas tanto al equipo de salud como a la comunidad, entre otras.

Definición operacional: Se determinará según la respuesta de la Licenciada/o, delimitando dicha función a la realización de actividades educativas.

7.1) Actividades educativas: variable cualitativa y nominal.

Definición conceptual: es un proceso de enseñanza aprendizaje que conduce a producir cambios favorables en el comportamiento del que aprende, teniendo a facilitar el aprendizaje y la adopción voluntaria de conductas.

Definición operacional: Se determinará según la respuesta de la Licenciada/o y se medirá la realización de dichas actividades en el último año.

Categorías:

- ✓ Realiza
- ✓ No realiza

8. Función de Investigación: variable cualitativa, nominal y compleja.

Definición conceptual: Es el conjunto de actividades que desarrolla el profesional de enfermería para alcanzar los siguientes objetivos: ampliar y profundizar los conocimientos, difundir y aplicar las mejoras obtenidas de los resultados de la investigación efectuada; alcanzando un campo propio de conocimientos.

Definición operacional: Se determinará según la respuesta de la Licenciada/o, considerando que se cumple con en ésta variable, cuando realiza y/o participa en una de las categorías detalladas a continuación, sin considerar límites de tiempo.

Se tomará como criterios de exclusión: la tesina curricular de la carrera.

Se operacionalizará en las siguientes categorías:

- ✓ Investigaciones en Enfermería
- ✓ Investigaciones multiprofesionales.
- ✓ Ambas

Indicadores:

- Si realiza y/o participa
- No realiza y/o participa.

RESULTADOS

En el departamento de Montevideo en la actualidad existen 12 centros de salud pertenecientes al MSP, en los mismos, desempeñan sus funciones 21 Licenciadas/os en Enfermería.

Las fuentes de las tablas y gráficos expuestos a continuación son las entrevistas realizadas a las Licenciadas/os de dichos centros, en el período comprendido entre el 1 y el 11 de noviembre del año 2005.

A) En lo referente a la **caracterización de la población**, de las entrevistas realizadas se obtuvo los siguientes resultados:

La distribución de las Licenciadas/os en Enfermería según el **cargo que ocupa**, se obtuvo que el 95 % ejerce el cargo de Licenciada/o operativa y el 5 % restante el de subdirectora.

Grafico N° 1: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería según el **cargo que ocupa**, en los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, en el período comprendido entre el 1 y el 11 de noviembre del año 2005.

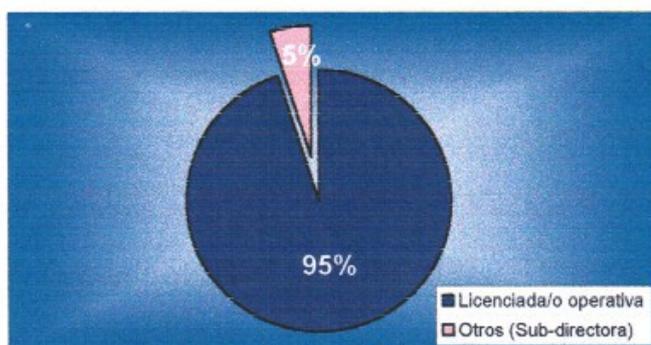


Tabla N° 1: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería según **tiempo de egresado de la Facultad de Enfermería**, en los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, en el período comprendido entre el 1 y el 11 de noviembre del año 2005.

TIEMPO DE EGRESADO	FA	FR %
< 1 año	1	5 %
1 – 5 años	11	52 %
> 5 años	9	43 %
TOTAL	21	100 %

Gráfico N° 2: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería según tiempo de egresado de la Facultad de Enfermería, en los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, en el período comprendido entre el 1 y el 11 de noviembre del año 2005.

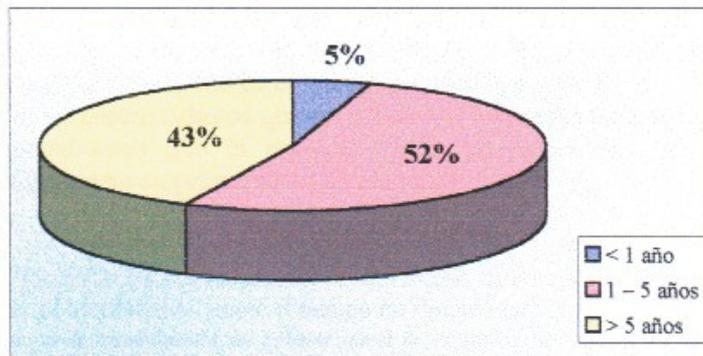
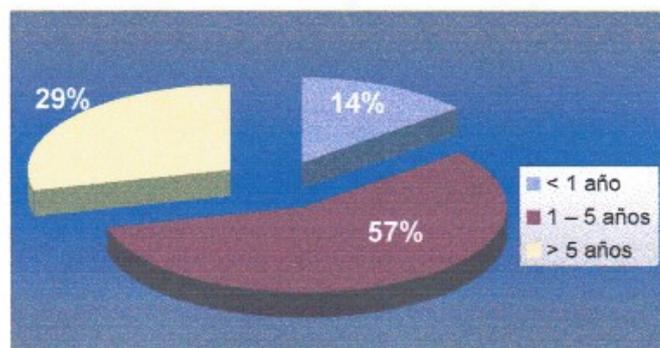


Tabla N° 2 : Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería según *tiempo de experiencia en la realización del trabajo en primer nivel de atención* en los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, en el período comprendido entre el 1 y el 11 de noviembre del año 2005.

TIEMPO DE EXPERIENCIA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	FA	FR %
< 1 año	3	14 %
1 - 5 años	12	57 %
> 5 años	6	29 %
TOTAL	21	100 %

Gráfico N° 3: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería según tiempo de experiencia en la realización del trabajo en primer nivel de atención en los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, en el período comprendido entre el 1 y el 11 de noviembre del año 2005.



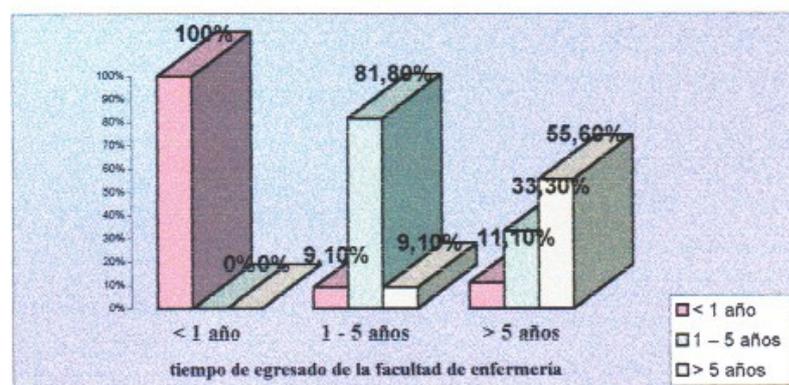
Al cruzar las variables tiempo de egresado de la Facultad de Enfermería con el tiempo de experiencia en primer nivel de atención, encontramos que:

- La totalidad (100 %) de las Licenciadas/os que manifestaron tener menos de 1 año de egresado refirieron tener a su vez menos de 1 año de experiencia en la realización del trabajo en primer nivel.
- De las Licenciadas/os que manifestaron tener entre 1 –5 años de egresado, la mayoría (81.8 %) refieren tener el mismo tiempo (1 – 5 años) de desempeño en el trabajo en primer nivel.
- De las Licenciadas/os que manifestaron tener más de 5 años de egresado encontramos que la mayoría (55.6 %) tienen más de 5 años de experiencia en primer nivel de atención.

Tabla N° 3: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el *tiempo de egresado de la facultad de Enfermería, en relación al tiempo de experiencia en primer nivel de atención*, en el período comprendido entre el 1 y el 11 de noviembre del año 2005.

TIEMPO DE EXPERIENCIA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	TIEMPO DE EGRESADO						TOTAL	
	< 1 año		1 – 5 años		> 5 años		FA	FR %
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %		
< 1 año	1	100 %	1	9.1 %	1	11.1 %	3	14 %
1 – 5 años	0	0 %	9	81.8 %	3	33.3 %	12	57 %
> 5 años	0	0 %	1	9.1 %	5	55.6 %	6	29 %
TOTAL	1	5 %	11	52 %	9	43 %	21	100 %

Grafico N° 4: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el tiempo de egresado de la facultad de Enfermería, en relación al tiempo de experiencia en primer nivel de atención, en el período comprendido entre el 1 y el 11 de noviembre del año 2005.

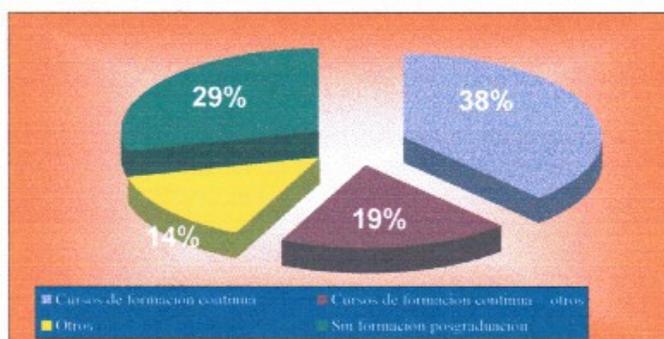


En relación a la formación post – graduación, encontramos que el 71 % de las Licenciadas/os refirieron tener algún tipo de formación post – graduación y el 29 % restante no.

Tabla N° 4 : Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería en los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según su *formación post - graduación*, en el período comprendido entre el 1 y el 11 de noviembre del año 2005.

FORMACIÓN POST – GRADUCACIÓN	FA	FR %
Cursos de formación continua	8	38 %
Cursos de formación continua + otros	4	19 %
Otros (jornadas y congresos)	3	14 %
Sin formación post – graduación	6	29 %
TOTAL	21	100 %

Grafico N° 5: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería en los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según su formación post - graduación, en el período comprendido entre el 1 y el 11 de noviembre del año 2005.



B) De las actividades seleccionadas de la **función asistencial**, encontramos:

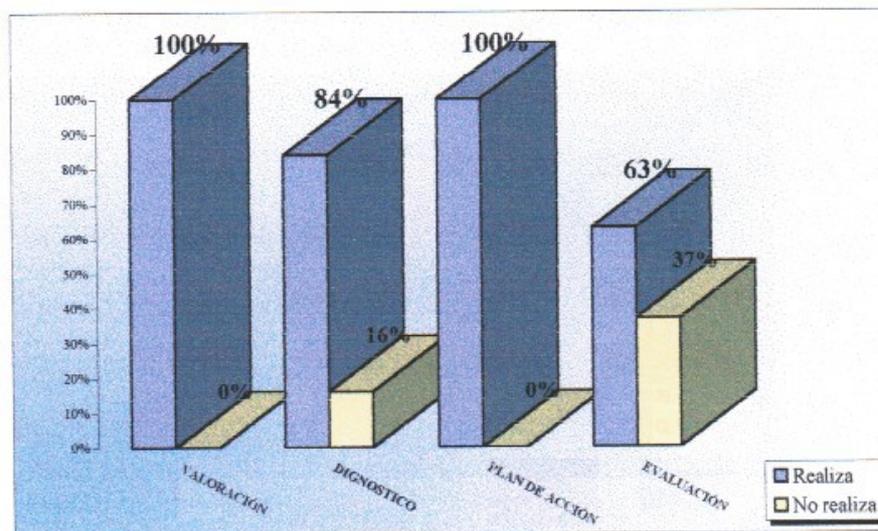
1) En la **consulta de enfermería** que el 90 % de las Licenciadas/os (19) manifestaron haberlas realizado en el último año, mientras que el 10 % restante (2) refirieron no haberlas efectuado (Anexo N° 4, tabla N° 1).

De las Licenciadas/os que manifestaron realizar la consulta de enfermería encontramos en cuanto al **contenido de la consulta** (realización de todas las etapas del proceso de atención de enfermería) que el 100 % refirieron realizar la etapa de valoración y plan de acción, el 84 % la etapa de diagnósticos de enfermería y el 63 % la etapa de evaluación (tabla N° 5 y gráfico N° 6).

Tabla N° 5: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería, en los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el **contenido de la consulta de enfermería**, en el último año.

	VALORACIÓN		DIAGNOSTICOS		PLAN DE ACCIÓN		EVALUACIÓN	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Realiza	19	100 %	16	84 %	19	100 %	12	63 %
No realiza	0	0 %	3	16 %	0	0 %	7	37 %
TOTAL	19	100 %	19	100 %	19	100 %	19	100 %

Gráfico N° 6: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería, en los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el contenido de la consulta de enfermería, en el último año.



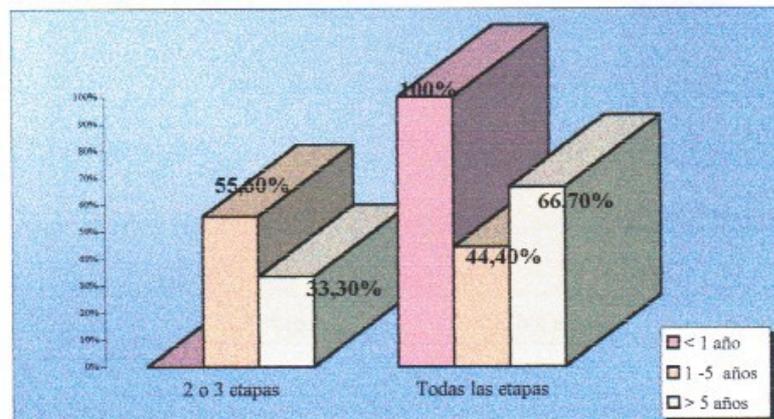
Al discriminar el número de etapas del proceso de atención de enfermería encontramos que el 58 % de las Licenciadas/os manifestaron realizar todas las etapas del mismo, mientras que el 42 % restante refirieron realizar 2 o 3 etapas (Anexo N° 4, tabla N° 2).

