



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**TRAYECTORIA DE LAS ENFERMERAS EN LA
GESTIÓN DEL CUIDADO MATERNO INFANTIL
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN
BARTOLOMÉ: 1984 – 2004**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE
DOCTORA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AUTOR: MG. MIRIAM ESTHER ORTIZ ESPINOZA

ASESORA: DRA. YOLANDA RODRÍGUEZ DE GUZMÁN

LIMA- PERÚ

2015

JURADO DE TESIS:

PRESIDENTE : DR. HERNÁN POLO CAMPOS

.....

SECRETARIA : DRA. MARÍA ELENA GAMARRA SÁNCHEZ

.....

MIEMBRO : DRA. CARMEN LETICIA GORRITTI SIAPPO

.....

ASESORA : DRA. YOLANDA RODRÍGUEZ DE GUZMÁN

.....

DEDICATORIA

A Dios,
quien supo guiarme
por el buen camino,
por darme fuerzas
para seguir adelante.

A mis padres,
que me han dado la existencia; y en
ella la capacidad por superarme y
desear lo mejor en cada paso por
este camino difícil y arduo de la
vida. Gracias por que con su
presencia y persona han ayudado a
construir y forjar la persona que
ahora soy.

A mis maestros y amigos;
que en el andar por la vida nos
hemos ido encontrando; porque
cada uno de ustedes ha motivado
mis sueños y esperanzas en
consolidar un mundo más humano
y con justicia. Gracias a todos los
que han recorrido conmigo este
camino, porque me han enseñado
a ser más humana.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis doctoral, si bien ha requerido de esfuerzo y mucha dedicación por parte de la autora y su director de tesis, no hubiese sido posible su finalización sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que a continuación citaré y muchas de las cuales han sido un soporte muy fuerte en momentos de angustia y desesperación.

Primero y antes que nada, dar gracias a **Dios**, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A la Dra. Yolanda Rodríguez de Guzmán, quien con su paciencia y desempeño brindó orientación metodológica para el diseño y ejecución del proyecto.

Agradecer hoy y siempre a mi familia porque a pesar de no estar presentes físicamente, sé que procuran de mi bienestar desde mi lugar de origen, mi querida Arequipa. A mis padres Alfonso y Elva, mi abuelita Rosa, mi tío Gustavo.

A mis compañeros de la sala de doctorandos, por todo el ánimo, por confiar y creer en mí, y sobre todo por su amistad.

A las enfermeras del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", institución donde trabajo, quienes de manera voluntaria participaron y contribuyeron en la entrevista que les realicé.

En general, quisiera agradecer a todas y cada una de las personas que han vivido conmigo la realización de esta tesis doctoral, con sus altos y bajos y que no necesito nombrar porque tanto ellas como yo sabemos que desde los más profundo de mi corazón les agradezco el haberme brindado todo el apoyo, colaboración, ánimo y sobre todo cariño y amistad.

RESUMEN

La presente investigación cualitativa, método histórico social tuvo como Objetivos: Describir los determinantes político sociales que intervinieron en la Gestión de las Enfermeras en el Cuidado Materno Infantil Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (HONADOMANI-SB), 1984-2004. Analizar los hechos y acontecimientos que caracterizaron la trayectoria evolutiva de la Gestión de las Enfermeras en el Cuidado Materno Infantil. Discutir retos y perspectivas para la gestión de las enfermeras en el Cuidado Materno infantil. Los datos se obtuvieron a través del análisis documental y la entrevista abierta a profundidad, Semiestructurada, obteniéndose discursos de 12 enfermeras con cargos jerárquicos en el departamento de Enfermería a través del método de saturación que fueron analizados con el método de análisis de contenido. El escenario de la investigación fue el HONADOMANI-SB. Los resultados se presentan en tres categorías: Categorías Temáticas: Políticas Sociales, Programas Maternos Infantiles y Salud de la Mujer y Niño, Hechos y Acontecimientos que Caracterizaron la Trayectoria Evolutiva de la Gestión de las Enfermeras en el Cuidado Materno Infantil, Perspectivas para la Gestión del Cuidado Materno Infantil. Consideraciones finales: Frente a las altas tasas de morbilidad infantil de nuestro país, en el período de estudio las organizaciones como OMS, OPS y UNICEF implementaron políticas y programas con objetivos específicos de dar atención a la salud de la madre y del niño. La enfermera participó activamente en los lineamientos de política y programas que se dieron. Desde la perspectiva de las enfermeras gestoras del período 1984 al 2004 y por los testimonios analizados dentro de las experiencias vividas durante la gestión podemos determinar que la gestión del cuidado ha evolucionado favorablemente por la preparación de la enfermera en el ámbito universitario a través de las especialidades y a la naturaleza de la propia profesión de liderar, gestionar y brindar un cuidado eficiente y de calidad a través de programas para la atención de la madre y el niño, que han contribuido a disminuir la problemática de salud de este grupo poblacional, teniendo perspectivas para lograr los objetivos del Milenio.

Palabras Clave: Gestión en Enfermería, Cuidados de Enfermería, Salud Materno Infantil

RESUMO

Esta pesquisa qualitativa, o método histórico-social era como objetivos: descrever os determinantes políticos sociais envolvidos na gestão dos Enfermeiros em Materna e Child Care Hospital Mãe Criança Nacional de Ensino San Bartolome (HONADOMANI-SB), 1984-2004. Analisar os fatos e acontecimentos que caracterizaram a trajetória evolutiva dos Enfermeiros de Gestão em Saúde Materna e Infantil. Discutir desafios e perspectivas para a gestão dos enfermeiros no Maternal and Child Care. Os dados foram obtidos por meio de análise documental e entrevista de profundidade aberto, semi-estruturada dar palestras 12 enfermeiros com cargos importantes no Departamento de Enfermagem, através do método de saturação foram analisados utilizando o método de análise de conteúdo. A fase da investigação foi o HONADOMANI-SB. Os resultados são apresentados em três categorias: Tema Categoria: Políticas Sociais, Programas Materno Infantil e Saúde da Mulher e da Criança, fatos e eventos que caracterizaram as enfermeiras Gestão caminho evolutivo em Maternal and Child Care, Perspectivas de Gestão materna e cuidado da criança. Considerações finais: confrontados com altas taxas de morbidade e mortalidade infantil no nosso país, nas organizações período de estudo como a OMS, OPAS e UNICEF implementou políticas e programas com metas específicas para dar atenção à saúde da mãe e da criança. A enfermeira estava envolvido activamente nas orientações políticas e programas foram dadas. A partir da perspectiva de gerentes de enfermagem período de 1984 a 2004 e pelos testemunhos analisados dentro das experiências de gestão, podemos determinar que a gestão de cuidados evoluiu favoravelmente para a preparação do Enfermeira no nível universitário através das especialidades e da natureza da própria profissão para liderar , gerenciar e fornecer , cuidados de qualidade eficiente , através de programas para o cuidado da mãe e da criança , que ajudaram a reduzir os problemas de saúde deste grupo populacional , tendo as perspectivas para alcançar as metas de desenvolvimento do milénio.

Palavras-chave: Gestão de enfermagem, cuidados de enfermagem, Saúde Materno-Infantil.

ABSTRACT

This qualitative research, historical social method was as Objectives: To describe the social political determinants involved in the management of Nurses in Maternal and Child Care Hospital Mother Child National Teaching San Bartolome (HONADOMANI-SB), 1984-2004. Analyze the facts and events that characterized the evolutionary trajectory of Management Nurses in Maternal and Child Care. Discuss challenges and prospects for the management of nurses in the Maternal and Child Care. Data were obtained through documentary analysis and open-depth interview, semi structured give speeches 12 nurses with senior positions in the Department of Nursing through the saturation method were analyzed using content analysis method. The stage of the investigation was the HONADOMANI-SB. The results are presented in three categories: Theme Category: Social Policies, Programs Maternal Child and Health of Women and Child, facts and events that characterized the Evolutionary Path Management Nurses in Maternal and Child Care, Prospects Management Maternal and Child care management. Final Thoughts: Faced with high rates of infant morbidity and mortality in our country, in the study period organizations such as WHO, PAHO and UNICEF implemented policies and programs with specific goals to give attention to the health of mother and child. The nurse was actively involved in the policy guidelines and programs were given. From the perspective of nurse managers period 1984 to 2004 and by the testimonies analyzed within the experiences in management we can determine that care management has evolved favorably for the preparation of the nurse in universities across specialties and the nature of the own profession to lead, manage and provide efficient, quality care through programs for the care of the mother and child, who have helped to reduce the health problems of this population group, with prospects for achieve the Millennium Development goals.