Al relacionar ésta variable con el tiempo de egresado del profesional de la Facultad de Enfermería se obtuvo que el 100 % de las Licenciadas/os que tienen menos de 1 año de egresado refiere realizar todas las etapas pero a su vez encontramos un alto porcentaje (66.7 %) en las de más de 5 años de egresado (tabla N° 6 y gráfico N° 7).

Tabla N° 6: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el tiempo de egresado de la Facultad de Enfermería, en relación al número de etapas del Proceso de Atención de Enfermería realizadas en el último año.

ETAPAS DEL PAE REALIZADAS	TIEMPO DE EGRESADO							
	< 1 año		1 - 5 años		> 5 años		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
2 o 3 etapas	0	0 %	5	55.6 %	3	33.3 %	8	42 %
Todas las etapas	1	100 %	4	44.4 %	6	66.7 %	11	58 %
TOTAL	1	5.2 %	9	47.4 %	9	47.4 %	19	100 %

Gráfico N° 7: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el tiempo de egresado de la facultad de Enfermería, en relación al número de etapas del Proceso de Atención de Enfermería realizadas en el último año.

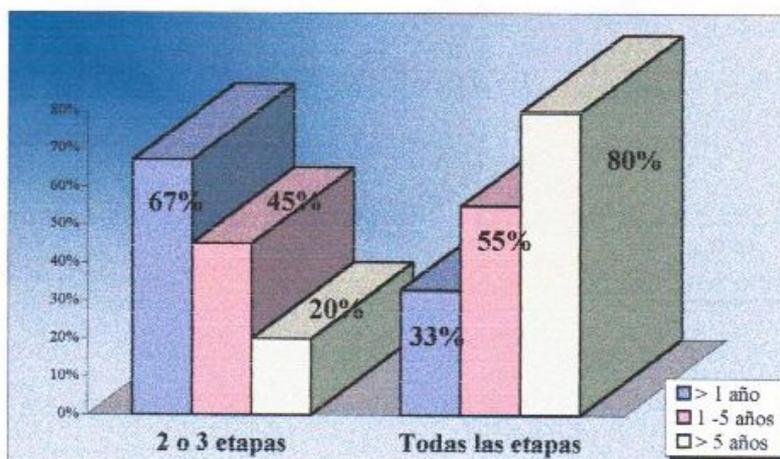


Al relacionar el tiempo de experiencia en primer nivel de atención del profesional enfermero con la realización de todas las etapas del proceso de atención de enfermería, se destacan las Licenciadas/os con más de 5 años de experiencia dado que el 80 % de las mismas dicen realizar todas las etapas del proceso (tabla N° 7 y gráfico N° 8).

Tabla N° 7: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el tiempo de experiencia en primer nivel de atención, en relación al número de etapas del Proceso de Atención de Enfermería realizadas en el último año.

ETAPAS DEL PAE REALIZADAS	TIEMPO DE EXPERIENCIA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN							
	< 1 año		1 – 5 años		> 5 años		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
2 o 3 etapas	2	67 %	5	45 %	1	20 %	8	42 %
Todas las etapas	1	33 %	6	55 %	4	80 %	11	58 %
TOTAL	3	16 %	11	58 %	5	26 %	19	100 %

Gráfica N° 8: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el tiempo de experiencia en primer nivel de atención, en relación al número de etapas del Proceso de Atención de Enfermería realizadas en el último año.

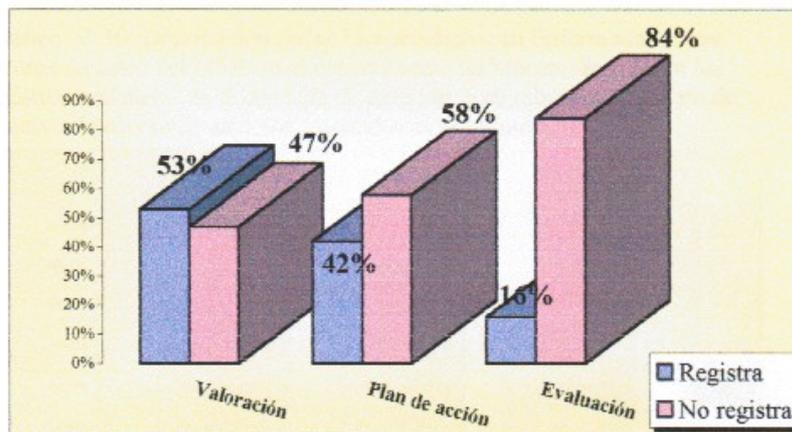


En relación a los *registros de la consulta de enfermería* encontramos que al discriminar las etapas del proceso de atención que se registran durante la misma, se obtuvo que el 53 % de las Licenciadas/os manifestaron registrar la etapa de valoración, el 42 % el plan de acción y el 16 % restante registran la etapa de evaluación (tabla N° 8 y gráfico N° 9).

Tabla N° 8 : Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería, en los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según los *registros de la consulta de enfermería* realizados en el último año.

REGISTROS DEL PAE	VALORACIÓN		PLAN DE ACCIÓN		EVALUACIÓN	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Registra	10	53 %	8	42 %	3	16 %
No registra	9	47 %	11	58 %	16	84 %
TOTAL	19	100 %	19	100 %	19	100 %

Gráfico N° 9: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería, en los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según los registros de la consulta de enfermería realizados en el último año.

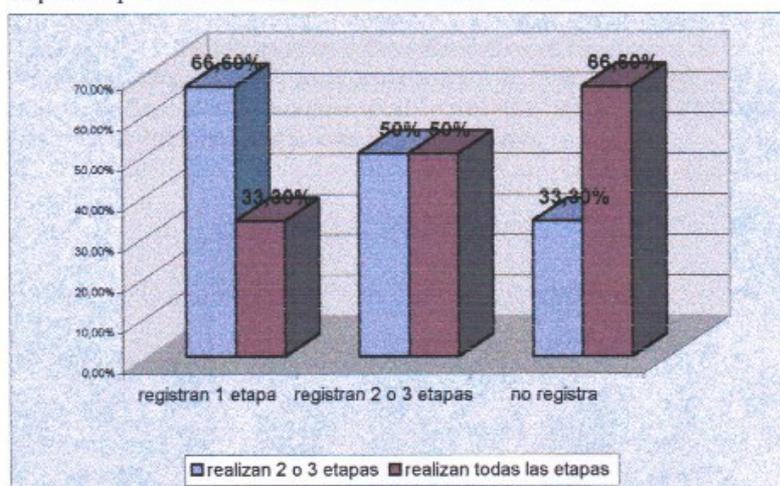


Al analizar los registros de la consulta de enfermería encontramos que ninguna Licenciada/o manifestó registrar todas las etapas del proceso de atención de enfermería. Nos parece pertinente destacar el alto porcentaje (66.6 %) de licenciadas/os que refieren no realizar registros pero que manifiestan a su vez realizar todas las etapas del mismo (tabla N° 9 y gráfico N° 10).

Tabla N° 9 : Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería, en los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según los *registros realizados de la consulta de enfermería en relación al número de etapas del proceso de atención realizadas* en el último año.

ETAPAS DEL PAE REALIZADAS	REGISTROS DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA							
	Registra 1 etapa		Registra 2 o 3 etapas		No registra		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Realizan 2 o 3 etapas	2	66.6%	4	50 %	2	33.3%	8	42 %
Realizan todas las etapas	1	33.3%	4	50%	6	66.6%	11	58 %
TOTAL	3	16 %	8	42 %	8	42 %	19	100 %

Gráfico N° 10: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería, en los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según los registros realizados de la consulta de enfermería en relación al número de etapas del proceso de atención realizadas en el ultimo año.



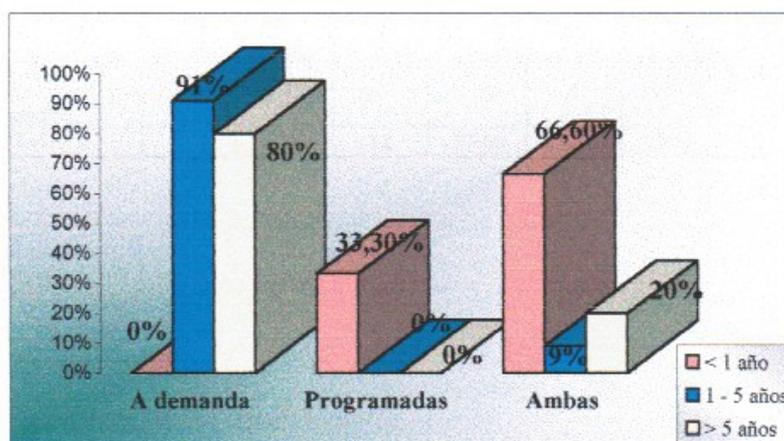
Al analizar el *tipo de consulta de enfermería* que han efectuado en el último año, encontramos que el 21 % de las licenciadas/os manifestaron realizar ambos tipos de consulta (a demanda y programada). Es significativo el alto porcentaje (74 %) de Licenciadas/os que refiere realizar consultas exclusivamente a demanda (Anexo N° 4, tabla N° 5).

Al relacionar el tiempo de experiencia en primer nivel de atención con la realización de ambos tipos de consultas de enfermería (a demanda y programada) se encontró que de las Licenciadas/os que tienen menos de 1 año de experiencia el 66.6 % refiere realizar ambos tipos y se destacan con menor porcentaje (20 %) las Licenciadas/os con más de 5 años de experiencia (tabla N° 10 y gráfico N° 11).

Tabla N° 10: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según *el tiempo de experiencia en primer nivel de atención, en relación al tipo de consulta de enfermería* realizadas en el último año.

TIPO DE CONSULTA	TIEMPO DE EXPERIENCIA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN						TOTAL	
	< 1 año		1 – 5 años		> 5 años		FA	FR %
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
A demanda	0	0 %	10	91 %	4	80 %	14	74 %
Programadas	1	33.3 %	0	0 %	0	0 %	1	5 %
Ambas	2	66.6 %	1	9 %	1	20 %	4	21 %
TOTAL	3	16 %	11	58 %	5	26 %	19	100 %

Gráfica N° 11: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según *el tiempo de experiencia en primer nivel de atención, en relación al tipo de consulta de enfermería* realizadas en el último año.



II) En la *Visita domiciliaria* encontramos que: 85,7 % (18) de las Licenciadas/os refieren realizarlas y el 14,3 % (3) restante no.

De la totalidad de las Licenciadas/os obtuvimos que el 52,4 % dicen realizar ambos tipos de visita domiciliaria (de captación y seguimiento), mientras que el 33,3 % solo de seguimiento (Anexo N° 4; tabla N° 8).

Nos parece pertinente destacar que al relacionar el tiempo de egresado de la Facultad de Enfermería con la realización de visitas domiciliarias encontramos que el 100 % de las Licenciadas/os con menos de 1 año de egresado refieren efectuar ambos tipos de visita domiciliaria (de captación y seguimiento).

Anexo N° 4, tabla N° 9.

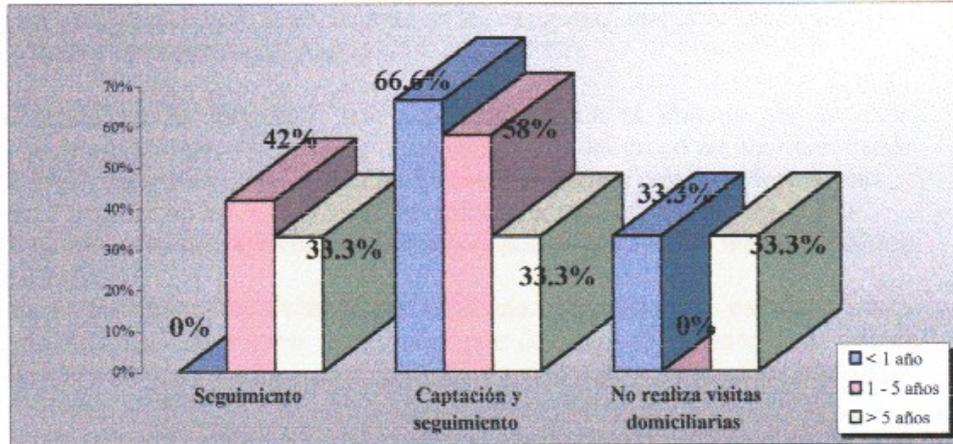
Al relacionar la formación post – graduación con la realización de ambos tipos de visita domiciliaria (de captación y seguimiento) observamos que el mayor porcentaje (83 %) se encontró en las Licenciadas/os que no tienen formación post – graduación (Anexo N° 4, tabla N° 10).

Al cruzar la variables tiempo de experiencia en primer nivel de atención con la realización de ambos tipos de visita domiciliaria (de captación y seguimiento), encontramos que el mayor porcentaje (66,6 %) se encontró en las Licenciadas/os con menos de 1 año de experiencia (tabla N° 11 y grafico N° 12).

Tabla N° 11: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el tiempo de experiencia en primer nivel de atención, en relación al tipo de visita domiciliaria realizadas en el último año.

VISITA DOMICILIARIA (realización y tipo)	TIEMPO DE EXPERIENCIA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN							
	< 1 año		1 – 5 años		> 5 años		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Seguimiento	0	0 %	5	42 %	2	33,3 %	7	33,3 %
Captación y seguimiento	2	66,6 %	7	58 %	2	33,3 %	11	52,4 %
No realiza visitas domiciliarias	1	33,3 %	0	0 %	2	33,3 %	3	14,3 %
TOTAL	3	14 %	12	57 %	6	29 %	21	100 %

Gráfica N° 12: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el tiempo de experiencia en primer nivel de atención, en relación al tipo de visita domiciliaria realizadas en el último año.

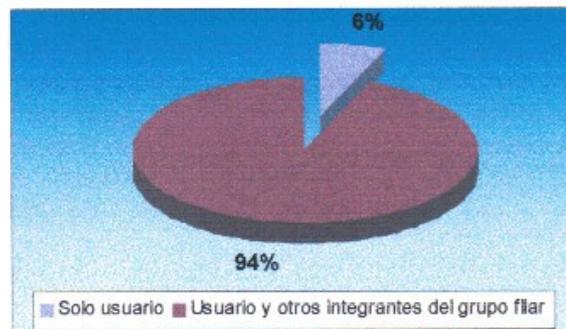


En cuanto al *enfoque de la visita domiciliaria* observamos que de las 18 Licenciadas/os que realizan visita domiciliaria, el 94 % de las mismas refirieron enfocar la visita al usuario y otros integrantes del grupo familiar con riesgo de salud mientras que el 6 % restante manifestaron enfocar la misma, solo al usuario (tabla N° 12 gráfico N° 13).

Tabla N° 12: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el *enfoque otorgado a las visitas domiciliarias* realizadas en el último año.

ENFOQUE DE LA VISITA DOMICILIARIA	FA	FR %
Solo usuario	1	6 %
Usuario y otros integrantes del grupo familiar	17	94 %
TOTAL	18	100 %

Gráfico N° 13: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el enfoque otorgado a las visitas domiciliarias realizadas en el último año.



Al relacionar el tiempo de experiencia en primer nivel de atención con el enfoque de la visita dirigido al usuario y otros integrantes del grupo familiar con riesgo de salud encontramos que: el 100 % de las Licenciadas/os que manifestaron realizarlo se encuentran en las categorías: menor a 1 año y entre 1 – 5 años de experiencia (Anexo N° 4, tabla N° 12).

Al relacionar la formación post – graduación con el enfoque de la visita domiciliaria dirigido al usuario y otros integrantes del grupo familiar con riesgo de salud, encontramos que todas las Licenciadas/os que presentan formación post – graduación dicen realizar dicho enfoque en un 100 % mientras que el 83 % de las Licenciadas/os sin formación post – graduación también refieren realizarlo.

Nos parece pertinente destacar que solo una manifiesta que enfoca la visita domiciliaria solo al usuario, la cual tiene mas de 5 años de experiencia en primer nivel de atención y a su vez no presenta formación post – graduación (Anexo N° 4, tabla N° 13).

III) De la variable *Procedimientos de enfermería*, los datos que se obtuvieron fueron que el 71 % (15) de las encuestadas/os dicen llevar a cabo procedimientos de enfermería, mientras que el 29 % restante no (Anexo N° 4, tabla N° 14).

Al cruzar las variables tiempo de egresado de la Facultad de Enfermería con la realización de procedimientos, encontramos que el 100 % de las Licenciadas/os con menos de 1 año de egresado manifestaron realizar procedimientos (tabla N° 13).

Tabla N° 13: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, el tiempo de egresado de la Facultad de Enfermería en relación al enfoque otorgado a las visitas domiciliarias realizadas en el último año.

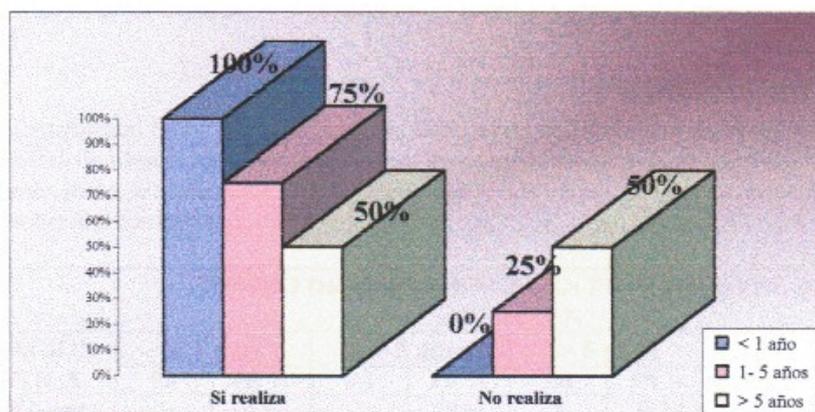
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	TIEMPO DE EGRESADO							
	< 1 año		1 – 5 años		> 5 años		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Si realiza	1	100 %	8	72.7 %	6	66.7 %	15	71 %
No realiza	0	0 %	3	27.3 %	3	33.3 %	6	29 %
TOTAL	1	5 %	11	52 %	9	43 %	21	100 %

Al relacionar el tiempo de experiencia en el primer nivel de atención con la realización de procedimientos de enfermería se encontró que el 100 % las Licenciadas/os con menos de un año de experiencia refirieron realizar algún procedimiento de enfermería en el último año. Se observo a su vez un alto porcentaje en las Licenciadas/os que tienen entre 1 y 5 años (75 %) y en las que tienen mas de 5 años (50 %). Tabla N° 14 y gráfico N° 14.

Tabla N° 14: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según *el tiempo de experiencia en primer nivel de atención, en relación a la realización de procedimientos de enfermería* en el último año.

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	TIEMPO DE EXPERIENCIA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN							
	< 1 año		1 - 5 años		> 5 años		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Si realiza	3	100 %	9	75 %	3	50 %	15	71 %
No realiza	0	0 %	3	25 %	3	50 %	6	29 %
TOTAL	3	14 %	12	57 %	6	29 %	21	100 %

Grafica N° 14: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el tiempo de experiencia en primer nivel de atención, en relación a la realización de procedimientos de enfermería en el último año.



C) De las actividades seleccionadas de la función administrativa, se obtuvo:

1) De la *recolección de datos* en cuanto a la *aproximación diagnóstica* encontramos que el 62 % de la población (13 Licenciadas/os), manifestó realizar y/o participar en la aproximación diagnóstica.

De la totalidad de licenciadas/os que refirieron realizar y/ participar en la aproximación diagnóstica (62 %), solo el 30.8 % (4 Licenciadas/os) manifestaron realizar y/o participar en todas las etapas del proceso (Anexo N° 5, tablas N° 1 y 2).

Al relacionar el tiempo de experiencia en primer nivel de atención con la aproximación diagnóstica, encontramos que de las Licenciadas/os que tienen entre 1 –5 años de experiencia el 43 % de las mismas refirieron realizar y/o participar en todas las etapas del proceso y con menor porcentaje las que tienen menos de 1 año de experiencia

(30 %). No se encontró ninguna Licenciada/o con más de 5 años de experiencia que halla referido realizar y/o participar en todas las etapas del proceso (tabla N° 15).

Tabla N° 15: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el *tiempo de experiencia en primer nivel de atención, en relación a la realización y/o participación en las etapas de la aproximación diagnóstica* en los últimos tres años.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA	TIEMPO DE EXPERIENCIA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN							
	< 1 año		1 – 5 años		> 5 años		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Conocimiento de la zona y redes sociales	0	0 %	2	29 %	2	70 %	4	30.8 %
Conocimiento de la zona y redes sociales + Detección y priorización de problemas	2	70 %	1	14 %	0	0 %	3	23 %
Conocimiento de la zona y redes sociales + detección y priorización de problemas + plan de trabajo para los problemas detectados	1	30 %	3	43 %	0	0 %	4	30.8 %
Detección y priorización de problemas + Plan de trabajo para los problemas detectados	0	0 %	1	14 %	0	0 %	1	7.7 %
Plan de trabajo para los problemas detectados	0	0 %	0	0 %	1	30 %	1	7.7 %
TOTAL	3	23 %	7	54 %	3	23 %	13	100%

Al analizar la formación post-graduación con la aproximación diagnóstica, encontramos que todas las Licenciadas/os que manifestaron realizar y/o participar en todas las etapas del proceso refirieron tener formación post – graduación. De las Licenciadas/os que manifestaron no tener formación post – graduación, ninguna refirió realizar y/o participar en todas las etapas de la aproximación diagnóstica (Anexo N° 5, tabla N° 4).

II) De la variable *Planificación*, los datos obtenidos fueron que el 95 % de las Licenciadas/os refirieron realizar por lo menos una planificación de enfermería por escrito (Anexo N° 5, tabla N° 5).

Encontramos que de las Licenciadas/os que dijeron llevar a cabo planificaciones por escrito (95 % de nuestra población), solo el 5 % de las mismas (1 licenciada/o) cumple con la definición operacional de nuestra variable (planifica por escrito el plan de trabajo, criterios de evaluación, registros de enfermería y protocolos de enfermería entre otros).

Tabla N° 16.

Tabla N° 16: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según las *actividades de planificación realizadas por escrito* en el último año.

ACTIVIDADES DE PLANIFICACIÓN REALIZADAS POR ESCRITO	FA	FR %
Plan de trabajo	1	5 %
Plan de trabajo + criterios de evaluación + registros de enfermería + protocolos de enfermería + otros	1	5 %
Plan de trabajo + criterios de evaluación + registros de enfermería + otros	1	5 %
Plan de trabajo + registros de enfermería	4	20 %
Plan de trabajo + registros de enfermería + protocolos de enfermería + otros	3	15 %
Plan de trabajo + registros de enfermería + otros	3	15 %
Plan de trabajo + otros	1	5 %
Criterios de evaluación + registros de enfermería + protocolos de enfermería	1	5 %
Criterios de evaluación + registros de enfermería + otros	1	5 %
Registros de enfermería + otros	2	10 %
Protocolos de enfermería + otros	1	5 %
Otros	1	5 %
TOTAL	20	100 %

Al analizar las características de la Licenciada/o que realiza dichas planificaciones por escrito observamos que tiene más de 5 años de egresado de la Facultad de Enfermería, más de 5 años de experiencia en primer nivel de atención y ha realizado cursos de formación continua (anexo N° 5, tablas N° 6, 7 y 8).

III) De la variable *Organización*, se desprende que el 71.4 % de las Licenciadas/os (15) cumplen con nuestra variable ya que manifestaron realizar las siguientes actividades: división de trabajo, distribución de recursos, delegación de tareas entre otras (Anexo N° 5, tabla N° 9).

Al analizar la variable organización en relación al tiempo de egresado del profesional de la Facultad de Enfermería, se observó que el mayor porcentaje de Licenciadas/os que manifestaron realizar todas las actividades de organización, se encuentran en el intervalo de 1 –5 años de egresado. También observamos que ninguna de las Licenciadas/os con menos de 1 año de egresado refirió realizarlas (tabla N° 17).

Tabla N° 17: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el tiempo de egresado de la Facultad de Enfermería, en relación a las actividades de organización, en el último año.

ORGANIZACIÓN	TIEMPO DE EGRESADO							
	< 1 año		1 – 5 años		> 5 años		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
División de trabajo	1	100 %	0	0 %	0	0 %	1	4.8 %
División de trabajo + distribución de recursos	0	0 %	0	0 %	3	33.3 %	3	14.3 %
División de trabajo + distribución de recursos + delegación de tareas	0	0 %	6	54.5 %	2	22.2 %	8	38.1 %
División de trabajo + distribución de recursos + delegación de tareas + otros	0	0 %	5	45.5 %	2	22.2 %	7	33.3 %
Distribución de recursos + delegación de tareas + otros	0	0 %	0	0 %	2	22.2 %	2	9.5 %
TOTAL	1	5 %	11	52 %	9	43 %	21	100 %

Al relacionar el tiempo de experiencia en primer nivel de atención con la realización de las siguientes actividades de organización: división de trabajo, distribución de recursos y delegación de tareas, entre otras; encontramos que la mayor concentración de Licenciadas/os que refieren realizarlas, se encuentra en el rango de 1 –5 años de experiencia en primer nivel de atención (92 % que equivale a 11 Licenciadas/os). Con menores porcentajes: las que tienen más de 5 años de experiencia (49.9 %, 3 Licenciadas/os) y las que tienen menos de 1 año de experiencia (33.3 %, 1 Licenciada/o). Anexo N° 5, tabla N° 10.

Al cruzar la variable organización con la formación post – graduación, se destaca que la mayoría de las Licenciadas/os (12 de las 21 Licenciadas/os encuestadas/os) que manifestaron tener formación post – graduación refirieron realizar las actividades de: división de trabajo, distribución de recursos y delegación de tareas, entre otras.

A su vez, se encontró un bajo número de Licenciadas/os (3) que también refirieron realizar dichas actividades de la variable organización y manifestaron no tener formación post – graduación (Anexo N° 5, tabla N° 11).

IV) Al analizar la variable de *Dirección*, encontramos que el 52.2 % (11 Licenciadas/os) cumplen con nuestra variable al referir realizar las siguientes actividades: orientación de acciones, supervisión de actividades, control de actividades y comunicación con el equipo, entre otras (tabla N° 18).

Tabla N° 18: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según la realización de *actividades de dirección*, el último año.

ACTIVIDADES DE DIRECCIÓN	FA	FR %
Orientación de acciones + supervisión de actividades	1	4.8 %
Orientación de acciones + supervisión de actividades + control de actividades + comunicación con el equipo	9	42.9 %
Orientación de acciones + supervisión de actividades + control de actividades + comunicación con el equipo + otras	2	9.3 %
Orientación de acciones + supervisión de actividades + comunicación con el equipo	1	4.8 %
Orientación de acciones + control de actividades + comunicación con el equipo	1	4.8 %
Supervisión de actividades.	1	4.8 %
Supervisión de actividades + control de actividades	1	4.8 %
Supervisión de actividades + control de actividades + comunicación con el equipo.	4	19 %
Supervisión de actividades + control de actividades + comunicación con el equipo + otros	1	4.8 %
TOTAL	21	100 %

Al cruzar la variable dirección con el tiempo de egresado del profesional de enfermería encontramos que el mayor porcentaje de Licenciadas/os (55.6 %) que refirió realizar las actividades de: orientación de acciones, supervisión de actividades, control de actividades y comunicación con el equipo, entre otras; se encuentra en el rango de más de 5 años de egresada/o, no encontrándose licenciadas/os con menos de 1 año de egresado que hayan manifestado realizar dichas actividades de dirección (anexo N° 5, tabla N° 12).