Keywords: Nursing Management, Nursing Care, Maternal and Child Health.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	vi
RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN	1
1.1. Problematización e importancia	1
1.2. Objeto del estudio	15
1.3. Preguntas orientadoras	15
1.4. Objetivos del estudio	15
1.5 Justificación y relevancia del estudio	16
CAPÍTULO II	18
REFERENCIAL TEÓRICO CONCEPTUAL	18
2.1.Contexto Histórico Social del objeto de estudio	18
2.2. Antecedentes Del Problema.	34
2.3. Referencial Conceptual.	44
2.4. Referencial teórico	52
CAPÍTULO III	62
ABORDAJE METODOLÓGICO	62
3.1. Tipo de Investigación	62
3.2. Método de Investigación.	64
3.3. Sujetos de la investigación	66
3.4. Escenario de estudio	68
3.5. Procedimiento de recolección de datos cualitativos	69
3.6. Procesamiento de datos	72
3.7. Consideraciones éticas y de rigor científico	75
3.8. Rigor Científico	76

CAPÍTULO IV	78
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	78
4.1. Resultados	78
4.2. Análisis y discusión de resultados.	80
CAPÍTULO V	128
CONSIDERACIONES FINALES	128
Referencias Bibliográficas	135
ANEXOS	145
Anexo 1. Consentimiento informado	146
Anexo 2. Entrevista semi – estructurada a la enfermera	147
Anexo 3. Guía de entrevista	148
Anexo 4. Ejemplos de entrevistas	149

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1	27
ILUSTRACIÓN 2	30
ILUSTRACIÓN 3	30
ILUSTRACIÓN 4	32
ILUSTRACIÓN 5	32
ILUSTRACIÓN 6	33
ILUSTRACIÓN 7	34
ILUSTRACIÓN 8	56
ILUSTRACIÓN 9	194
ILUSTRACIÓN 10	195
ILUSTRACIÓN 11	196
ILUSTRACIÓN 12	197
ILUSTRACIÓN 13	198
ILUSTRACIÓN 14	199
ILUSTRACIÓN 15	200
ILUSTRACIÓN 16	201
ILUSTRACIÓN 17	202
ILUSTRACIÓN 18	203

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. Problematización e importancia

Desde la década de los noventa se ha venido discutiendo el concepto de gestión del cuidado; sin embargo, aún no hay un consenso que determine con precisión su significado y sus posibles atributos. En épocas recientes se ha venido planteando la relevancia de ahondar en la conceptualización de la gestión del cuidado, el propósito en este estudio es introducir al lector en la importancia y el valor que tiene la gestión exitosa de los cuidados maternos infantiles para el sistema de salud y la sociedad en general. En particular, resaltar la necesidad de transformar la administración tradicional de recursos que hemos venido realizando por una actividad estratégica denominada gestión del cuidado.

En 1991, la investigadora participó en la gestión del Departamento de enfermería en calidad de Jefe del Servicio del Centro Quirúrgico. Seguidamente, en el año 1996, con el mismo cargo en el servicio de Neonatología. Posteriormente, en el año 2001, desempeñó las funciones de enfermera supervisora. Por último, ejerció el cargo de Jefe del Departamento de Enfermería desde el año 2006 hasta abril del año 2013. Esta experiencia le da a la investigadora la oportunidad de reconocer que el papel principal de una Jefe o Gerente o Gestora en enfermería consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de cumplir eficazmente con los objetivos de la institución y por consecuencia mejorar la salud de las personas que acuden a la institución.

También refiere que la enfermera que realiza el papel de gestora debe guiar sus actividades a partir de los conocimientos que brindan las ciencias administrativas, la economía y la política.

Asimismo indica que las teorías y los principios relativos a estas disciplinas son necesarias para la práctica administrativa del cuidado de enfermería. La autora resalta que la enfermera responsable de la gestión también debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. Así, deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos personal de enfermería hacia la mejora del cuidado.

Al respecto: Cortés (1), menciona que la gestión solo se logra mejorando la eficacia, la eficiencia y la calidad, mediante el uso de protocolos basados en la evidencia científica, en los procedimientos de asistencia; además, facilitando la implicación de los profesionales en la gestión, mediante el incremento de su intervención en la toma de decisiones e incentivando el esfuerzo y los resultados, tanto en su competencia clínica como en su gestión y desarrollo de la promoción profesional.

Enfermería en la gestión del cuidado materno infantil tiene la necesidad de desarrollar ventajas competitivas, que sostenibles en el tiempo no se logran fácilmente; hacerlo implica que la enfermera gestora tome conciencia de su rol en el desarrollo de competencias distintivas y dinámicas. La gestión en enfermería tiende hacia un modelo integrado, centrado en el paciente, que simplifique y que mejore las relaciones con todos los profesionales con los que se tiene que interactuar.

La gestión de los cuidados va dirigida a alcanzar el objetivo que busca la práctica de enfermería, esta gestión como proceso recurre a la creatividad, la indagación y la transformación; en este sentido se considera heurística. La contribución de la enfermera jefe, responsable de la gestión en enfermería, es única; representa una acción necesaria para asegurar servicios de salud humanizados y de calidad en un contexto de utilización óptima de los recursos disponibles. De esta manera, las enfermeras responsables de la gestión del cuidado se enfrentan a grandes retos al ejercer su actividad en un entorno caracterizado por múltiples problemas y obstáculos, tales como: el médico con su actitud hegemónica tradicional, personal escaso con predominio femenino, enfrentando a múltiples roles sociales, equipos de trabajo muy heterogéneos en su formación, personal con edad avanzada, ausentismo. Desde este punto de vista, la gestión del cuidado requiere de liderazgo, que permitiera buscar alternativas con un enfoque de gestión dirigido a garantizar la calidad del cuidado a la persona que vive experiencias de salud.

Con los cambios socioeconómicos que actualmente se vienen dando en el sector salud, el asumir un cargo de gestión viene siendo un gran reto, ya que en la actualidad en los hospitales de sector salud se ha incrementado la demanda de pacientes, quienes exigen mejores servicios médicos. En nuestro hospital actualmente estamos enfrentando el problema de la infraestructura inadecuada, lo que determina no cumplir con las normas establecidas, y la falta de recursos humanos.

Valdivia, Mesinas (2), refieren que la década pasada supuso un hito importante para el sector salud a nivel mundial, en la medida que distintos actores, locales e internacionales, tomaron conciencia de la apremiante necesidad de una reforma en el

sector salud de los países en vías de desarrollo, debido a la preocupante situación imperante en dicho sector a principios de los noventa. La alarmante situación de pobreza existente a inicios de la década anterior y la precaria situación de los grupos más vulnerables (niños, madres gestantes y lactantes), también se generaron mecanismos que permitieran transferir recursos a la población menos favorecida, principalmente, a la población en pobreza extrema.

Entre estos mecanismos, gran relevancia poseen tanto los programas alimentarios como los nutricionales, debido a que persisten en nuestra población muchos problemas ligados a la nutrición: anemia, desnutrición crónica, deficiencia de yodo, deficiencia de vitamina A, obesidad y sobrepeso, entre otros. Muchos programas fueron creados y otros fueron fortalecidos.

Por otro lado, para lograr cubrir las necesidades de salud reproductiva de la población, se utilizaron 04 subprogramas que actuaron de manera integrada dentro del marco del Programa de Salud Reproductiva (SR) y Planificación Familiar (PF): El Programa de Salud Materna y Perinatal, que intenta mejorar la cobertura del control prenatal, la atención institucional en el parto y la atención del puerperio; El Programa de Salud Integral del Escolar y el Adolescente, que busca promocionar la prevención de la salud integral, especialmente la salud sexual y reproductiva; El Programa de Planificación Familiar, y por último, El Programa de Control de Cáncer de Cuello Uterino.

La investigadora en su experiencia sindical como Secretaria General del Sindicato de Enfermeras de la institución en el período 2000 - 2003, según el Plan de Trabajo en la línea de capacitación de las enfermeras, convoca a la Junta Directiva y motiva para realizar un evento científico. Al ser compartido con otras colegas, se

concluyó con la aceptación de organizar el I Congreso Internacional de Enfermería en el Área Materno Infantil, con la finalidad de fortalecer los programas maternos infantiles y por ende la gestión del cuidado materno infantil. Concurrieron en dicho evento los pioneros responsables de la implementación del Banco de Leche en Brasil, y del Método Canguro de Colombia. Además de una Enfermera Colombiana especialista en dicho Método generando mucha expectativa¹. La motivación de la convocatoria fue tan positiva, ya que se obtuvo inscripciones en tiempo record², siendo inscritas casi el 95% de las enfermeras del Hospital, gracias también a las facilidades ofrecidas para las participantes, como el descuento por planillas, y autorización de becas semi-integrales.

Este evento congregó a las enfermeras, médicos de diversas instituciones de Lima y otros departamentos del país, dado el abordaje de temas específicos de la salud materna perinatal, constituyó un modelo para lo que serían las actividades programáticas y las políticas de salud recomendadas por la OPS para resarcir los indicadores de morbilidad materno infantil.

Es importante resaltar que en el período de estudio también sucedieron otros hechos relevantes que es necesario mencionar: en el 2004, la profesión de enfermería obtuvo el reconocimiento del IV Nivel³, otorgado por el desaparecido Instituto Nacional de Administración Pública. Gracias a la unión y lucha sindical del cuerpo de enfermería, hecho que determinó el mejoramiento del estatus del enfermero, la superación y compromiso profesional del cuidado de enfermería, haciéndola una

¹ Siendo el más emocionado el Director del Hospital, ya que reconocía que era la primera vez que se organizaba un evento de tal magnitud, tanto así que se comprometió en dar todo el apoyo necesario. Motivando mucho más al equipo organizador siendo planteado para el mes de agosto. Y además el evento era autofinanciado y faltaba ultimar detalles para el evento.

² Evento que fue favorable financieramente, permitiendo la adquisición de la implementación de equipos multimedia para las capacitaciones posteriores y una merecida celebración con los invitados extranjeros.