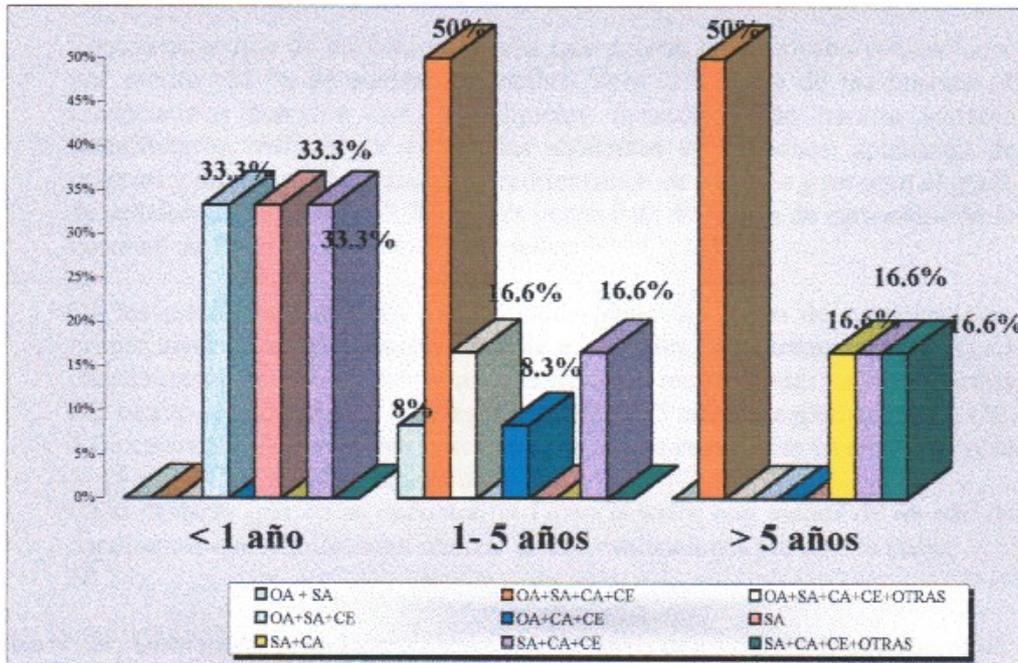
Al relacionar el tiempo de experiencia en primer nivel de atención con la realización de las actividades dirección (orientación de acciones, supervisión de actividades, control de actividades y comunicación con el equipo, entre otras) encontramos que de las encuestadas que tienen entre 1 – 5 años de experiencia, la mayoría (66.6 % , 8 Licenciadas/os) manifestaron cumplir con todas las actividades de mencionadas anteriormente y en menor porcentaje las que tienen más de 5 años de experiencia (50 %, 3 Licenciadas/os).

Destacamos que no se encontraron Licenciadas/os con menos de un año de experiencia en primer nivel de atención que manifestaran realizar todas las actividades de dirección mencionadas (tabla N° 19 y gráfico N° 15).

Tabla N° 19 : Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el tiempo de experiencia en primer nivel de atención, en relación a la realización de las actividades de dirección, en el último año.

DIRECCIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN							
	< 1 año		1 – 5 años		> 5 años		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Orientación de acciones + supervisión de actividades	0	0 %	1	8.3 %	0	0 %	1	4.8 %
Orientación de acciones + supervisión de actividades + control de actividades + comunicación con el equipo	0	0 %	6	50 %	3	50 %	9	42.9 %
Orientación de acciones + supervisión de actividades + control de actividades + comunicación con el equipo + otras	0	0 %	2	16.6 %	0	0 %	2	9.3 %
Orientación de acciones + supervisión de actividades + comunicación con el equipo	1	33.3 %	0	0 %	0	0 %	1	4.8 %
Orientación de acciones + control de actividades + comunicación con el equipo	0	0 %	1	8.3 %	0	0 %	1	4.8 %
Supervisión de actividades	1	33.3 %	0	0 %	0	0 %	1	4.8 %
Supervisión de actividades + control de actividades	0	0 %	0	0 %	1	16.6 %	1	4.8 %
Supervisión de actividades + control de actividades + comunicación con el equipo.	1	33.3 %	2	16.6 %	1	16.6 %	4	19 %
Supervisión de actividades + control de actividades + comunicación con el equipo + otros	0	0 %	0	0 %	1	16.6 %	1	4.8 %
TOTAL	3	14.3 %	12	57 %	6	28.7 %	21	100 %

Gráfico N° 15 : Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el tiempo de experiencia en primer nivel de atención, en relación a la realización de las actividades de dirección, en el último año.



REFERENCIA:

- OA + SA: orientación de acciones + supervisión de actividades.
- OA + SA + CE: orientación de acciones + supervisión de actividades + comunicación con el equipo
- SA + CA: supervisión de actividades + control de actividades.
- OA + SA + CA + CE: orientación de acciones + supervisión de actividades + control de actividades + comunicación con el equipo
- OA + CA + CE: orientación de acciones + control de actividades + comunicación con el equipo
- SA + CA + CE: supervisión de actividades + control de actividades + comunicación con el equipo
- OA + SA + CA + CE + OTRAS: orientación de acciones + supervisión de actividades + control de actividades + comunicación con el equipo + otras.
- SA: orientación de acciones + supervisión de actividades
- SA + CA + CE + OTRAS: supervisión de actividades + control de actividades + comunicación con el equipo

Al relacionar la variable dirección con la formación post – graduación, se destaca que la mayoría de las Licenciadas/os (8) que manifestaron realizar las actividades de: orientación de acciones, supervisión de actividades, control de actividades y comunicación con el equipo, entre otras; refirieron tener formación post – graduación. A su vez, se encontró un bajo número de Licenciadas/os (3), que también manifestaron realizar dichas actividades y refirieron no tener formación post – graduación (Anexo N° 5, tabla N° 13).

V) De la variable *Evaluación*, los datos obtenidos fueron que el 81 % (17 Licenciadas/os) de nuestra población refieren realizar por lo menos alguna evaluación por escrito mientras que el 19 % (4 Licenciadas/os) manifestaron no realizarlas (Anexo N° 5, tabla N° 14).

Encontramos que de las Licenciadas/os que dijeron llevar a cabo evaluaciones por escrito (81 % de nuestra población), solo el 17.6 % de las mismas (3 Licenciada/o) cumplen con la definición operacional de nuestra variable (manifestaron realizar por escrito las siguientes evaluaciones: aplicación de criterios y estándares de evaluación, reorientación de recursos y recogen el grado de satisfacción del usuario); las cuales tienen más de 5 años de egresada/o de la Facultad de Enfermería (Anexo N° 5, tablas N° 15 y 16).

De los resultados obtenidos en la relación entre el tiempo de experiencia en primer nivel de atención con la variable evaluación, encontramos que la mayor concentración de licenciadas/os que manifestaron realizar todas las evaluaciones por escrito se encuentra en la categoría de más de 5 años de experiencia (33.3 %, 2 Licenciadas/os) y en menor porcentaje las que se encuentran en el intervalo de 1 – 5 años (11.1 %, 1 Licenciada/o).

Cabe destacar que no se encontraron Licenciadas/os con menos de un año de experiencia que manifestaran realizar dichas evaluaciones por escrito (tabla N° 20).

Tabla N° 20: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el tiempo de experiencia en primer nivel de atención, en relación a la realización de evaluaciones por escrito, en el último año.

EVALUACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN							
	< 1 año		1 – 5 años		> 5 años		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Aplicación de criterios y estándares de evaluación + reorientación de recursos	0	0 %	1	11.1 %	3	50 %	4	23.5 %
Aplicación de criterios y estándares de evaluación + reorientación de recursos + recoger el grado de satisfacción de los usuarios	0	0 %	1	11.1 %	2	33.3 %	3	17.6 %
Aplicación de los criterios y estándares de evaluación + otras	0	0 %	0	0 %	1	16.6 %	1	5.9 %
Reorientación de recursos	2	100 %	4	44.4 %	0	0 %	6	35.3 %
Reorientación de los recursos + otras	0	0 %	2	22.2 %	0	0 %	2	11.8 %
Recoger el grado de satisfacción de los usuarios	0	0 %	1	11.1 %	0	0 %	1	5.9 %
TOTAL	2	11.8 %	9	52.9 %	6	35.3 %	17	100 %

Al analizar la formación post – graduación con la variable evaluación, encontramos que el 100 % de las Licenciadas/os que manifestaron realizar todas las evaluaciones por escrito poseen formación post – graduación (Anexo N° 5, tabla N° 17).

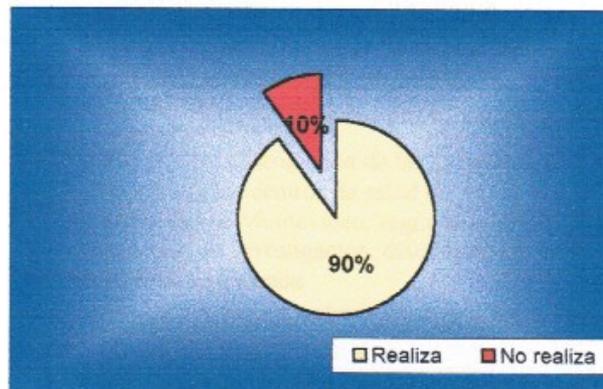
D) En la **función docente**, se seleccionó como variable la realización de **actividades educativas**.

Los datos obtenidos mostraron que el 90 % de las Licenciadas/os (19) manifestaron realizar actividades educativas, mientras que el 10 % restante no (2 Licenciadas/os). Tabla N° 21 y gráfico N° 16.

Tabla N° 21: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según la **realización de actividades educativas**, en el último año.

ACTIVIDADES EDUCATIVAS	FA	FR %
Realiza	19	90 %
No realiza	2	10 %
TOTAL	21	100 %

Gráfico N° 18: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según la realización de actividades educativas, en el último año.



Al analizar las características de las Licenciadas/os que refirieron realizar actividades educativas (19) encontramos que la totalidad de las mismas tienen menos de 5 años de egreso de la Facultad de Enfermería y de experiencia en primer nivel de atención (Anexo tablas N° 6, tabla N° 1 y 2).

E) En la **función de investigación**, tomamos como categorías la realización y/o participación en investigaciones propias de enfermería, las multiprofesionales y ambos tipos de investigaciones (enfermería y multiprofesional).

Encontramos que el 81 % de las Licenciadas/os (17) manifestaron no haber realizado y/o participado en trabajos de investigación, mientras que el 19 % restante (4 Licenciadas/os), si lo han hecho (tabla N° 22, gráfico N° 19).

De las Licenciadas/os que han realizado y/o participado en algún tipo de investigación encontramos que: 2 Licenciadas/os refirieron haber realizado investigaciones solo de enfermería, 1 Licenciada/o manifestó haber participado en investigaciones multiprofesionales y la Licenciada/o restante refirió haber realizado y/o participado en ambos tipo de investigaciones (tabla N° 23, gráfico N° 19).

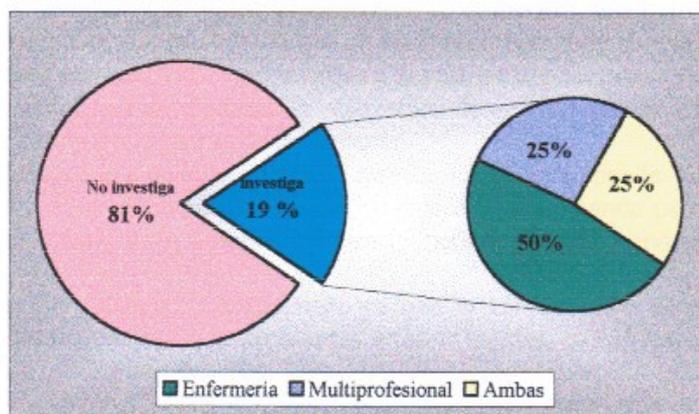
Tabla N° 22: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según la *realización y/o participación en investigaciones*.

REALIZACIÓN Y/ PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES	FA	FR %
Sí	4	19 %
No	17	81 %
TOTAL	21	100 %

Tabla N° 23: Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo según el *tipo de investigaciones que ha realizado y/o participado*.

TIPO DE INVESTIGACIÓN	FA	FR %
Enfermería	2	50 %
Multiprofesional	1	25 %
Ambas	1	25 %
TOTAL	4	100 %

Gráfico N° 19 : Distribución de las Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según la realización y/o participación en investigación, discriminando el tipo de investigación efectuada.



Al relacionar el tiempo de experiencia en primer nivel de atención con la variable investigación encontramos como dato a resaltar que la mitad de las Licenciadas/os (2) que refirieron haber realizado y/o participado en investigaciones se ubican el rango entre 1 – 5 años de experiencia en primer nivel de atención (Anexo N° 7, tabla N° 2).

ANALISIS

En los 12 centros de salud pertenecientes al MSP del departamento de Montevideo, desempeñan sus funciones en primer nivel de atención 21 licenciadas/os. De éstas casi en su totalidad manifestaron ejercer el cargo de Licenciada/o operativa/o. La mayoría refirieron tener: entre 1 – 5 años de egresado de la Facultad de Enfermería, entre 1 – 5 años de experiencia en primer nivel de atención y formación post – graduación.

En cuanto a la función asistencial:

✓ En relación a la consulta de enfermería, la mayoría de las Licenciadas/os manifestaron realizar todas las etapas del Proceso de Atención de Enfermería (cumpliendo con el *contenido de la consulta*), sin embargo ninguna de ellas/os refirieron registrar todas las etapas del proceso de atención (no cumpliendo con el *registro de la consulta*). Encontramos que es bajo el número de Licenciadas/os que manifestaron realizar ambos *tipos de consultas* (a demanda y programadas) y éstas manifestaron tener menos de 1 año de experiencia en primer nivel de atención. Las Licenciadas/os que cumplen con el contenido de la consulta son la totalidad de las Licenciadas/os que manifestaron tener menos de 1 año de egresado de la Facultad de Enfermería.

En base a los resultados obtenidos, consideramos que las Licenciadas/os se encuentran cumpliendo con el objetivo fundamental de la consulta, el cual es el cuidado de la población, son las que dijeron tener menos de 1 año de experiencia en primer nivel de atención. Consideramos que lo cumplen, mediante las acciones de promoción, prevención, de recuperación y rehabilitación de la salud, lo que contribuye a fortalecer el auto cuidado y la independencia de los individuos; que según lo definido por Orem debería ser la finalidad última de la consulta de Enfermería.

Consideramos que estos resultados son positivos tanto para la profesión como para los usuarios. A su vez, creemos que nuestra población se comportó según lo esperado debido a que la consulta es una modalidad que se ha implementado hace relativamente pocos años, por lo cual consideramos que se debería seguir fortaleciendo.

Entre los aspectos a fortalecer destacamos: la realización de ambos tipos de consultas (a demanda y programada) y los registros de la consulta.

El realizar ambos tipos de consulta, permite que la Licenciada pueda atender las necesidades de salud de la población en la medida que ésta la demande pero también permite organizar su trabajo y los tiempos para desempeñar todas las actividades en su jornada laboral.

El registrar la atención prestada es importante ya que la Licenciada/o se podría ver involucrada en un futuro en distintos problemas ético – legales; por el auge que ésta teniendo la misma en los últimos tiempos.

✓ En lo que respecta a la visita domiciliaria, pudimos observar que es alta la cantidad de Licenciadas/os que manifestaron realizar ambos *tipos de visitas* (de captación y de seguimiento), aunque es mayor el número de Licenciadas que refirieron realizar visitas domiciliarias independientemente del tipo. De las Licenciadas/os que manifestaron realizar visitas domiciliarias, casi la totalidad refirieron enfocar la misma, hacia el usuario y otros integrantes del grupo familiar con riesgo de salud.

Encontramos que las Licenciadas/os que cumplen con ambos componentes de la visita (tipo y enfoque) manifestaron tener en su mayoría menos de 1 año de experiencia en primer nivel de atención.

Consideramos que los resultados obtenidos son positivos tanto para la profesión como para los usuarios, dado que la Licenciada/o no solo brinda cuidados a la población que los demanda, sino que también a aquellos que no han comenzado sus controles de salud en el centro. Estas acciones conlleva a alcanzar un mayor nivel de independencia y a potenciar la capacidad de autocuidado de la población. La Licenciada/o logra de esta forma conocer el entorno en donde viven, estilo de vida, hábitos, entre otros, pudiendo de esta manera adecuar las acciones para trabajar las necesidades de la población. Resaltamos la importancia del abordaje del núcleo familiar en nuestra población, debido a que al funcionar la familia como unidad, los problemas de salud de uno de sus miembros afecta no solo al individuo sino que también a todos sus integrantes como grupo.

✓ En cuanto a la realización de procedimientos de enfermería, encontramos un alto número en nuestra población que manifestó realizarlos, por lo cual consideramos que se encuentran prestando una atención directa al usuario – familia. En cuanto a la característica de ésta población encontramos que los que manifestaron tener menos de un año de egresado de la de la Facultad de Enfermería refirieron realizar procedimientos en su totalidad. A su vez la mayoría que refirió realizarlos dijeron tener menos de 1 año de experiencia en primer nivel de atención.

En relación a la función administrativa, encontramos que:

✓ En cuanto a la aproximación diagnóstica, es bajo el número de Licenciadas/os que manifestaron realizar y/o participar en todas las etapas del proceso (conocimiento de la zona y redes sociales, detección y priorización de problemas y plan de trabajo para los problemas detectados) a pesar de ser mayor el número de licenciadas/os que refieren realizar y/o participar en algunas de las etapas del mismo.

En base a estos resultados visualizamos un mayor desarrollo del trabajo a demanda y no de las necesidades de la población. Creemos que se debería fortalecer la realización de aproximaciones diagnósticas las cuales permiten actuar y transformar la realidad, identificando los problemas de salud y los recursos con los que se cuentan para enfrentarlos; teniendo en cuenta que la realidad de la población y sus necesidades son dinámicas.

De las Licenciadas que manifestaron realizar y/o participar en todas las etapas del proceso, encontramos que la mayoría tienen entre 1 – 5 años de experiencia en primer nivel de atención.

✓ De la **planificación** encontramos que solo una Licenciada planifica y registra las siguientes actividades: plan de trabajo, criterios de evaluación, registros de enfermería, protocolos de enfermería, entre otras (cumpliendo con la variable planificación).

Sin embargo, consideramos pertinente destacar que la mayoría de las Licenciadas/os manifestaron planificar y registrar algunas de las actividades seleccionadas entre las que se destacan registros de enfermería y plan de trabajo. Es muy alto el número de licenciadas/os que dice planificar por escrito algunas de las actividades mencionadas. Pero creemos que se debería de fortalecer este aspecto, ya que mediante la planificación se logran establecer normas de ejecución, metas y objetivos para alcanzar los resultados esperados y descados en el período de tiempo establecido.

En cuanto a las características de la Licenciada/o que cumple con ésta variable encontramos que la misma refiere tener más de 5 años de egresada/o de la Facultad de Enfermería y más de 5 años de experiencia en primer nivel.

✓ En la **organización** observamos que es notorio el número de Licenciadas/os que manifestaron realizar las actividades de división de trabajo, distribución de recursos, delegación de tareas, entre otras (cumpliendo con ésta variable). Consideramos que esto es muy positivo tanto para la población que demanda los servicios como para el equipo de salud, ya que el trabajo es realizado en forma conciente, racional y coordinada, asegurando el logro de los fines propuestos.

En base a lo anteriormente señalado, resaltamos la importancia de realizar el conjunto de actividades que preestablecimos como categorías, lo que permite optimizar los recursos existentes y minimizar esfuerzos .

De las Licenciadas/os que realizan todas las actividades anteriormente mencionadas encontramos que en su gran mayoría refirieron tener entre 1 – 5 años de egresado de la Facultad de Enfermería y de experiencia en primer nivel de atención.

✓ En cuanto a la **dirección** encontramos que es alta la cantidad de Licenciadas/os que manifestaron realizar las actividades de orientación de acciones, supervisión de actividades, control de actividades y comunicación con el equipo, entre otras (cumpliendo con ésta variable).

Creemos que es favorable el alto número de Licenciadas/os que manifestaron realizar estas actividades de dirección. Esta acción de la Licenciada/o contribuye a que los miembros del equipo se sientan respaldados, debido a que les brinda una orientación continua para la atención, un mejor intercambio de información y una orientación continua del equipo, controlando a su vez el logro de los fines propuestos.

En relación a las características de ésta población encontramos que la mayoría que manifestó realizar dichas actividades refirieron tener más de 5 años de egresado de la Facultad de Enfermería y entre 1 –5 años de experiencia en primer nivel de atención.

✓ De la **evaluación** encontramos que es bajo el numero de Licenciadas/os que manifestó realizar y registrar las siguientes actividades: aplicación de criterios y estándares de evaluación, reorientación de recursos y recoger el grado de satisfacción de los usuarios, entre otras (cumpliendo así con la variable).

Sin embargo queremos resaltar que es alto el número de Licenciadas/os que manifestaron evaluar por escrito algunas de las tareas seleccionadas, entre las que

destacamos la reorientación de los recursos y aplicación de criterios y estándares de evaluación.

Entendemos entonces que se debería fortalecer la actividad de evaluación ya que la misma permite corregir las alteraciones que pudieran sucederse en la ejecución de las actividades que se estén llevando a cabo, también permite mejorar la eficacia, la calidad de los cuidados de enfermería y fundamentalmente porque evaluando muchas veces se podría evitar futuras negligencias en el actuar.

En relación a las características de la población que cumplen con ésta variable encontramos que la mayoría tienen más de 5 años de egresada/o de la Facultad de Enfermería y de experiencia en primer nivel de atención.

En relación a la *función docente*, encontramos que:

La mayoría de las Licenciadas/os manifestaron efectuar actividades educativas lo cual creemos favorable porque mediante ésta actividad se pueden lograr cambios en el comportamiento y estilos de vida de la comunidad, fomentando el autocuidado y la independencia de los individuos. También se ve enriquecido a su vez, el nivel de conocimiento del profesional.

En relación a la características de las mismas encontramos que la mayoría refirieron tener menos de 5 años de egresado de la Facultad de Enfermería y de experiencia en primer nivel de atención.

En relación a la *función de investigación*, encontramos que:

✓ Es minoritaria la cantidad de Licenciadas/os que realizan y/o participan en investigaciones, encontrando que en el intervalo de 1 – 5 años de experiencia en primer nivel de atención es donde se ubican la mayoría de las Licenciadas/os que manifestaron realizar y/o participar en algún tipo de investigación (enfermería y/o multiprofesional). Consideramos entonces que se debería potenciar la realización y/o participación en investigaciones propias de enfermería y/o multiprofesionales ya que estas permiten ampliar y profundizar los conocimientos, difundiendo los resultados para así aplicar las mejoras obtenidas.

CONCLUSIÓN

✓ Concluimos de la función asistencial, según lo referido por las Licenciadas/os, que se están realizando dos de las actividades planteadas: visita y realización de procedimientos. En cuanto a la consulta de enfermería si bien se realiza, encontramos en base a los resultados obtenidos, dificultades para cumplir con los registros y el tipo de consulta; aspectos que se deberían fortalecer y profundizar en otros estudios. Impresionaría que las licenciadas/os que manifestaron tener menos de 1 año de experiencia en primer nivel de atención, desempeñan la mayoría de las actividades de la función asistencial.

✓ Concluimos de la función administrativa según lo referido, que se están realizando dos de las actividades planteadas: organización y dirección. Sin embargo el resto de las actividades aparecen como realizadas parcialmente: aproximación diagnóstica, planificación y evaluación, por lo que consideramos que se deberían fortalecer estas actividades y que las mismas deberían ser retomadas en otros estudios para así conocer sus causas y posteriormente poder actuar sobre ellas.

Parecería que la mayoría de las Licenciadas/os que manifestaron tener entre 1 y 5 años de experiencia en primer nivel de atención estarían más fortalecidas en las actividades de recolección de datos (aproximación diagnóstica), organización y dirección y las que tienen más de 5 años de experiencia en lo que es la planificación y evaluación.

✓ Concluimos de la función docente según los datos obtenidos, que la misma se está llevando a cabo mediante actividades educativas y que son la mayoría de las Licenciadas/os quienes refirieron efectuarlas. De éstas, impresionaría que están más fortalecidas en esta función las recientemente recibidas de la Facultad de Enfermería y las que tienen menos experiencia en primer nivel de atención.

✓ Concluimos de la función investigación que se debe fomentar la realización de trabajos investigativos tanto en el área de enfermería como en el abordaje multiprofesional.

Si recordamos el motivo que sustentó la realización de éste trabajo de investigación, el cual fue el cambio en la propuesta de salud que pretende fortalecer en primera instancia, el primer nivel de atención, estaríamos en condiciones de afirmar (según lo manifestado) que hemos llegado a conocer las actividades que se encuentran realizando las Licenciadas/os en dichos centros, enmarcadas en las funciones de asistencia, administrativa, docente y de investigación.

Consideramos que con este trabajo de investigación contribuimos al conocimiento de nuestra profesión, logrando alcanzar la finalidad del tipo de estudio seleccionado en el diseño metodológico.

A su vez, creemos hemos alcanzado los objetivos planteados al inicio del mismo; dado que logramos caracterizar a la población objeto de estudio y conocer las actividades que se encuentran realizando las Licenciadas/os enmarcadas en dichas funciones.

SUGERENCIAS

De acuerdo a los resultados obtenidos el equipo investigador sugiere conocer y profundizar en los factores limitantes y fortalecedores para la realización de dichas actividades.

Esto permitiría saber cuales son las causas que condicionan la realización de algunas de las actividades seleccionadas en éste estudio; para que en otra instancia pueda surgir la inquietud de modificar los aspectos negativos que condicionan la labor de la Licenciada/o, dando a conocer los resultados de dichos estudios.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alberdi R. Caballero M. Administración. 3a. ed. Madrid: UNED; 1984.
- Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. Barcelona: Doyma; 1988.
- Alfonso R. Álvarez – Dardet C. Enfermería comunitaria 1. Barcelona: Masson; 1992.
- Ander - Egg E. Metodología del trabajo social. 4a. ed. Barcelona: Ateneo; 1982.
- Ballesteros H, Vitancurt AM. Bases científicas de la administración. México: Mc Graw - Hill; 1996
- Caja López C, López Pisa R. Enfermería comunitaria 3. Barcelona: Masson; 1993.
- Canales F, Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación. 2ª ed. OPS/OMS; 1994.
- Eco U. Como se hace una tesis. Técnicas y procedimientos de investigación estudio y escritura. Barcelona: Ed Gedisa; 1997.
- Osuna Frías A. Enfermería comunitaria. Barcelona: Masson; 2000.
- Gillies DA. Gestión de enfermería. Una aproximación a los sistemas. 2a. ed. Barcelona: Masson; 1994.
- López M. Atención domiciliaria. Diagnóstico de enfermería. Madrid: Interamericana; 1994.
- Sabino C. Como hacer una tesis: Guía para elaborar y redactar trabajos científicos. 2ª ed. Panapo, 1986.
- San Martín H, Pastor V. Salud comunitaria. 2a. ed. Madrid: Diaz de Santos; 1988.
- Zurro M, Cano J. Atención primaria conceptos, organización y practicas clínicas. 3ª Ed. Barcelona: Mosby/ Doyma; 1999.

- Ubach G, Bech J. Organización del primer nivel de salud. Montevideo: sn; 1989.
- Universidad de la República. Facultad de Medicina. Departamento de medicina preventiva y social. Temas de Medicina Preventiva y Social. 3ra ed. Montevideo: 2001.
- Universidad de la República. Facultad de Medicina. Temas de enfermería medico – quirúrgico. Montevideo: AEM; 1997.
- Universidad de la República. Instituto Nacional de Enfermería. Departamento de administración de servicios de enfermería. Manual de estándares para la acreditación de servicios de enfermería. Montevideo: INDE, Ediciones de enfermería; 2000.