³ Son niveles escalafonarios de línea de carrera que el Sector Salud otorgaba según la competencia adquirida del profesional.

práctica más comprometida socialmente. Reconocimiento que a su vez remarcaba que tanto los médicos como las enfermeras estaban influenciados hacia una política sanitaria, orientada a la práctica curativa.

La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña. En consecuencia la gestión de enfermería, debe de ir de acuerdo a la evolución del contexto social en la que está inserta, permitiendo una visión de la clara contribución social que ejerce, válido para la comprensión y cambio de paradigmas en las instituciones de la salud, tal como lo señala Collière (3).

Por lo tanto, los cuidados de enfermería solo tienen sentido si se toma conciencia de que se insertan en un contexto social que ellos imprimen y que les condiciona. Bien sea por las tecnologías utilizadas, por el tipo de jerarquía social que crean, por las formas institucionales que instauran, por la organización de trabajo resultante, o bien por el alcance social del cuidado, los cuidados de enfermería tienen una enorme influencia social, incluso si no se tiene conciencia de esta influencia o incluso si apenas se comprende.

En la década de los ochenta se inicia una efectiva educación formativa de la Enfermera Sanitarista, surge la especialidad de enfermería en atención materno-infantil, inmunizaciones en el menos de 5 años, además de los aspectos sobre nutrición, centrando su atención a la embarazada y al niño; sin embargo, el modelo de atención era insuficiente, no cubría las necesidades de salud dando como consecuencia que la mortalidad materna e infantil continuaran siendo las primeras causas de muerte general.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud, indica que la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Según estimaciones, en el año 2000 la tasa de mortalidad materna, que mide el número de defunciones de mujeres como consecuencia de complicaciones relacionadas con el embarazo por cada 100 000 nacidos vivos, fue de 400 para todo el mundo. El desglose por regiones indica que la tasa más elevada se registró en África - 830, seguida por Asia - 330, excluido el Japón; Oceanía - 240, excluidos Australia y Nueva Zelanda; América Latina y el Caribe - 190, y los países desarrollados - 20. El 70% de todas las defunciones maternas se registraron en 13 países en desarrollo. El mayor número de defunciones maternas se registró en la India, con 136 000 casos, seguida por Nigeria, con 37 000 (4).

A pesar de las mejoras globales en la salud materno-infantil y aumento de la esperanza de vida en la región de América Latina, la inequidad permanece como problema crucial. Existe información publicada que muestra que los mejores indicadores en salud materna, del recién nacido y del niño ocurre en mujeres con mejor situación socio-económica, estas diferencias se observan dentro y entre los países de la región. En el contexto del logro de los Objetivos Materno Infantiles del Milenio - ODM 4 y 5, es crucial la diseminación de las experiencias de los países con indicadores más favorables de la región.

Según lo explica Valdivia y Mesinas (5), La salud materno-infantil sigue siendo uno de los temas más preocupantes en el Perú en este nuevo siglo. Aunque la información de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) revela avances significativos en el acceso a servicios de salud por parte de las mujeres y los niños durante la década pasada, los niveles de mortalidad y desnutrición son aún muy

altos, y las desigualdades por nivel socioeconómico, etnicidad y lugar de residencia (urbano/rural) aparecen como intolerables para una sociedad democrática.

Del Carpio (6), refiere que en el Perú, la razón de mortalidad materna ha ido disminuyendo, en el año 2000 se tuvo 185 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos; mientras que en el año 2010 se notifican 93 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, la hemorragia es la primera causa de mortalidad materna. La cobertura de atención se ha incrementado en los últimos años pero todavía es necesario mejorar la capacidad de respuesta oportuna y de calidad de los servicios de salud. La mortalidad materna en el Perú está relacionada con la inequidad y la falta de empoderamiento de las mujeres para ejercer sus derechos, en especial los sexuales y reproductivos. Si bien se evidencia que las razones de mortalidad materna han disminuido durante los años 2000 a 2012, esta disminución no ha sido igual en todas las regiones del país.

Tal como lo detalla Díaz y Valdivia (7), la mortalidad materna, alcanzaba los 165 casos por cada cien mil niños nacidos vivos en el año 2000, uno de los niveles más altos en América Latina, solo por debajo de Bolivia y Haití. Asimismo, aunque la mortalidad infantil ha bajado de 76 por mil niños nacidos vivos en 1986 a 33 en el 2000, esta tasa es el doble en zonas rurales que en espacios urbanos. La desnutrición crónica infantil, por otro lado, no ha mostrado mejoras importantes, y las desigualdades son aún mayores que en el caso de la mortalidad infantil.

En el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé la tasa de mortalidad neonatal en el año 2000 fue de un 8% de nacidos pre término, y un 1,7% de nacidos a término, en el 2001 la tasa baja a un 7,2% de nacidos pre término y a un 1% de nacidos a término, en el año 2002 se observa un descenso en los nacidos pre

término a un 6,3% y un 0,6% en nacidos a término; mientras que para el año 2003 se mantiene el valor de nacidos pre término a un 6,3%; mientras que se evidencia un alza en los nacidos a término a un 1,6% en el año 2004 se evidencia un incremento del 9% de nacidos pre termino y 1,9%.en nacidos a término. La razón de mortalidad materna en el año 92 es 66,7; observándose un descenso en el 93 a un 36,5; elevándose en el año 96 a un 69,3; luego se logra un descenso en el año 99 a 0; para el año 2004 se evidencia un incremento de 31,4 (8).

Contreras (9), sostiene que la búsqueda continua de la mejora en la eficiencia y equidad conlleva la introducción de cambios en la forma de organizar y gestionar los servicios de salud, que requieren la aplicación de estrategias e instrumentos basados en enfoques innovadores. No obstante, las innovaciones deben ser aplicadas de modo sistemático y analizadas de la misma manera, para poder así determinar si contribuyen realmente, y en qué medida, a los objetivos que se persiguen.

A lo largo del tiempo, el profesional en Enfermería ha ido desarrollando una serie de objetivos que orientan el quehacer diario de la gestión clínica como: mejorar la calidad de la práctica clínica, mediante la incorporación de la evidencia científica disponible, que asegura el mejoramiento de la calidad global en los procesos; orientar el proceso en la toma de decisiones clínicas oportunas, en beneficio del o la paciente y propiciar el empleo adecuado de las tecnologías médicas. A menudo, el uso de las tecnologías es excesivo, por lo cual se expone a los y las usuarias a procedimientos, diagnósticos y terapias que no suponen beneficio suficiente ni un trato personalizado. La gestión en Enfermería no debe resultar afectada, por el contrario,

debe garantizarse la atención integral con las mejores condiciones, dentro del menor tiempo posible.

Sandra y Rúaless (10), refieren que gestionar el cuidado implica la construcción permanente de un lenguaje enfermero y su posicionamiento en las organizaciones sociales y de salud. Esto requiere de una conceptualización de la categoría proceso vital humano y la integración que desde la gestión se da el proceso de la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. Implica además, el cuidado como un acto comunicativo que requiere de conocimientos científicos, tecnológicos y del contexto cultural donde viven, se recrean y enferman los sujetos del cuidado. La gestión debe dar cuenta del impacto y resultados del cuidado en los individuos y los colectivos; debe monitorear permanentemente la percepción de estos como elementos fundamentales para garantizar la calidad humana, científica y técnica.

Zarate (11), sostiene que la dirección de los cuidados de enfermería debe tener una visión clara y explícita de la disciplina de enfermería con el fin de contribuir de manera distinta a la solución de los problemas relativos a los cuidados, a los pacientes, su familia y al personal. La dirección de los cuidados tiene la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, seleccionar prioridades, elaboración de políticas, selección del personal con excelente formación en cuidados de enfermería, desarrollar la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería.

La gestión de Enfermería en las instituciones de salud es apreciada desde diferentes posiciones de forma simultánea, en las que se demuestran distintos grados de responsabilidad en las enfermeras asistenciales y aquellas con cargos administrativos, tal como lo enuncia Troncoso (12).

Esto conlleva al planteamiento de nuevos estilos de gestión, dirigidos a un cuidado personalizado, de individuos que “viven experiencias de salud”. De este modo, el cuidado enfermero se convierte en específico, individual y contextual.

Al hablar de las actividades que realiza la enfermera en función del paciente estamos afirmando que se planifiquen los recursos, se organicen los servicios asistenciales teniendo en cuenta sus criterios, propiciando la participación en la toma de decisiones que pueden influenciar en la calidad de los cuidados que prestamos, se debe pensar en el paciente como eje central del servicio lleva implícito el enfoque social y humano de los cuidados de enfermería, que no necesariamente contradicen el uso cada vez mayor de tecnologías de avanzada en salud, Las relaciones y concepciones de la disciplina de enfermería son un componente del ejercicio de la gestión del cuidado, ya que este no se ejerce solamente con los recursos que le dan las teorías de la administración.

El gestor de enfermería en su actuar desarrolla habilidades que permiten unificar los conocimientos teóricos y conceptuales con la práctica, en función del logro exitoso de la misión. Para ello las acciones están encaminadas a contribuir y garantizar la confianza de pacientes y familiares, desarrollar al máximo la comunicación y el liderazgo para el desarrollo de su labor. Como parte de las capacidades o requisitos necesarios se encuentran el dominio del área o servicio a su cargo, así como la planeación de los resultados que se esperan lograr. De igual manera debe reconocer las posibilidades de conflictos e incertidumbre ante cada evento o situación que se desee modificar. El trabajo en equipo debe constituir el hilo conductor para que los esfuerzos y logros sean directamente proporcionales. Según Meleis (13).

La gestión del cuidado es ejercida con los recursos que da la administración y con las concepciones propias que da la disciplina de enfermería, es "un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

La reforma del sector salud obliga a la enfermería a producir y asumir un protagonismo positivo que permita cambiar las actuales formas de intervención en este sector. Las enfermeras para ser agentes de cambio deben comprender la naturaleza social de las instituciones a la cual pertenecen así como la naturaleza y velocidad de los cambios sociales que contribuyen significativamente para modificar los procesos de socialización organizacional, por lo tanto debe haber cambios en relación a la gestión del cuidado, haciendo que este sea holístico trascendiendo de lo psicobiológico hacia lo espiritual, sociocultural y ambiental. Históricamente la evolución de la profesión de enfermería se ha visto influenciada por los cambios políticos sociales y culturales de los últimos tiempos, adecuándose a la demanda social para satisfacer las necesidades en salud que la población exige.

Según González (14), quien señala que el conocimiento, análisis y reflexión sobre la salud y sus implicaciones sociales, políticas y educativas constituyen uno de los referentes más importantes para el desarrollo de una filosofía de los Cuidados de Enfermería que, indudablemente, dará lugar a un desempeño profesional enmarcado en el enfoque de Promoción de Salud. Ella sostiene que es necesario una acción investigadora en todo lo que supone la búsqueda de evidencias que expliquen los problemas de salud, la efectividad de los cuidados que se dispensan o la identificación de situaciones sociales, económicas, educativas y medioambientales

que fomentan la Salud. Por tanto, descubrir las áreas de inequidad, las desigualdades en Salud o una prestación de servicios sin la calidad requerida es algo fundamental para mantener y aumentar el nivel de salud.

González (14), concluye sosteniendo que la Salud, recurso imprescindible para la vida, se proyecta como una responsabilidad social, política y educativa. Por tanto, como un derecho que, individual y comunitariamente, tenemos que defender en todas y cada una de sus dimensiones. No olvidemos que la Historia nos demuestra que los logros en Salud no son permanentes a no ser que el conjunto de la sociedad exija, controle e impulse los cambios sociales, políticos, económicos y educativos necesarios que garanticen el principio de equidad en Salud.

En el Perú, los gobiernos han enfrentado la paradoja de una abundante riqueza natural y una profunda pobreza. El gobierno militar de izquierda en los años 60 y 70 nacionalizó las empresas mineras y petroleras extranjeras, inauguró un programa radical de reforma agraria impulsando un proceso de industrialización. Se esperaba que esto condujera a un desarrollo más equilibrado que permitiera una mejor redistribución del ingreso de la riqueza. Pero este intento falló y contribuyó más bien a acumular una deuda impagable. Luego los gobiernos reversionaron un modelo más tradicional de incentivo a las exportaciones, reivindicando la idea de que la iniciativa y la propiedad privada son la mayor garantía para que la gente salga de la pobreza.

Según Bárdales (15), sostiene que en las últimas dos décadas los factores sociales en general, y los sistemas de salud, determinan la salud infantil y materna, perpetuando las desigualdades sociales y de salud, tanto en los países en desarrollo como en particular en el Perú. Un aspecto de particular importancia es la necesidad de pasar del análisis de los factores individuales, familiares y del entorno

socioeconómico que se correlacionan con una buena o mala salud de las mujeres y sus niños, a un enfoque que nos permita identificar relaciones de causalidad. Esta diferenciación es fundamental para una identificación adecuada del tipo de políticas públicas que pueden ayudar a mejorar la salud de las generaciones futuras. Para ello, es importante utilizar de manera más creativa las opciones metodológicas que se han venido desarrollando, especialmente aquellas que se basan en el aprovechamiento de algún experimento natural, o en diseños experimentales que permiten establecer de manera rigurosa el impacto de una determinada intervención o programa social o de salud.

Bardales (15), sostiene que el Perú ha sufrido desde hace más de dos décadas serios problemas estructurales en su economía. La década de los 80 se caracterizó por hiperinflación y la pérdida progresiva de la capacidad productiva del país. A inicios de la década de los 90 se aplicó medidas económicas ortodoxas orientadas al control de la inflación y a la liberalización de los mercados, con las cuales se contuvo la inflación y se experimentó un transitorio crecimiento económico entre los años 1993 y 1997, luego de lo cual se entró a una persistente recesión, que ha comenzado a revertirse desde el 2002. Por todo ello, el rostro social del Perú de hoy es el de una población básicamente urbana, joven, subempleada y pobre. En las periferias de las ciudades y comunidades dispersas en las áreas rurales de la sierra y de la selva se concentran enormes bolsones de pobreza y postergación.

En estos últimos 20 años periodo del estudio, se caracterizó por la consolidación de la democracia en el Perú, esta etapa fue muy beneficiosa para la Salud Pública, debido a la gran preocupación existente a nivel internacional por la Salud Materno Infantil, diseñándose e implementándose políticas y programas Maternos Infantiles a

nivel mundial, teniendo como principal objetivo disminuir la morbimortalidad materna. El Perú no fue indiferente a las iniciativas mundiales e implementó políticas y programas supranacionales en los diferentes ministerios.

Es desde esta interrogante que surge la motivación de resolver el siguiente problema: ¿Cuál es la Trayectoria de las enfermeras en la gestión del Cuidado Materno Infantil en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”:1984 – 2004?

1.2. Objeto del estudio

Trayectoria de las Enfermeras en la Gestión del Cuidado Materno Infantil Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé": 1984 a 2004.

1.3. Preguntas orientadoras

Las preguntas que orientaron el presente estudio fueron:

- ¿Cuáles son los determinantes políticos sociales que intervinieron en la Gestión de las Enfermeras en el Cuidado Materno Infantil Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” periodo 1984-2004?
- ¿Qué hechos y acontecimientos caracterizaron la trayectoria evolutiva de la Gestión de las Enfermeras en el Cuidado Materno Infantil Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” periodo 1984 -2004?

1.4. Objetivos del estudio

Describir los determinantes político sociales que intervinieron en la Gestión de las Enfermeras en el Cuidado Materno Infantil en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” periodo 1984-2004.

Analizar los hechos y acontecimientos que caracterizaron la trayectoria evolutiva de la Gestión de las Enfermeras en el Cuidado Materno Infantil en el

Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” en el periodo 1984 -2004. Discutir retos y perspectivas para la gestión de las enfermeras en el Cuidado Materno infantil en el HONADOMANI-SB.

1.5 Justificación y relevancia del estudio

Este estudio insertado en la línea de investigación “Historia de la enfermería Peruana” se propone contribuir haciendo que se comprenda la trayectoria de la enfermera en la gestión del cuidado materno infantil. La imagen y función de Enfermería ha sido objeto de diversas transformaciones; pues esta, se desarrolla en un contexto de permanente cambio, el cual distingue valores como: unión, perseverancia, autorrealización, trabajo en equipo, liderazgo entre otros.

Esta investigación también se justifica porque al conocer la Trayectoria de las enfermeras en la Gestión del Cuidado Materno Infantil se hace evidente el rol de la enfermera en su acción social en la mejora de los índices de la morbilidad materna infantil. El posicionamiento de la enfermera ante la sociedad se ha dado a través del ejercicio de los programas de Madre Canguro, Alojamiento Conjunto y Madre Acompañante siendo el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé un centro pionero y docente de estos programas.

La contribución intelectual obtenida a partir de la historia, constituye una herramienta capaz de conducir y sustentar la legitimidad, autoridad y autonomía de la profesión. Siendo relevante este estudio por la intención de generar fuentes documentarias que fortalezcan la concientización de las enfermeras en relación a la importancia de documentos de la historia de la profesión en el Perú. De igual modo, se espera que los hallazgos, sirvan como punto de partida para la reflexión y el desarrollo de estrategias para fortalecer las políticas de cuidados a nivel hospitalario

promoviendo el avance en programas educativos con perspectiva transcultural y pertinencia social y académica Galeano (16).

El cuidado se llega a visibilizar poco por las distintas actividades que no están directamente relacionadas con una gestión de cuidados. Sin embargo, los enfermeros están llamados a hacer frente a los pacientes, encontrando maneras de preservar su práctica con los recursos que proporciona la administración, permitiendo generar cambios que generen la satisfacción de la sociedad. De aquí se desprende la importancia de hacer el estudio teniendo en cuenta el vacío conceptual que hoy prevalece a pesar de que algunos países como Chile han establecido el concepto de Gestión del Cuidado dentro de la reforma sanitaria de salud como una función netamente de enfermería. Desde el día a día de las enfermeras se hace necesario comprender como se desarrolla esa práctica, las experiencias que viven desde su gestión permitirá reconocer las intervenciones y hacer un aporte a la ruta conceptual de la gestión del cuidado.

Watson (17), afirma que: “Es fundamental que la enfermería se adhiera a una perspectiva que no la suelte de los significados, las intuiciones y la pertinencia de su estética, la ética, la ciencia y la práctica”.

Describir e interpretar el significado de la experiencia de la gestión del cuidado permite un acercamiento a la ruta conceptual. Conocer las vivencias de las enfermeras del día a día, permitirá la construcción y análisis de un nuevo significado de la gestión del cuidado de la organización de enfermería.