REFERENCIAS DE MATERIAL ELECTRÓNICO:

- Anaya Cintas F [Definición de enfermería comunitaria] disponible en: www.enfermeriacomunitaria.org/index.php?idioma=es&id_pagina=61
- Anaya Cintas F [Antecedentes Históricos de Enfermería comunitaria] disponible en: www.enfermeriacomunitaria.org/index.php?idioma=es&id_pagina=62
- Anaya Cintas F [Rol de la enfermera comunitaria] disponible en: www.enfermeriacomunitaria.org/index.php?idioma=es&id_pagina=63
- Anaya Cintas F [Ambito de intervención] disponible en: www.enfermeriacomunitaria.org/index.php?idioma=es&id_pagina=64
- Anaya Cintas F [Funciones de la enfermera comunitaria] disponible en: www.enfermeriacomunitaria.org/index.php?idioma=es&id_pagina=65
- Anaya Cintas F [Actividades docente] disponible en: www.enfermeriacomunitaria.org/index.php?idioma=es&id_pagina=66&actividad=1
- Anaya Cintas F [Función Administración] disponible en: www.enfermeriacomunitaria.org/index.php?idioma=es&id_pagina=66&actividad=2
- Anaya Cintas F [Función Asistencial] disponible en: www.enfermeriacomunitaria.org/index.php?idioma=es&id_pagina=66&actividad=3
- Anaya Cintas F [Función Investigación] disponible en: www.enfermeriacomunitaria.org/index.php?idioma=es&id_pagina=66&actividad=4

- Chaparro L. García DC. [Registros del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado] disponible en: www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria6403-registros.htm
- De la Caridad T. Otero J. [La investigación en la Atención Primaria de salud] disponible en: www.ucmh.sld.cu/rhab/articulo_rev7/teresa.html
- González López E. [Enfermería en atención primaria, retos para el milenio] disponible en: www.dinarte.es/ras/ras18/pdf/adm01.pdf.
- Martínez Calvo S. [Valoración epidemiológica de actividades de atención primaria de salud] disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_1_03/mgi11103.htm
- Massad C. [Perfil ocupacional básico para la formulación del currículo técnico de nivel superior de Enfermería] disponible en: www.colegiotecnico-paramedicosdechile-ag.cl/perfil95.htm
- OMS [Fortalecimiento de la enfermería y partería . 56ª asamblea mundial de la salud abril del 2003] disponible en: www.enfermeriacomunitaria.org/documentos-marco_normativo-enfermeria_comunitaria-sa5619.pdf.url
- Organización Panamericana de Salud [Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional.] Disponible en: www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/isc20596.pdf
- Ríos J, Espinosa J, Moreno P, Mendoza R. [Propuestas de mejora en la atención primaria del sistema extremeño de salud] disponible en: www.sexmfyc.org/sexmfyc/documentos/pdf/mciora_ses.pdf
- Sans M. Hidalgo P. [Los sistemas de salud de Cuba y Uruguay en el contexto de América Latina: una reflexión] disponible en: www.scielo.br/pdf/esc/v7n1/a15v07n1.pdf
- Vallejo N [Desarrollo de la Enfermería] disponible en: www.per.ops-oms.org/LIBRO100/PAG13.PDF
- [Administración y servicios de enfermería] disponible en: www.zip.rincondelvago.com/?00020229
- [Atención primaria y desarrollo integral] disponible en: www.enfermeriaconexion.com/comunitaria116.htm

- [Código deontológico del CIE para la profesión de Enfermería] disponible en: www.icn.ch/icncodesp.pdf
- [Enfermería comunitaria y participación comunal] disponible en: www.enfermeriaconexion.com/%20comunitariaII2.htm
- [Enfermería en Salud Pública] disponible en: www.enfermeriaconexion.com/comunitariaI1.htm
- [Funciones de la Enfermería en la comunidad] disponible en: www.enfermeriaconexion.com/comunitariaII3.htm
- [La formación en salud pública] disponible en: www.madrid.org/sanidad/salud/libroblanco/pdf/cap4_7_2.pdf
- [Modelo de atención con enfoque familiar en el nivel primario] disponible en: http://c-virtualcolombia.bvsalud.org/tiki-download_file.php?fileId=162
- [Papel de Enfermería en la Atención Primaria de Salud] disponible en: www.enfermeriaconexion.com/comunitariaII7.htm
- [Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Uruguay] disponible en: www.lachsr.org/documents/perfildelesistemadesaluddeuruguay-ES.pdf
- [Problemas esenciales de salud comunitaria y de enfermería en la comunidad] disponible en: www.enfermeriaconexion.com/comunitariaII1.htm
- [Proyecto de fortalecimiento sector salud Ministerio de Salud Pública] disponible en: www.iadb.org/sds/specialprograms/lachealthaccounts/Documents/Uruguay_cuentas_salud_2000.pdf
- [Rol ampliado de la enfermería comunitaria] disponible en: www.enfermeriaconexion.com/comunitariaII8.htm
- [Servicio de salud del estado. Unidades ejecutoras] disponible en: www.msp.gub.uy/imgnoticias/3801.doc
- [Tipología de las conexiones funcionales en el ejercicio de enfermería comunitaria] disponible en: www.enfermeriaconexion.com/%20comunitariaII5.htm

A NEYOS

ANEXO Nº 1

Montevideo 23 de enero de 2006

Servicio de Salud de Asistencia Externa
Sr. Director de SSAE
Presente.

De nuestra mayor consideración:

Somos un grupo de cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería (ex Instituto Nacional de Enfermería), que nos encontramos realizando la última etapa de la carrera y debemos realizar un trabajo de investigación. El mismo está tutorado por las docentes Lic. Cristina Barrenechea y Lic. Silvia Crossa. La temática se centra en investigar las actividades de las funciones asistenciales, administrativas, docente e investigación, que realizan las Licenciadas/os de enfermería.

Luego de tener la autorización de la licenciada jefa Shirley García para trabajar con las Licenciadas de los centros de salud del MSP del departamento de Montevideo, pasamos a la etapa de recolección y procesamiento de datos y en estos momentos estamos prontas a entregarlo en nuestra Facultad; estaríamos interesadas en poder nombrar el lugar donde realizamos dicha investigación (centros de salud del MSP del departamento de Montevideo) con el único fin de poder situar a quien lo lea de la mejor manera posible.

Por lo mismo solicitamos su autorización para poder difundir la fuente de nuestros datos. Le facilitamos a usted teléfonos y dirección de e-mail en el caso de que surjan dudas y principalmente para confirmar la autorización.

Teléfono: Yenny Cabrera

Cecilia Siutto

Mail:

Saludan a usted, muy atentamente.

Arbiza, Laura
Cabrera, Yenny
Lado, Adriana
Pereira, María Eugenia
Siutto, Cecilia.

Montevideo 23 de enero de 2006

Servicio de Salud de Asistencia Externa
Sr. Director de SSAE
Presente.

De nuestra mayor consideración:

Somos un grupo de cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería (ex Instituto Nacional de Enfermería), que nos encontramos realizando la última etapa de la carrera y debemos realizar un trabajo de investigación. El mismo está tutorado por las docentes Lic. Cristina Barrenechea y Lic. Silvia Crossa. La temática se centra en investigar las actividades de las funciones asistenciales, administrativas, docente e investigación, que realiza la Licenciada de enfermería.

Luego de tener la autorización de la licenciada jefa Shirley García para trabajar con las Licenciadas de los centros de salud del MSP del departamento de Montevideo, pasamos a la etapa de recolección y procesamiento de datos y en estos momentos estamos prontas a entregarlo en nuestra Facultad; estaríamos interesadas en poder nombrar el lugar donde realizamos dicha investigación (centros de salud del MSP del departamento de Montevideo) con el único fin de poder situar a quien lo lea de la mejor manera posible.

Por lo mismo solicitamos su autorización para poder difundir la fuente de nuestros datos. Le facilitamos a usted teléfonos y dirección de e-mail en el caso de que surgan dudas y principalmente para confirmar la autorización.

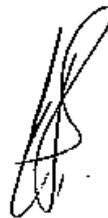
Teléfono: Yenny Cabrera

Cecilia Siutto

Mail:

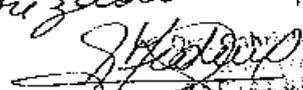
Saludan a usted, muy atentamente.

Arbiza, Laura
Cabrera, Yenny
Lado, Adriana
Pereira, María Eugenia
Siutto, Cecilia



MONTEVIDEO, 27 DE ENERO DE 2006
PASE A: SSAE (Lic. Barrenechea)

- PARA INFORME
- PARA CONOCIMIENTO
- A SUS EFECTOS
- FECHA DEVOLUCION.....

de comunicar autorización de
Solicitud. 

ANEXO Nº 2

INSTRUCTIVO

El siguiente instrumento, será utilizado en las entrevistas realizadas a las Licenciadas de los centros de salud de Montevideo, pertenecientes al Ministerio de Salud Pública; por las investigadoras a cargo de ésta tesina, siendo las únicas habilitadas y responsables de su correcto uso y llenado.

La información obtenida en el mismo, es anónima asegurando la confidencialidad, siendo publicados en el informe final los resultados totales de la investigación, los registros de las entrevistas efectuadas serán desechados luego de su procesamiento.

En el mismo se debe especificar en el encabezado, la fecha en la cual se realiza la entrevista y el código pre establecido para cada centro de salud – Licenciada. El código no se procesará en el informe final y estos datos serán utilizados solo para control de las entrevistas realizadas (los mismos serán de uso interno).

El llenado de las preguntas se realizará de la siguiente manera:

Se formulará las preguntas:

- ✓ Nombrando las categorías y tildando el que corresponda y/o especificando en el ítem “otros”, las palabras textuales de la entrevistada/o., en las preguntas Nº 3; 6.2 ; 6.3; 6.4; 6.5.
- ✓ Registrando textualmente la respuesta de la Licenciada, en la preguntas Nº 1.
- ✓ Registrando textualmente la respuesta de la licenciada/o sin mencionar las categorías que se encuentran dentro del recuadro en las preguntas Nº 2; 4; 5.1 b).
- ✓ Nombrando las categorías y tildando el que corresponda, en las preguntas Nº 5.1 a); 5.1 c) ; 5.2 a) ; 5. 2 b) ; 5.3 ; 6.1 ; 7 ; 8.1 ; 8.2.

Una vez finalizada la entrevista se especificará al pie del instrumento el código de la/s investigadora/s (los cuales serán de uso interno) que han efectuado la misma, las cuales asumen la responsabilidad de que el instrumento ha sido utilizado de forma adecuada como a su vez de la confiabilidad, veracidad y fiabilidad de los datos recolectados.

FECHA: _____

CODIGO: _____

FUNCIONES DE LA LICENCIADA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

1) ¿Que cargo desempeña en éste centro de salud?

2) ¿Cuantos años hace que egresó de la Facultad de Enfermería? ____ años.

- < 1 año
- 1 – 5 años
- > 5 años

3) En cuanto a su formación profesional, ¿qué estudios complementarios en enfermería comunitaria ha realizado?

- Especialista en enfermería comunitaria
- Homologación de la especialidad por competencia notoria
- Cursando maestría en primer nivel de atención
- Cursos de formación continua
- Sin formación complementaria
- Otros _____

4) ¿Cuantos años hace que trabaja en primer nivel de atención? ____ años.

- < 1 años
- 1 – 5 años
- > 5 años

5) *FUNCIÓN ASISTENCIAL:*

5.1) En relación a las consultas de enfermería que ha efectuado en el último año:

a) ¿Cuál/es etapa/s del PAE a realizado?

- Valoración bio – psicosocial
- Diagnósticos de enfermería
- Plan de acción
- Evaluación

b) En cuanto a las etapas del PAE ¿qué tipo de registro realiza siempre?

- Algunas de las etapas.
- Todas las etapas
- No registra

c) ¿Que tipo de consulta ha realizado?

- Programadas
- A demanda

5.2) En relación a las visitas domiciliarias que ha realizado en el último año:

a) ¿Qué tipo de VD ha llevado a cabo?

- De captación
- De seguimiento

b) ¿Cuál es el enfoque que le ha otorgado a las mismas?

- Solo usuario
- Usuarios y otros integrantes del grupo familiar con riesgo de salud

5.3) ¿Ha realizado procedimientos de enfermería en el último año?

- Sí
- No

6) **FUNCIÓN ADMINISTRATIVA:**

6.1) En relación a la recolección de datos que ha efectuado; de la aproximación diagnóstica de la comunidad, ¿en que etapa del proceso ha realizado y/o participado en los últimos 3 años?

- Conocimiento de la zona y redes sociales
- Detección y priorización de problemas
- Plan de trabajo para los problemas detectados

6.2) ¿Qué planificaciones ha realizado por escrito en éste último año?

- Plan de trabajo
- Criterios de evaluación
- Registros de enfermería
- Protocolos de enfermería
- Otros: _____
- _____
- _____
- _____

6.3) ¿Qué actividades de organización a efectuado en el último año?

- División de trabajo
- Distribución de recursos
- Delegación de tareas
- Otras: _____
- _____
- _____

6.4) ¿Qué actividades de dirección ha llevado a cabo en el último año?

- Orienta acciones
- Supervisión de las actividades
- Control de las actividades
- Comunicación con el equipo
- Otras _____
- _____
- _____
- _____

6.5) En relación a la evaluación, ¿qué actividades ha efectuado y a su vez registrado en el último año?

- Aplicación de criterios y estándares de evaluación
- Reorientación de los recursos en caso necesario
- Recoger el grado de satisfacción de los usuarios - comunidad
- Otras: _____

7) *FUNCIÓN DE DOCENCIA:*

¿Ha realizado actividades educativas en éste último año?

- Si
- No

8) *FUNCIÓN DE INVESTIGACIÓN:*

8.1) ¿Ha realizado investigaciones propias de enfermería?

Si: ____ No: ____

8.2) Ha participado en investigaciones multiprofesionales?

Si: ____ No: ____

* CODIGO/S DE LAS INVESTIGADORAS: _____ y _____.

AÑEJO Nº 3

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN:

Tabla Nº 1: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería según el *cargo que ocupa*, en los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, en el mes de noviembre del año 2005.

CARGO QUE OCUPA	FA	FR %
Licenciada/o operativa	20	95 %
Otros (Sub-directora)	1	5 %
TOTAL	21	100 %

ANEXO Nº 4

FUNCIÓN ASISTENCIAL:

1. CONSULTA DE ENFERMERÍA:

Tabla Nº1 : Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería, en los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según la *realización de consulta de enfermería*, en el último año.