CAPÍTULO II

REFERENCIAL TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Contexto Histórico Social del objeto de estudio

2.1.1. Determinantes Político Sociales de la Salud Materno Infantil

Algunas instituciones, principalmente norteamericanas y canadienses con clara filosofía, formularon e implementaron una serie de programas dirigidos a América Latina con objetivos específicos de dar atención a la salud de la mujer. Uno de los programas fue la planificación familiar en América Latina fue aplicada con claras líneas de imposición, es decir, con autoritarismo y coerción.

Como se observa, la preocupación y movilización mundial para proteger a la población materno infantil fue grande. Las políticas y programas se dirigieron básica y fundamentalmente hacía la protección de la infancia, lo cual sin duda fue importante, es más, debió darse mayor y mejor atención a esta población, ya que la infancia es otro de los grupos discriminados por la sociedad. Todavía los Programas de Atención a la Salud Materno Infantil y Planificación Familiar están muy distantes de una atención real a la salud de la mujer, puesto que toman como base el proceso biológico de formación, crecimiento y desarrollo del ser humano, tomándolo como prioritario dentro de sus acciones.

Para reducir las elevadas tasas de morbilidad materna, surge el Programa de la Maternidad Saludable y Segura, en el año 1987 en donde las Naciones Unidas convocaron la Primera Conferencia Mundial en Nairobi (Kenia), que formuló un "Llamado a la Acción" para reducir los riesgos de embarazo y disminuir la mortalidad materna. Esta iniciativa fue liderada por un Grupo Interagencial, compuesto por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

(PNUD), el Fondo de actividades de Población (FNUAP), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), El Consejo de Población y el Banco Mundial (18).

En el año 1994, se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo “CIPD”, en Cairo del 5 al 13 de setiembre. La CIPD adoptó un programa de acción para los veinte años siguientes, especificando un conjunto de metas que todos los países se comprometieron a conseguir, en el área de salud, mejora de la condición de la mujer, y del desarrollo social. Los objetivos fijados fueron:

- Permitir antes del 2015 el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar y la salud sexual.
- Asegurar la educación primaria para todos antes del 2015 e intentar suprimir la diferencia entre las tasas de escolarización de los niños y de las niñas en la enseñanza en la enseñanza primaria y secundaria.
- Reducir a menos de 35 por mil de nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil y a menos de 45 por mil la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años antes del 2015.
- Disminuir las tasas de mortalidad materna de 1990 a la mitad antes del 2000, y otra vez a la mitad antes del 2015 (19).

El 5 de setiembre del 2000 fue declarado como la Asamblea del Milenio, que reunió a 191 países, incluyendo a 147 jefes de Estado y de gobierno, en la sede de las Naciones Unidas. Los objetivos acordados en esta Cumbre, se conocen ahora como los "Objetivos de Desarrollo del Milenio"(los ODM) de estos Objetivos, dos son

relacionados con la madre y el niño: Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años y Objetivo 5. Mejorar la salud materna (20).

Díaz (21), sostiene que la salud materno-infantil sigue siendo uno de los temas más preocupantes en el Perú de este nuevo siglo. Aunque la información de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) revela avances significativos en el acceso a servicios de salud por parte de las mujeres y los niños durante la década pasada, los niveles de mortalidad y desnutrición son aún muy altos, y las desigualdades por nivel socioeconómico, etnicidad y lugar de residencia (urbano/rural) aparecen como intolerables para una sociedad.

Díaz (21), indica que los factores sociales, y los sistemas de salud, determinan la salud infantil y materna, perpetuando las desigualdades sociales y de salud en los países en desarrollo como en particular en el Perú, contextualiza que el reto de aumentar la eficiencia para atender la problemática de salud de nuestras poblaciones actuales y futuras es particularmente importante dada la persistencia de la pobreza en el Perú, cada vez es más clara la necesidad de trabajar en la construcción de sistemas de información que permitan evaluar el impacto de las diferentes opciones de reforma de la política económica y social sobre la salud de los menos favorecidos, información acerca de las redes familiares y sociales para entender la forma como se transmiten intergeneracionalmente los determinantes de la salud materno-infantil. El entendimiento de estos procesos es fundamental para establecer cómo los cambios demográficos de las últimas décadas, incluidos los procesos migratorios hacia las ciudades y el extranjero, así como los asociados al tamaño, la estructura y la funcionalidad de la familia, afectan el desarrollo de los niños y la realización de las mujeres dentro y fuera del hogar.

Según Bermejo (22), el grupo materno-infantil ha sido considerado el grupo más importante en la organización de los servicios de salud, los primeros programas de salud que se establecieron en el país, después de los programas de control de enfermedades transmisibles, fueron los de salud materno-infantil. En el Perú, la protección de la salud del binomio madre-niño comenzó con el establecimiento de las clínicas prenatales, postnatales y de salud infantil. Poco después, se coordinaron las actividades de dichas clínicas con los hospitales para proporcionar atención institucional a las parturientas. El primer Programa de Salud Materno-Infantil se llevó a cabo con la asesoría de la OPS y la colaboración financiera del UNICEF, en el área Lima-Pativilca-Huaraz. El Programa ofreció atención prenatal, en el parto y en el puerperio a las mujeres embarazadas de esa área; se efectuaron actividades de vacunación antivariólica, triple y BCG. También se llevó a cabo el control de crecimiento y desarrollo de los menores de dos años de edad, para ello se promovían las visitas periódicas a las madres y niños por el médico y las enfermeras de salud pública.

Bermejo (22), refiere que con el apoyo de la OPS/OMS, UNICEF, AID y el Rotary Internacional se creó el Programa Especial de Supervivencia Infantil que fue uno de los cuatro programas especiales de ámbito nacional, en el 2004. La Presidencia del Consejo de Ministros, el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud promovieron para las zonas críticas del Perú tres objetivos básicos: 1. Reducir la desnutrición infantil en menores de 2 años en poblaciones de los quintiles 1 y 2 de pobreza; 2. Reducir los niveles de anemia en la población materno-infantil de los quintiles, 1 y 2 de pobreza; 3. Reducir la mortalidad materna y perinatal en poblaciones de los quintiles 1 y 2 de pobreza con prioridad en zonas rurales de sierra y selva. En el 2006 se creó la Iniciativa contra la Desnutrición Infantil (IDI).

En 1999 en un programa llamado “Buen Inicio” se comenzó a implementar en tres regiones de los Andes peruanos (Cusco, Cajamarca, Apurímac) y una región de la selva del Amazonas (Loreto), como una colaboración entre el gobierno de Perú, USAID y UNICEF. En el 2004, el programa atendió aproximadamente 75 000 niños menores de 3 años y 35 000 mujeres embarazadas y lactantes de 223 comunidades rurales. La evaluación realizada entre 2000 y 2004, demostró que en las comunidades atendidas por el programa la prevalencia de baja talla para la edad entre los niños menores de 3 años de edad disminuyó, mientras que las tasas de anemia también disminuyeron. La evidencia generada por este y otros proyectos similares, constituyeron la base para la estrategia nacional CRECER contra la desnutrición crónica infantil lanzada en el 2007, la cual continúa a través de la estrategia “Incluir para Crecer” en la presente administración (23).

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental consagrado en la Constitución Política del Estado, en los Tratados y Convenios Internacionales; por lo tanto todas las personas deben tener la posibilidad de acceder a la salud y se debe impulsar la modernización del sector hacia la oferta de servicios integrados del sistema de salud, que permitan tener una organización con orden y efectiva (24).

Estrada (25), menciona que en la década del 90, las políticas de salud en el Perú fueron formuladas en base a la reforma del Sistema de Salud, a través de la regionalización y descentralización como estrategia para lograr mudanzas en el país, planteando la reorientación del modelo de atención para lograr una mejor atención con una mayor cobertura de la población. Se tomaron como líneas de principios la solidaridad, equidad y universalidad.

La Dirección de Salud Materno Infantil y Población definió estrategias y líneas de acción para lograr cambios en las tasas de riesgo en las mujeres en edad reproductiva, así vemos que a través del Programa de Atención a la Salud Materno Infantil se brindó atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, enfatizando el control del embarazo de alto riesgo con el propósito de disminuir la mortalidad materna, prenatal y neonatal y a la vez disminuir el número de niños de bajo peso al nacer. Por tanto, si el País no supera la grave crisis socio económica y política, si no cambia su filosofía de trabajo y si los gobernantes no cambian la ideología dominante de considerar el gasto social y de salud como improductivos, difícilmente se lograrán los objetivos propuestos que, aunque insuficientes para la atención integral de la Salud de la mujer, significan una esperanza para mejorar la atención de uno de los grupos más vulnerables y discriminados de la población.

En cumplimiento a los lineamientos de política dados para la salud materna infantil en el año 1984, el líder de Izquierda Unida Alfonso Barrantes Lingan quien tenía claro que su primera tarea municipal era ayudar a los más pequeños de las zonas marginales del país, el 30 de marzo de 1984 inauguró el programa social “El vaso de leche”, distribuyéndose 50 mil raciones diarias en diversos Pueblos Jóvenes. En diciembre de 1984, las raciones llegaban a 600 mil y en marzo de 1985, a un millón, según la Contraloría General de la República:

La Nutrición es fundamental en el ser humano, iniciándose desde el desarrollo adecuado del feto (que depende de la situación nutricional de la madre) y continúa durante los primeros años de vida, dado que la desnutrición crónica aumenta rápidamente con la edad mostrando los efectos acumulativos del retraso en el crecimiento y desarrollo entre los niños próximos a cumplir 5 años de vida (26).

En el marco del Plan Nacional de Acción por la Infancia, en el año 1992, el Perú elabora un plan de promoción y apoyo a la lactancia, sin embargo para reforzar estas actividades, el Ministerio de Salud adopta la Iniciativa IHAN modificando el nombre a Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (IHAMN). En 1993 se pone en marcha el Plan de Implementación de los Diez Pasos para la Lactancia Exitosa en los servicios de salud, incluyéndose la capacitación al personal de salud. Se inicia así la certificación de Hospitales Amigos (27).

En febrero, de 1996 con Resolución del Ministerio de Salud 071-96, se oficializa el Programa Salud Reproductiva y Planificación Familiar, que plantea misión, objetivos, metas, estrategias, líneas de acción y actividades que el Sector deberá implementar para mejorar el estado de la salud reproductiva de las personas en todas las etapas de su vida, reconociendo su condición de derecho humano y social fundamental. A pesar que el concepto de salud reproductiva (SR) incluye, sin agotarlo, al programa y actividades de Planificación Familiar, el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar que forma parte del presente Programa Nacional de Población orienta las acciones intersectoriales que contribuyen al logro del objetivo de salud integral planteado por la política de salud (28).

En el año 1998 el Ministerio de Salud (29), asumió este compromiso, declarando la tercera semana de mayo, de cada año, como la "Semana de la Maternidad Saludable y Segura", con la finalidad de sensibilizar, motivar y comprometer a todas las instituciones públicas y privadas, así como a la población en general, en el tema de la maternidad sin riesgos.

El Ministerio de Salud (29), refiere que en 1999, por resolución ministerial, del 8 de febrero, se constituyó en el Ministerio de Salud, el Comité Nacional de Prevención de la

Mortalidad Materna y Perinatal, dependiente del despacho ministerial, conformado por los siguientes funcionarios: el Viceministro de salud, quién lo preside; el Director general de salud de las personas; el Director general de epidemiología; el Director general de financiamiento, inversiones y de cooperación externa; el Director general de estadística e informática; el Director del Programa de Salud Materno Perinatal; y el Director del Programa de Planificación Familiar. El Programa de Salud Materno Perinatal, actuará como secretaría técnica del Comité.

En el periodo 2000 y 2005 se estableció el programa “Fundamentos para Mejorar las Emergencias Maternas” (FEMME) se puso en marcha en Ayacucho. El programa se dirigió a cinco instalaciones y tenía por objeto promover un enfoque basado en los derechos a la salud y fortalecer la capacidad funcional de los establecimientos. Los componentes clave de la intervención FEMME incluyen: el desarrollo de protocolos y directrices de emergencias obstétricas y cuidado del recién nacido (EmOCRN) basados en la evidencia y culturalmente apropiados; capacitación y formación de profesionales de la salud; salud basada en la comunidad fortalecida y formación de un Comité Multisectorial para la Reducción de la Mortalidad Materna; este programa en el periodo 2000 y 2004 logró una reducción de la tasa de letalidad y una reducción en las muertes maternas. FEMME recibió apoyo político regional y nacional significativo, dado que directrices y protocolos fueron incorporados en los planes de estudios para las instituciones de obstetricia y enfermería en Ayacucho. Partes del programa se ampliaron a nivel nacional dado que el MINSA introdujo protocolos y directrices clínicos de FEMME en el marco nacional (30).

El HONADOMANI-SB, desde su creación enfrentó los cambios ocurridos que ayudaron al fortalecimiento de las necesidades de salud de los usuarios, es así que

desde el año 1983 y ante el crecimiento de la demanda social, pasa a ser un Hospital Especializado Materno Infantil “San Bartolomé”, actualmente es un hospital de referencia nacional con categoría III -1 del tercer nivel de atención, que brinda atención especializada a la Madre, el Niño y el Adolescente.

ILUSTRACIÓN 1



Fuente de datos: revista el Galeno N°2

Urquiza (31), Desde 1985 en el HONADOMANI-SB no se indican leches artificiales “especiales”, ni sueros glucosados, porque hay innumerables estudios en los que se demuestran que el prematuro o el RNBP no las necesitan y la mejor prueba son sus bajos indicadores de morbilidad y mortalidad del prematuro. Dentro de las dos primeras horas de vida del prematuro canguro se inicia la alimentación solo con calostro, de su propia madre. Esto ha permitido lograr una pronta recuperación del peso del prematuro, y se ha disminuido significativamente la presentación de la enterocolitis necrotizante (NEC), sepsis y meningitis, que son muy frecuentes en los prematuros.

Urquiza (31), también refiere que en el año 1987 en el HONADOMANI-SB.se inicia el programa Madre Canguro como respuesta a disminuir las altas tasas de mortalidad perinatal sobre todo de los RN prematuros; este hospital es la sede nacional de capacitación en el método canguro del Ministerio de Salud. El contenido de proteínas, sodio, cloro y hierro es mayor en la leche de la madre de un niño prematuro que en la leche de una mamá con un niño a término.

En el año 1992 Fuentes (32), Director general del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé emite la Resolución Directoral N° 004-D-HMI-SB-92, del 04 de julio, delineando la política de salud para el hospital, asume el compromiso en apoyo a la lactancia materna: cumplir con los diez pasos de la lactancia materna para conseguir la certificación internacional de Hospital Amigo del Niño tal como se llamaba por entonces. En el año 1994 el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé es certificado por el Ministerio de Salud como un Hospital Amigo de la Madre y del Niño por cumplir con los diez pasos de la Lactancia Materna. En los últimos 20 años, en el HONADOMANI San Bartolomé se ha desarrollado una estrategia integral que incluye el enfoque de riesgo, la historia clínica perinatal, el sistema informático perinatal (SIP 2000), la lactancia materna exclusiva (LME), el método canguro, y la estimulación temprana con participación de la madre, padre y/o abuelos, en el cuidado del recién nacido de riesgo; logrando disminuir significativamente la morbilidad y secuelas de los recién nacidos prematuros y RNBP.

Hernández (33), el proyecto 2000, programa creado para solucionar la problemática materno infantil, incluyó al Hospital “San Bartolomé” como un centro piloto para la capacitación e implementación de procesos de mejora en la atención de la madre gestante y el neonato.

Vallejo (34), refiere que en relación a enfermería la OPS/OMS en 1970 conjuntamente con el gobierno peruano realizó una reunión de Trabajo de gran resonancia para América Latina, se esbozaron las líneas directrices para hacer efectiva la participación de la enfermería en la planificación de salud. En la década de los 70, la OPS promovió un cambio en la tendencia de la enfermería hospitalaria: de un

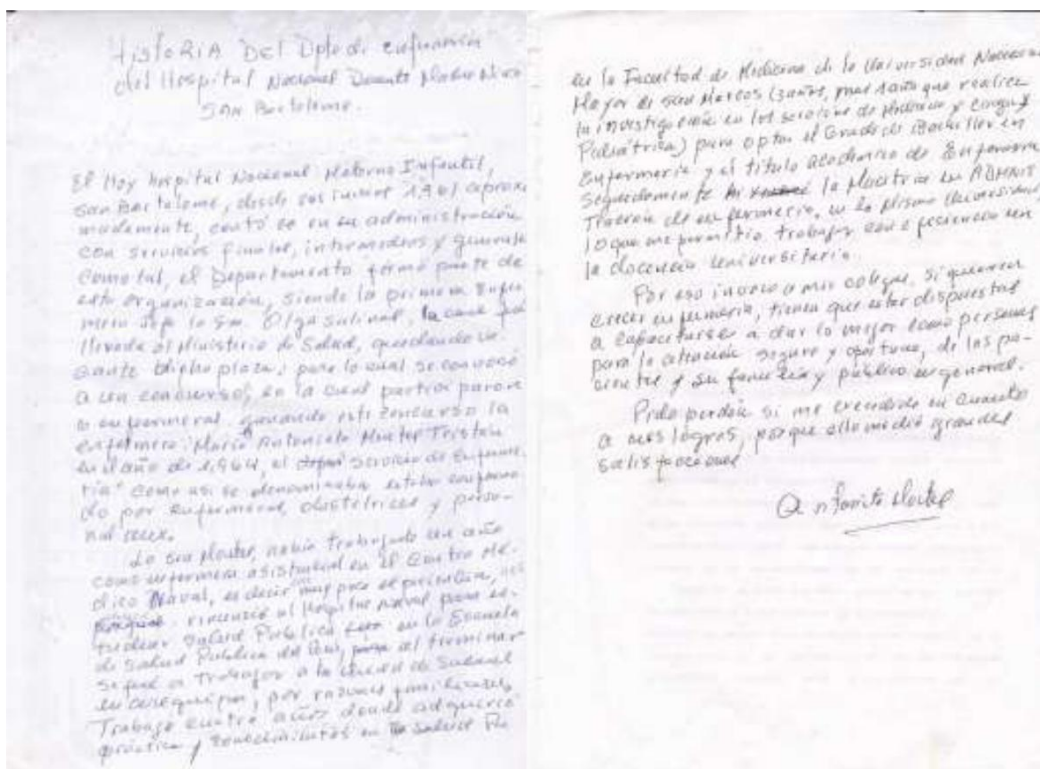
enfoque administrativo anterior a uno clínico, siguiendo los progresos científicos, tecnológicos y educacionales. Surgieron cursos de especialización en enfermería materna infantil y médico quirúrgico, en salud mental y psiquiatría. La enfermera especialista empezó a tener mayores responsabilidades en el área de tratamiento y control de la salud. Así en el área de la salud materno infantil, asumió la responsabilidad del control de la salud del niño sano y de las gestantes en control; en el área de las inmunizaciones controlaba la aplicación de las vacunas; en el área del control de los pacientes tuberculosos, supervisaba el cumplimiento de los esquemas de tratamiento supervisado; en el área de la psiquiatría, pasó a participar en las terapias de grupo y compartir mayores responsabilidades en los programas de salud mental y prevención de las enfermedades mentales.

El Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, desde sus inicios año 1961 contó con el Dpto. de Enfermería, la Sra. Antonieta Montes fue la jefa que más tiempo permaneció en el cargo (1964-1989), fueron 24 años de gestión, caracterizados por el liderazgo en enfermería dejando bien en claro cuál es el sitio que corresponde a enfermería dentro de la estructura orgánica del hospital.

ILUSTRACIÓN 2



ILUSTRACIÓN 3



En el año 1990 asume el cargo la Lic. Nila Olivera Mejía quien estuvo administrando el Departamento de Enfermería hasta el año 2001 (11años), en este periodo el rol de la enfermera jefe fue muy importante por ser miembro integrante de

los comités establecidos para desarrollar los programas Maternos Infantiles que empezaron a desarrollarse en el hospital, hecho muy importante para enfermería.

En el periodo 2001 al 2005, asume el cargo la Lic. Irene Ospinal Arévalo, quien continúa formando parte de los comités maternos infantiles que existían en el hospital los que se encargaban de vigilar el estado de las madres y los niños hospitalizados y sobre todo monitorizar los programas de salud maternos infantiles.

En el año 2006 la jefatura del Dpto. de Enfermería por primera vez es concursada, en cumplimiento a la Resolución Ministerial N° 0233-2004-RE, del 31 de marzo del 2004. Asume el cargo la Mag. Miriam Ortiz Espinoza, quien estuvo 06 años en el cargo, este periodo de gestión también es relevante porque la enfermera jefe del Departamento de Enfermería forma parte del Comité Técnico Asesor del Hospital, hecho que fue ganado como consecuencia de las competencias de enfermería en el área de gestión y por el liderazgo en enfermería, la enfermera jefe sigue siendo miembro integrante de los comités para desarrollo de los programas maternos infantiles, con participación activa junto con su comité técnico asesor de todas las actividades realizadas para fortalecer los programas maternos que lidera el hospital. El rol de la enfermera especialista en salud materno infantil en el HONADOMANISB, en los programas maternos infantiles tales como lactancia materna, método canguro, alojamiento conjunto, madre acompañante. Fueron muy importantes y reconocidos por los integrantes del equipo de salud. Este rol es de orientación, educación y capacitación a los padres, logrando desarrollar la capacidad y suficiencia materna y paterna para el cuidado de sus menores hijos.

ILUSTRACIÓN 4

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

“Cuidado humanizado a la madre y el niño”

Galería de Jefas del Departamento de Enfermería

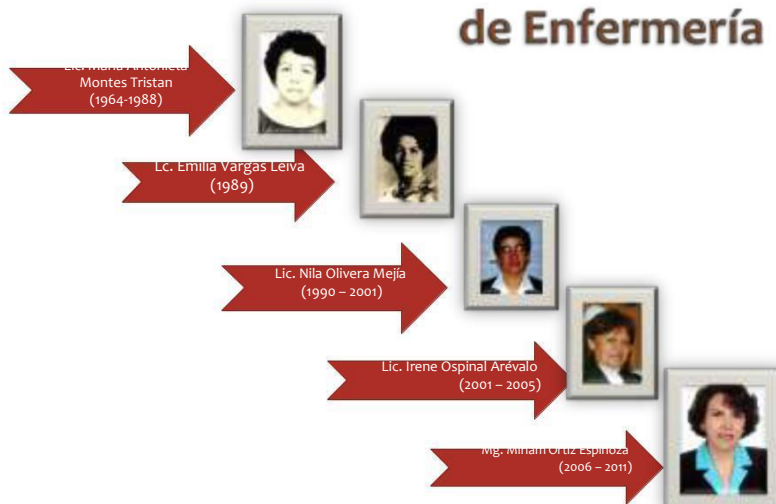
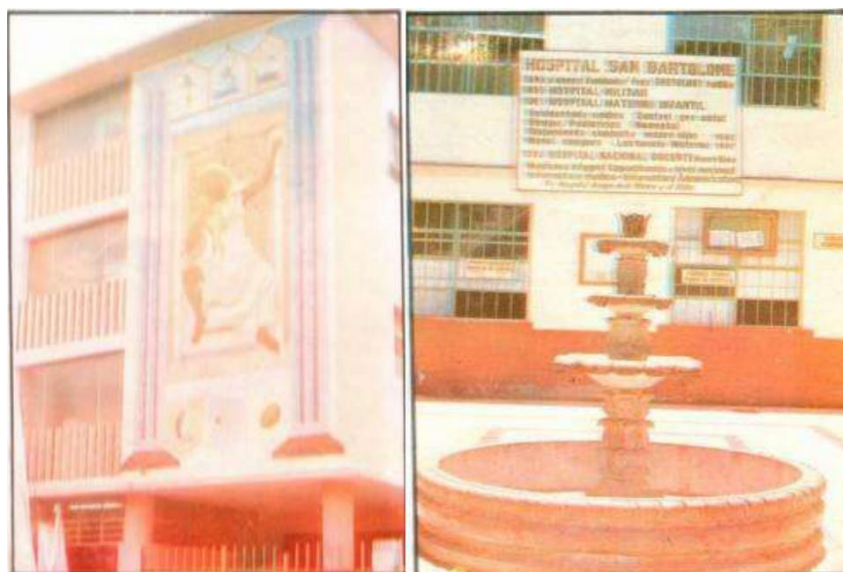


ILUSTRACIÓN 5



En 1993 la nueva imagen del hospital, la mentalidad de sus gentes y ofreciendo un excelente servicio, nos han permitido aumentar nuestra producción de salud a más del doble. Además el hospital ha contribuido con el país capacitando en Programas de

Salud a Nivel Nacional, ya que desde el 15 de marzo de 1993: el " San Bartolomé ", es oficialmente "Hospital Nacional Docente".

ILUSTRACIÓN 6



Fotografía de una sala de pacientes militares, correspondiente a fines de 1800

ILUSTRACIÓN 7



2.2. Antecedentes Del Problema.

En la revisión bibliográfica que se ha realizado se puede constatar que no existen muchos antecedentes sobre este tema.

2.2.1. Antecedentes Internacionales

Fandiño (35), en el estudio que realizó: Ejercicio liberal de la enfermera(o) en el área materna infantil. Colombia, 2002; de enfoque cualitativo de diseño fenomenológico, descriptivo, analítico. Estudio que tuvo como objetivo: Identificar cuál es el desempeño de la enfermera (o) en el ejercicio liberal de su profesión, en el área materno-infantil en Santafé de Bogotá. Las conclusiones señalan el papel que ha desempeñado la profesional de enfermería en el ejercicio liberal, que va enriqueciéndose con la toma de decisiones, sobre una base fuerte de conocimientos. Al tener la gerencia de su trabajo liberal en el área comercial y el liderazgo en la prestación de los servicios a sus clientes, la mayoría de las instituciones creadas por las enfermeras se han convertido en fuente de empleo en las diferentes modalidades profesionales, de carácter técnico o empírico, y por eso ellas tienen consultorios, fabricas, almacenes, centros de estimulación, jardines o gimnasios, o realizan su

trabajo a domicilio. La actividad de las enfermeras en el ámbito liberal es muy amplia, y se puede variar desde las mismas asesorías, pasando por la consultoría y las visitas domiciliarias, hasta llegar al diseño, ejecución y evaluación de estudio de factibilidad, de proyectos, programas y protocolos, a cualquier nivel de atención en salud.

Prieto (36), en la investigación: Modelos de gerencia para el control de gestión en la administración de las instituciones de salud, Zulia, Maracaibo-Venezuela, 2006, El enfoque de la investigación se ubica dentro paradigma integrador, combinando las perspectivas cuantitativas y cualitativas en la investigación social. El tipo fue definido como aplicada, y descriptiva de campo, su diseño fue de tipo no experimental, descriptivo transversal. La población estuvo constituida por 5 directores de hospitales 6 074 empleados, y 79 473 usuarios del servicio, la muestra estuvo constituida por 152 trabajadores y se tomó una muestra intencional para los usuarios, para los cuales se diseñaron 3 instrumentos tipo cuestionario, cuya escala fue de múltiples alternativas. La finalidad de la presente investigación, es analizar los modelos de gerencia para el control de gestión de las instituciones públicas de salud. Los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento fueron analizados e interpretados, lo cual permitió concluir que los centros de salud cuentan con un modelo de gerencia que es adaptado a cada estilo, donde utilizan mecanismos de control para su funcionamiento, logrando propiciar la participación comunitaria, permitiendo formular las conclusiones y recomendaciones pertinentes a la problemática estudiada.