CONSULTA DE ENFERMERIA	FA	FR %
Realiza consultas	19	90 %
No realiza consultas	2	10 %
TOTAL	21	100 %

Tabla Nº 2: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería, en los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el *número de etapas del proceso de atención de enfermería realizadas*, en el último año

ETAPAS DEL PAE REALIZADAS	FA	FR%
2 o 3 etapas	8	42 %
Todas las etapas	11	58 %
TOTAL	19	100 %

Tabla Nº 3: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según la *formación post – graduación, en relación al número de etapas del Proceso de Atención de Enfermería realizadas*, en el último año.

ETAPAS DEL PAE REALIZADAS	FORMACIÓN POST - GRADUACIÓN								TOTAL	
	Cursos de formación continua		Cursos de formación continua y otros		Otros (jornadas, congresos)		Sin formación post-graduación			
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
2 o 3 etapas	1	14 %	2	50 %	3	100%	2	40 %	8	42 %
Todas las etapas	6	86 %	2	50 %	0	0 %	3	60 %	11	58 %
TOTAL	7	37 %	4	21 %	3	16 %	5	26 %	19	100 %

Tabla N° 4: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según los registros de la consulta de enfermería realizados, discriminando el número de etapas registradas, en el último año.

REGISTRO DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA	FA	FR %
1 etapa	3	16 %
2 o 3 etapas	8	42 %
No registra	8	42 %
TOTAL	19	100 %

Tabla N° 5: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el tipo de consulta de enfermería que han realizado en el último año.

TIPO DE CONSULTA DE ENFERMERÍA	FA	FR %
A demanda	14	74 %
Programadas	1	5 %
Ambas	4	21 %
TOTAL	19	100 %

Tabla N°6: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el tiempo de egreso de la Facultad de Enfermería, en relación al tipo de consulta de enfermería realizadas en el último año.

TIPO DE CONSULTA	TIEMPO DE EGRESADO							
	< 1 año		1 - 5 años		> 5 años		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
A demanda	0	0 %	7	77.8 %	7	77.8 %	14	74 %
Programadas	1	100 %	0	0 %	0	0 %	1	5 %
Ambas	0	0 %	2	22.2 %	2	22.2 %	4	21 %
TOTAL	1	5.2 %	9	47.4 %	9	47.4 %	19	100 %

Tabla N° 7: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según la *formación post – graduación* , en relación al tipo de consulta de enfermería realizadas en el último año.

TIPO DE CONSULTA	FORMACIÓN POST – GRADUACIÓN									
	Cursos de formación continua		Cursos de formación continua y otros		Otros (jornadas, congresos)		Sin formación post - graduación		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
A demanda	5	71 %	4	100 %	2	66.6 %	3	60 %	14	74 %
Programadas	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	20 %	1	5 %
Ambas	2	29 %	0	0 %	1	33.3 %	1	20 %	4	21 %
TOTAL	7	37 %	4	21 %	3	16 %	5	26 %	19	100 %

2. VISITA DOMICILIARIA:

Tabla N° 8: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo según la *realización y tipo de visita domiciliaria* en el último año.

VISITA DOMICILIARIA (realización y tipo)	FA	FR %
Seguimiento	7	33.3 %
Captación y seguimiento	11	52.4 %
No realiza visitas domiciliarias	3	14.3 %
TOTAL	21	100 %

Tabla N° 9: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería en los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el *tiempo de egreso de la Facultad de enfermería en relación a la realización y tipo de visitas domiciliarias* llevadas a cabo en el último año.

VISITA DOMICILIARIA (realización y tipo)	TIEMPO DE EGRESADO						TOTAL	
	< 1 año		1 – 5 años		> 5 años		FA	FR %
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Seguimiento	0	0 %	5	45.4 %	2	22.2 %	7	33.3 %
Captación y seguimiento	1	100 %	5	45.4 %	5	55.6 %	11	52.4 %
No realiza visitas domiciliarias	0	0 %	1	9.1 %	2	22.2 %	3	14.3 %
TOTAL	1	5 %	11	52 %	9	43 %	21	100 %

Tabla N° 10: Distribución de las /os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según su *formación post – graduación* , en relación a la realización y tipo de visita domiciliaria llevada a cabo en el último año.

VISITA DOMICILIARIA (realización y tipo)	FORMACIÓN POST – GRADUACIÓN									
	Cursos de formación continua		Cursos de formación continua y otros		Otros (formadas, congresos)		Sin formación postgraduación		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Seguimiento	2	25 %	3	75 %	1	33,3 %	1	17 %	7	33,3 %
Captación y seguimiento	4	50 %	1	25 %	1	33,3 %	5	83 %	11	52,4 %
No realiza visitas domiciliarias	2	25 %	0	0 %	1	33,3 %	0	0 %	3	14,3 %
TOTAL	8	38 %	4	19 %	3	14 %	6	29 %	21	100 %

Tabla N° 11: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el *tiempo de egreso de la Facultad de Enfermería*, en relación al enfoque otorgado a las visitas domiciliarias realizadas en el último año.

ENFOQUE DE LA VISITA DOMICILIARIA	TIEMPO DE EGRESADO						TOTAL	
	< 1 año		1 – 5 años		> 5 años		FA	FR %
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Solo usuario	0	0 %	1	10 %	0	0 %	1	6 %
Usuario y otros integrantes del grupo filiar	1	100 %	9	90 %	7	100 %	17	94 %
TOTAL	1	5,5 %	10	55,5 %	7	39 %	18	100 %

Tabla N° 12: Distribución de las /os Licenciadas en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el *tiempo de experiencia en primer nivel de atención* en relación al enfoque otorgado a las visitas domiciliarias en el último año.

ENFOQUE DE LA VISITA DOMICILIARIA	TIEMPO DE EXPERIENCIA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN						TOTAL	
	< 1 año		1 – 5 años		> 5 años		FA	FR %
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Solo usuario	0	0 %	0	0 %	1	25 %	1	6 %
Usuario y otros integrantes del grupo filiar	2	100 %	12	100 %	3	75 %	17	94 %
TOTAL	2	11 %	12	67 %	4	22 %	18	100 %

Tabla N° 13: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según su *formación post – graduación en relación al enfoque otorgado a las visitas domiciliarias* en el último año.

ENFOQUE DE LA VISITA DOMICILIARIA	FORMACIÓN POST – GRADUACIÓN									
	Cursos de formación continua		Cursos de formación continua y otros		Otros (jornadas, congresos)		Sin formación postgraduación		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Solo usuario	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	17 %	1	6 %
Usuario y otros integrantes del grupo filiar	6	100 %	4	100 %	2	100 %	5	83 %	17	94 %
TOTAL	6	33.3 %	4	22.2 %	2	11.1 %	6	33.3 %	18	100 %

3. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA:

Tabla N° 14: Distribución de las /os Licenciadas/os en Enfermería, en los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según la *realización de procedimientos de enfermería* en el último año.

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	FA	FR %
Si realiza	15	71 %
No realiza	6	29 %
TOTAL	21	100 %

Tabla N° 15: Distribución de las /os Licenciadas/os en Enfermería en los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según su *formación post – graduación en relación a la realización de procedimientos de enfermería* en el último año.

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	FORMACIÓN POST – GRADUACIÓN									
	Cursos de formación continua		Cursos de formación continua y otros		Otros (jornadas, congresos)		Sin formación postgraduación		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Realiza	4	50 %	4	100 %	3	100 %	4	66.6 %	15	71 %
No realiza	4	50 %	0	0 %	0	0 %	2	33.3 %	6	29 %
TOTAL	8	38 %	4	19 %	3	14 %	6	29 %	21	100 %

ANEXO Nº 5

FUNCIÓN ADMINISTRACIÓN:

1. APROXIMACIÓN DIAGNOSTICA:

Tabla N° 1: Distribución de las /os Licenciadas/os en enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según la *realización y/o participación en la aproximación diagnóstica* en los últimos tres años.

APROXIMACIÓN DIAGNOSTICA	FA	FR%
Si realiza y/o participa	13	62%
No realiza y/o participa	8	38%
TOTAL	21	100%

Tabla N° 2: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería en los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según la *realización y/o participación de las etapas de la aproximación diagnóstica*, en los últimos tres años.

ETAPAS DE LA APROXIMACIÓN DIAGNOSTICA (realización y/o participación)	FA	FR%
Conocimiento de la zona y redes sociales.	4	30.8 %
Conocimiento de la zona y redes sociales + detección y priorización de problemas.	3	23 %
Conocimiento de la zona y redes sociales + detección y priorización de problemas + plan de trabajo para los problemas detectados	4	30.8 %
Detección y priorización de problemas + plan de trabajo para los problemas detectados.	1	7.7 %
Plan de trabajo para los problemas detectados.	1	7.7 %
TOTAL	13	100 %

Tabla N° 3: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el tiempo de egresado de la Facultad de Enfermería en relación a la realización y/o participación de las etapas de la aproximación diagnóstica, en los últimos tres años.

APROXIMACIÓN DIAGNOSTICA	TIEMPO DE EGRESADO							
	< 1 año		1 - 5 años		> 5 años		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Conocimiento de la zona y redes sociales	0	0 %	3	33.3 %	1	33.3 %	4	30.8 %
Conocimiento de la zona y redes sociales + Detección y priorización de problemas	1	100 %	1	11.1 %	1	33.3 %	3	23 %
Conocimiento de la zona y redes sociales + detección y priorización de problemas + plan de trabajo para los problemas detectados	0	0 %	4	44.4 %	0	0 %	4	30.8 %
Detección y priorización de problemas + Plan de trabajo para los problemas detectados	0	0 %	1	11.1 %	0	0 %	1	7.7 %
Plan de trabajo para los problemas detectados	0	0 %	0	0 %	1	33.3 %	1	7.7 %
TOTAL	1	7.7 %	9	69.2 %	3	23.1 %	13	100%

Tabla N° 4: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según su formación post - graduación en relación a la realización y/o participación de las etapas de la aproximación diagnóstica, en los últimos tres años.

APROXIMACIÓN DIAGNOSTICA	FORMACIÓN POST - GRADUACIÓN									
	Cursos de formación continua		Cursos de formación continua y otros		Otros (Jornadas, congresos)		Sin formación postgraduada		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Conocimiento de la zona y redes sociales	0	0 %	1	25 %	1	33.3 %	2	50 %	4	30.8 %
Conocimiento de la zona y redes sociales + Detección y priorización de problemas	0	0 %	1	25 %	0	0 %	2	50 %	3	23 %
Conocimiento de la zona y redes sociales + detección y priorización de problemas + plan de trabajo para los problemas detectados	1	50 %	1	25 %	2	66.6 %	0	0 %	4	30.8 %
Detección y priorización de problemas + Plan de trabajo para los problemas detectados	0	0 %	1	25 %	0	0 %	0	0 %	1	7.7 %
Plan de trabajo para los problemas detectados	1	50 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	7.7 %
TOTAL	2	15 %	4	31 %	3	23 %	4	31 %	13	100 %

2. PLANIFICACIÓN:

Tabla N° 5: Distribución de las /os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según la *realización de planificaciones por escrito* en el último año.

PLANIFICACIONES POR ESCRITO	FA	FR %
Realiza	20	95%
No realiza	1	5 %
TOTAL	21	100 %

Tabla N° 6: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP en el departamento de Montevideo, según el *tiempo de egresado de la Facultad de Enfermería en relación a las planificaciones realizadas por escrito* en el último año.

PLANIFICACIONES	TIEMPO DE EGRESADO						TOTAL	
	< 1 año		1 - 5 años		> 5 años		FA	FR %
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Plan de trabajo	0	0%	1	9.1%	0	0%	1	5%
Plan de trabajo + criterios de evaluación + registros de enfermería + protocolos de enfermería + otros	0	0%	0	0%	1	12.5%	1	5%
Plan de trabajo + criterios de evaluación + registros de enfermería + otros	0	0%	0	0%	1	12.5%	1	5%
Plan de trabajo + registros de enfermería	0	0%	1	9.1%	3	37.5%	4	20%
Plan de trabajo + registros de enfermería + protocolos de enfermería + otros	0	0%	3	27.2%	0	0%	3	15%
Plan de trabajo + registros de enfermería + otros	0	0%	3	27.2%	0	0%	3	15%
Plan de trabajo + otros	0	0%	1	9.1%	0	0%	1	5%
Criterios de evaluación + registros de enfermería + protocolos de enfermería	0	0%	0	0%	1	12.5%	1	5%
Criterios de evaluación + registros de enfermería + otros	0	0%	1	9.1%	0	0%	1	5%
Registros de enfermería + otros	1	100%	0	0%	1	12.5%	2	10%
Protocolos de enfermería + otros	0	0%	0	0%	1	12.5%	1	5%
Otros	0	0%	1	9.1%	0	0%	1	5%
TOTAL	1	5%	11	55%	8	40%	20	100%

Tabla N° 7: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el tiempo de experiencia en primer nivel de atención en relación a las planificaciones realizadas por escrito en el último año.

PLANIFICACIONES	TIEMPO DE EXPERIENCIA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN							
	< 1 año		1 - 5 años		> 5 años		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Plan de trabajo	0	0%	1	8,3%	0	0%	1	5%
Plan de trabajo + criterios de evaluación + registros de enfermería + protocolos de enfermería + otros	0	0%	0	0%	1	20%	1	5%
Plan de trabajo + criterios de evaluación + registros de enfermería + otros	0	0%	1	8,3%	0	0%	1	5%
Plan de trabajo + registros de enfermería	1	33,3%	1	8,3%	2	40%	4	20%
Plan de trabajo + registros de enfermería + protocolos de enfermería + otros	0	0%	3	25%	0	0%	3	15%
Plan de trabajo + registros de enfermería + otros	0	0%	3	25%	0	0%	3	15%
Plan de trabajo + otros	0	0%	1	8,3%	0	0%	1	5%
Criterios de evaluación + registros de enfermería + protocolos de enfermería	0	0%	0	0%	1	20%	1	5%
Criterios de evaluación + registros de enfermería + otros	0	0%	0	0%	1	20%	1	5%
Registros de enfermería + otros	2	66,6%	0	0%	0	0%	2	10%
Protocolos de enfermería + otros	0	0%	1	8,3%	0	0%	1	5%
Otros	0	0%	1	8,3%	0	0%	1	5%
TOTAL	3	15%	12	60%	5	25%	20	100%

Tabla N° 8: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según su *formación post – graduación en relación a las planificaciones realizadas por escrito* en el último año.

PLANIFICACIONES	FORMACIÓN POST – GRADUACIÓN									
	Cursos de formación continua		Cursos de formación continua + otros		Otros (Jornadas y congresos)		Sin formación postgraduación		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Plan de trabajo	0	0 %	0	0 %	1	33.3 %	0	0 %	1	5 %
Plan de trabajo + criterios de evaluación + registros de enfermería + protocolos de enfermería + otros	1	14.3 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	5 %
Plan de trabajo + criterios de evaluación + registros de enfermería + otros	1	14.3 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	5 %
Plan de trabajo + registros de enfermería	3	42.8 %	0	0 %	1	33.3 %	0	0 %	4	20 %
Plan de trabajo + registros de enfermería + protocolos de enfermería + otros	0	0 %	2	50 %	1	33.3 %	0	0 %	3	15 %
Plan de trabajo + registros de enfermería + otros	1	14.3 %	0	0 %	0	0 %	2	33.3 %	3	15 %
Plan de trabajo + otros	0	0 %	1	25 %	0	0 %	0	0 %	1	5 %
Criterios de evaluación + registros de enfermería + protocolos de enfermería	0	0 %	1	25 %	0	0 %	0	0 %	1	5 %
Criterios de evaluación + registros de enfermería + otros	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	16.6 %	1	5 %
Registros de enfermería + otros	0	0 %	0	0 %	0	0 %	2	33.3 %	2	10 %
Protocolos de enfermería + otros	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	16.6 %	1	5 %
Otros	1	14.3 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	5 %
TOTAL	7	35 %	4	20 %	3	15 %	6	30 %	20	100 %

3. ORGANIZACIÓN:

Tabla N° 9: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según las *actividades de organización realizadas* en el último año.

ACTIVIDADES DE ORGANIZACIÓN REALIZADAS	FA	FR %
División de trabajo	1	4.8 %
División de trabajo + distribución de recursos	3	14.3 %
División de trabajo + distribución de recursos + delegación de tareas	8	38.1 %
División de trabajo + distribución de recursos + delegación de tareas + otros	7	33.3 %
Distribución de recursos + delegación de tareas + otros	2	9.5 %
TOTAL	21	100 %

Tabla Nº 10: Distribución de las/os Licenciadas/os de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el *tiempo de experiencia en primer nivel de atención en relación a las actividades de organización realizadas* en el último año.

ORGANIZACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN							
	< 1 año		1 - 5 años		> 5 años		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
División de trabajo	1	33.3 %	0	0 %	0	0 %	1	4.8 %
División de trabajo + distribución de recursos	1	33.3 %	0	0 %	2	33.3 %	3	14.3 %
División de trabajo + distribución de recursos + delegación de tareas	0	0 %	6	50 %	2	33.3 %	8	38.1 %
División de trabajo + distribución de recursos + delegación de tareas + otros	1	33.3 %	5	42 %	1	16.6 %	7	33.3 %
Distribución de recursos + delegación de tareas + otros	0	0 %	1	8 %	1	16.6 %	2	9.5 %
TOTAL	3	14.3 %	12	57 %	6	28.7 %	21	100 %

Tabla Nº 11: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según su *formación post-graduación en relación a las actividades de organización realizadas* en el último año.

ORGANIZACIÓN	FORMACIÓN POST-GRADUACION									
	Cursos de formación continua		Cursos de formación continua y otros		Otros (jornadas, congresos)		Sin formación postgraduación		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
División de trabajo	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	16.6 %	1	4.8 %
División de trabajo + distribución de recursos	2	25 %	0	0 %	0	0 %	1	16.6 %	3	14.3 %
División de trabajo + distribución de recursos + delegación de tareas	3	37.5 %	0	0 %	2	66.6 %	3	50 %	8	38.1 %
División de trabajo + distribución de recursos + delegación de tareas + otros	2	25 %	4	100 %	1	33.3 %	0	0 %	7	33.3 %
Distribución de recursos + delegación de tareas + otros	1	12.5 %	0	0 %	0	0 %	1	16.6 %	2	9.5 %
TOTAL	8	38 %	4	19 %	3	14.3 %	6	28.7 %	21	100 %

4. DIRECCIÓN:

Tabla N° 12 : Distribución de las/os Licenciadas/os de Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el tiempo de egresado de la Facultad de Enfermería en relación a las actividades de dirección realizadas en el último año.

DIRECCIÓN	TIEMPO DE EGRESADO							
	< 1 año		1 – 5 años		> 5 años		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Orientación de acciones + supervisión de actividades	0	0 %	1	9.1 %	0	0 %	1	4.8 %
Orientación de acciones + supervisión de actividades + control de actividades + comunicación con el equipo	0	0 %	4	36.3 %	5	55.6 %	9	42.9 %
Orientación de acciones + supervisión de actividades + control de actividades + comunicación con el equipo + otras	0	0 %	1	9.1 %	1	11.1 %	2	9.3 %
Orientación de acciones + supervisión de actividades + comunicación con el equipo	0	0 %	1	9.1 %	0	0 %	1	4.8 %
Orientación de acciones + control de actividades + comunicación con el equipo	0	0 %	1	9.1 %	0	0 %	1	4.8 %
Supervisión de actividades	1	100 %	0	0 %	0	0 %	1	4.8 %
Supervisión de actividades + control de actividades	0	0 %	0	0 %	1	11.1 %	1	4.8 %
Supervisión de actividades + control de actividades + comunicación con el equipo	0	0 %	3	27.3 %	1	11.1 %	4	19 %
Supervisión de actividades + control de actividades + comunicación con el equipo + otras	0	0 %	0	0 %	1	11.1 %	1	4.8 %
TOTAL	1	5 %	11	52 %	9	43 %	21	100 %

Tabla N° 13: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según su *formación post – graduación en relación a las actividades de dirección* llevadas a cabo en el último año.

DIRECCIÓN	FORMACIÓN POST- GRADUACIÓN									
	Cursos de formación continua		Cursos de formación continua y otros		Otros (Jornadas, congresos)		Sin formación postgraduación		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Orientación de acciones + supervisión de actividades	0	0 %	0	0 %	1	33.3 %	0	0 %	1	4.8 %
Orientación de acciones + supervisión de actividades + control de actividades + comunicación con el equipo	5	62.5 %	1	25 %	0	0 %	3	50 %	9	42.9 %
Orientación de acciones + supervisión de actividades + control de actividades + comunicación con el equipo + otras	2	25 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	2	9.3 %
Orientación de acciones + supervisión de actividades + comunicación con el equipo	0	0 %	0	0 %	1	33.3 %	0	0 %	1	4.8 %
Orientación de acciones + control de actividades + comunicación con el equipo	0	0 %	1	25 %	0	0 %	0	0 %	1	4.8 %
Supervisión de actividades	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	16.6 %	1	4.8 %
Supervisión de actividades + control de actividades	1	12.5 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	4.8 %
Supervisión de actividades + control de actividades + comunicación con el equipo	0	0 %	1	25 %	1	33.3 %	2	33.3 %	4	19 %
Supervisión de actividades + control de actividades + comunicación con el equipo + otros	0	0 %	1	25 %	0	0 %	0	0 %	1	4.8 %
TOTAL	8	38 %	4	19 %	3	14.3 %	6	28.7 %	21	100 %

5. EVALUACIÓN:

Tabla N° 14: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería en los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según la *realización de evaluaciones por escrito*, en el último año.

EVALUACIONES POR ESCRITO	FA	FR %
Si realiza	17	81 %
No realiza	4	19 %
TOTAL	21	100 %

Tabla N° 15: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según *las actividades de evaluación* llevadas a cabo en el último año.

ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN	FA	FR %
Aplicación de criterios y estándares de evaluación + reorientación de recursos	4	23,5 %
Aplicación de criterios y estándares de evaluación + reorientación de recursos + recoger el grado de satisfacción de los usuarios	3	17,6 %
Aplicación de los criterios y estándares de evaluación + otras	1	5,9 %
Reorientación de recursos	6	35,3 %
Reorientación de los recursos + otras	2	11,8 %
Recoger el grado de satisfacción de los usuarios	1	5,9 %
TOTAL	17	100 %

Tabla N° 16: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el tiempo de egresado de la Facultad de Enfermería en relación a las actividades de evaluación realizadas en el último año.

EVALUACIÓN	TIEMPO DE EGRESADO							
	< 1 año		1 - 5 años		> 5 años		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Aplicación de criterios y estándares de evaluación + reorientación de recursos	0	0 %	2	28,6 %	2	22,2 %	4	23,5 %
Aplicación de criterios y estándares de evaluación + reorientación de recursos + recoger el grado de satisfacción de los usuarios	0	0 %	0	0 %	3	33,3 %	3	17,6 %
Aplicación de los criterios y estándares de evaluación + otras	0	0 %	0	0 %	1	11,1 %	1	5,9 %
Reorientación de recursos	1	100 %	4	57,1 %	1	11,1 %	6	35,3 %
Reorientación de los recursos + otras	0	0 %	0	0 %	2	22,2 %	2	11,8 %
Recoger el grado de satisfacción de los usuarios	0	0 %	1	14,3 %	0	0 %	1	5,9 %
TOTAL	1	5,9 %	7	41,2 %	9	52,9 %	17	100 %

Tabla N° 17: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería en los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según su formación post - graduación en relación a las actividades de evaluación llevadas a cabo en el último año.

EVALUACIÓN	FORMACIÓN POST - GRADUACIÓN									
	Cursos de formación continua		Cursos de formación continua y otros		Otros (jornadas, congresos)		Sin formación postgraduación		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Aplicación de criterios y estándares de evaluación + reorientación de recursos	3	42,8 %	0	0 %	0	0 %	1	25 %	4	23,5 %
Aplicación de criterios y estándares de evaluación + reorientación de recursos + recoger el grado de satisfacción de los usuarios	2	28,6 %	1	33,3 %	0	0 %	0	0 %	3	17,6 %
Aplicación de los criterios y estándares de evaluación + otras	1	14,3 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	5,9 %
Reorientación de recursos	1	14,3 %	1	33,3 %	3	100 %	1	25 %	6	35,3 %
Reorientación de los recursos + otras	0	0 %	0	0 %	0	0 %	2	50 %	2	11,8 %
Recoger el grado de satisfacción de los usuarios	0	0 %	1	33,3 %	0	0 %	0	0 %	1	5,9 %
TOTAL	7	41,2 %	3	17,6 %	3	17,6 %	4	23,5 %	17	100 %

ANEXO Nº 6

FUNCION DOCENTE:

Tabla Nº 1: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el tiempo de egresado de la Facultad de Enfermería en relación a la realización de actividades educativas en el último año.

ACTIVIDADES EDUCATIVAS	TIEMPO DE EGRESADO							
	< 1 año		1 - 5 años		> 5 años		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Realiza	1	100 %	11	100 %	7	77.8 %	19	90 %
No realiza	0	0 %	0	0 %	2	22.2 %	2	10 %
TOTAL	1	5 %	11	52 %	9	43 %	21	100 %

Tabla Nº 2 : Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el tiempo de experiencia en primer nivel de atención, en relación a la realización de actividades educativas, en el último año.

ACTIVIDADES EDUCATIVAS	TIEMPO DE EXPERIENCIA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN							
	< 1 año		1 - 5 años		> 5 años		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Realiza	3	100 %	12	100 %	4	66.6 %	19	90 %
No realiza	0	0 %	0	0 %	2	33.3 %	2	10 %
TOTAL	3	14 %	12	57 %	6	29 %	21	100 %

Tabla Nº 3 : Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según la formación post - graduación en relación a la realización de actividades educativas, en el último año.

ACTIVIDADES EDUCATIVAS	FORMACIÓN POST - GRADUACIÓN									
	Cursos de formación continua		Cursos de formación continua y otros		Otros (jornadas, congresos)		Sin formación postgraduación		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Realiza	6	75 %	4	100 %	3	100 %	6	100 %	19	90 %
No realiza	2	25 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	2	10 %
TOTAL	8	38 %	4	19 %	3	14 %	6	29 %	21	100 %

ANEJO Nº 7

FUNCIÓN DE INVESTIGACIÓN:

Tabla N° 1: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el tiempo de egresado de la Facultad de Enfermería en relación a la realización y/o participación en investigaciones.

INVESTIGACIÓN	TIEMPO EGRESADO					
	1 – 5 años		> 5 años		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Enfermería	1	50 %	1	50 %	2	50 %
Multiprofesional	0	0 %	1	50 %	1	25 %
Enfermería y multiprofesional	1	50 %	0	0 %	1	25 %
TOTAL	2	50 %	2	50 %	4	100%

Tabla N° 2: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según el tiempo de experiencia en primer nivel de atención en relación a la realización y/o participación en investigaciones.

INVESTIGACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN							
	< 1 año		1 – 5 años		> 5 años		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Enfermería	1	100 %	1	50 %	0	0 %	2	50 %
Multiprofesional	0	0 %	0	0 %	1	100 %	1	25 %
Enfermería y multiprofesional	0	0 %	1	50 %	0	0 %	1	25 %
TOTAL	1	25 %	2	50 %	1	25 %	4	100%

Tabla N° 3: Distribución de las/os Licenciadas/os en Enfermería de los centros de salud del MSP, en el departamento de Montevideo, según la formación post – graduación en relación a la realización y/o participación en investigaciones.

INVESTIGACIÓN	FORMACIÓN POST – GRADUACIÓN							
	Cursos de formación continua		Otros (Jornadas, congresos)		Sin formación postgraduación		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Enfermería	0	0 %	1	100%	1	100%	2	50 %
Multiprofesional	1	50 %	0	0 %	0	0 %	1	25 %
Enfermería y multiprofesional	1	50 %	0	0 %	0	0 %	1	25 %
TOTAL	2	50 %	1	25 %	1	25 %	4	100%