Chamizo (37), en su estudio: El proceso de profesionalización de la Enfermería en el Principado de Asturias. España, 2007. Tesis cualitativa constructivista. Método socio-histórico con un enfoque temático (enfermería), territorial (Principado de

Asturias) y cronológico (segunda mitad del siglo XIX y 1977 enfermería como profesión universitaria), para la descripción y determinación de espacios de inteligibilidad que explique las características de la profesionalización de la enfermería en dicha autonomía. Se encontró en el complejo proceso de profesionalización de la enfermería en Asturias rupturas y continuidades estructurales hacia 3 espacios de inteligibilidad con características propias: empírico vocacional; seglar técnica y como agente de cambio. Se concluye que los antecedentes formarán parte de los prolegómenos, que serán los precursores, o simplemente configurarían elementos de la historia de la solidaridad humana, afrontando con rigor la historia de la enfermería como una disciplina que quiere ser científica y de una profesión en el sentido moderno del término, excluye remontarse a una época anterior a la última década del siglo XIX en España, y anterior al último tercio del siglo XX en Asturias.

Agramonte y Farres (38), desarrollaron el estudio titulado: Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de Salud, Cuba, 2010. El estudio fue de tipo documental con el objetivo de valorar la influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de salud. Esta valoración, a partir del procedimiento inductivo-deductivo, el análisis y la síntesis, tuvo como eje central la influencia de la gestión del cuidado profesional de enfermería en la calidad y la excelencia de la atención de salud, utilizando para esto los recursos materiales, técnicos, cognitivos y relacionales, necesarios y disponibles para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente, familiares y equipo de Salud. Se asume como elemento esencial el desarrollo de las capacidades, competencias relacionales y espirituales que manifestará el profesional de Enfermería en el acto de cuidar. La calidad nos

convoca a la satisfacción de las exigencias de los pacientes, familiares y equipo de Salud, al cumplimiento de las normas, procedimientos y reglamentos institucionales y del sistema; siendo la excelencia todo el esfuerzo por lograr resultados favorables con el mínimo de gasto posible, es esforzarnos con las personas a nuestro cuidado como quisiéramos se esforzaran con nosotros mismos. Elevar la calidad de la atención de salud constituye un objetivo compartido por los profesionales que se deben a ello. Se concluye que la gestión del cuidado contribuye a la calidad de la atención de salud, siempre que su objetivo esencial sea satisfacer las necesidades de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas, es corresponder conscientemente al compromiso particular que hemos asumido formalmente ante la sociedad de cuidar a los seres más vulnerables, comprometiendo todo nuestro ser.

Cabacas (39), realizó un estudio titulado: Significado de la experiencia de la gestión del cuidado de Enfermeras en una clínica de tercer nivel de la Ciudad de Cartagena, Colombia, 2012. Tesis de enfoque descriptivo e interpretativo con abordaje cualitativo. Tuvo como objetivos describir las experiencias de gestión del cuidado que tienen las enfermeras en una clínica de tercer nivel de la ciudad de Cartagena, describir las acciones que realizan las enfermeras para gestionar el cuidado, en una clínica de tercer nivel de la ciudad de Cartagena, describir el significado de gestión del cuidado que manejan las enfermeras en una clínica de tercer nivel de la ciudad de Cartagena, realizar un aporte a la ruta conceptual del concepto de gestión del cuidado para próximas investigaciones. El propósito de este estudio fue comprender el significado de la experiencia de la gestión de cuidado que brinda un grupo de profesionales de enfermería en una clínica de tercer nivel de la ciudad de Cartagena, esta investigación concluye: que tanto para las enfermeras

coordinadoras como para las enfermeras asistenciales gestionar el cuidado se constituye en acciones para estandarizar el cuidado. Estas acciones son orientadas por los protocolos y procesos, los cuales son establecidos por el nivel táctico-estratégico de las enfermeras coordinadoras. Para las enfermeras coordinadoras gestionar el cuidado se centra en la organización de los procesos, protocolos, manuales y guías que permitan un direccionamiento acorde a las demandas en el cuidado de los pacientes. Para las enfermeras asistenciales la gestión del cuidado se centra en facilitar los procesos a la familia para ese cuidado en casa, brindando educación al paciente y a la familia, ambos grupos realizan intervenciones desde su nivel de gestión para promover el mantenimiento de la persona.

Luego del análisis de los estudios internacionales relacionados a la presente investigación se puede mencionar que en la gestión del cuidado es muy importante la toma de decisiones sobre una base fuerte de conocimientos (35), la gestión del cuidado contribuye a la calidad de la atención de salud, siempre que su objetivo esencial sea satisfacer las necesidades de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas, es corresponder conscientemente al compromiso particular que hemos asumido formalmente ante la sociedad de cuidar a los seres más vulnerables, comprometiendo todo nuestro ser. (38). Para las enfermeras que trabajan en el área administrativa (coordinadoras) gestionar el cuidado se centra en la organización de los procesos, protocolos y guías que permitan un direccionamiento acorde a las demandas en el cuidado de los pacientes, para las enfermeras asistenciales la gestión del cuidado se centra en facilitar los procesos a la familia para ese cuidado en casa, brindando educación al paciente y a la familia, ambos grupos realizan intervenciones desde su nivel de gestión.(39).

2.2.2. Antecedentes Nacionales

Rodríguez (40), en su investigación: Inserción, poder y estrategias de la enfermera en la gerencia de los servicios de salud pública en Trujillo, Perú, 1988, investigación cuanti-cualitativa que tuvo como propósito describir y analizar la inserción, el ejercicio del poder y las estrategias de trabajo de la enfermera que gerencia los servicios de Salud Pública; así también determinar el grado de satisfacción laboral del trabajador, del usuario y la percepción de los actores sociales sobre la gerencia de enfermería. Aplicó una entrevista a 8 enfermeras gerentes, quienes construyeron un calendario sobre su accionar como gerente. En la entrevista al personal de salud, usuarios y actores sociales, se utilizaron instrumentos de satisfacción con escalas del Ministerio de Salud del Perú. Se encontró que 1) a la inserción de la enfermera en gerencia de servicios de salud pública, la población les atribuyeron un amplio valor social; 2) el poder técnico, administrativo y político de la enfermera gerente es inherente a su formación académica, técnica y a su filosofía lineal; 3) las estrategias de trabajo que emplea la enfermera gerente responde al contexto sociocultural y a su filosofía integral; 4) el grado de satisfacción sobre la gerencia de la enfermera en los servicios de salud pública fue 79% de los trabajadores, 80% de los usuarios atendidos y 91% de los actores sociales.

Valencia (41), en su estudio: Estilos gerenciales y satisfacción laboral, Lima Perú, 2008. Método descriptivo bivariado, tuvo como objetivo determinar cómo se relacionan los Estilos Gerenciales con la satisfacción laboral en el personal administrativo de la Dirección General de Administración de la UNMSM. En las conclusiones: 1. Se determina que existe relación significativa entre los estilos gerenciales y la satisfacción laboral en el personal administrativo de la

administración central de la UNMSM. Los estilos, autoritario coercitivo y autoritario benevolente, mantienen relaciones más débiles con la satisfacción laboral tanto en los factores e indicadores motivadores como en los higiénicos. 2. Se determina que existe un grado de asociación irrelevante o poco significativo.

Cabezudo (42), en su investigación: Investigación de naturaleza cualitativa histórica social y dialéctica. Los objetivos fueron: Describir las características del trabajo de la enfermera hospitalaria. Discutir el proceso de la carrera de enfermería, saber, poder y autonomía, e interpretar conflictos, desafíos y conquistas de la carrera de enfermería. Los datos fueron obtenidos a través del análisis documental y la entrevista Semiestructurada. En las consideraciones finales se interpretan que en el hospital estructuralmente se continúa con la hegemonía médica, pero en la práctica, con el avance de la ciencia de enfermería para el cuidado humanizado, al estar mejor preparadas en sus funciones propias y administrativas, son competentes para ocupar un nivel jerárquico mayor en el hospital, obteniendo reconocimiento social y legal.

Guzmán (43), en su estudio: Cuidado humano en la formación del estudiante de enfermería según la teoría de Jean Watson, Chiclayo-Perú, 2011. El abordaje metodológico fue de tipo cualitativo, con método de estudio de caso, tuvo como objetivo describir y analizar el cuidado humano en la formación del estudiante de enfermería, según la teoría de Jean Watson. Como consideración final tenemos que en la formación de las estudiantes de enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo se identifica y direcciona el cuidado humano tanto por los docentes como los estudiantes, asimismo se vivencia la práctica de los factores de cuidado humanizado propuestos por Jean Watson en los escenarios de aulas y

campos de práctica clínica, pero igualmente existe una indisponibilidad y auto exigencia para el fortalecimiento del cuidado humano.

Rodríguez (44), en la tesis: Manejo de Herramientas de Gestión y Percepción del Cuidado de Enfermería en Hospitales de Chachapoyas, Perú.2013, que utilizó el diseño descriptivo comparativo en 140 personas hospitalizadas y 25 enfermeros de 2 hospitales del distrito Chachapoyas. Se revisaron 80 historias clínicas en cada institución para observar el proceso de enfermería; se encuestaron a profesionales de enfermería para medir la calidad del cuidado de enfermería, y a los sujetos de cuidado para medir su percepción sobre esta. Resultados: Se encontró regular manejo del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en ambos hospitales, poca capacidad científico-técnica del personal de Enfermería, pero buena interacción personal, como conclusiones tenemos que Los profesionales de enfermería hacen regular manejo del PAE como herramienta de gestión en los hospitales del distrito Chachapoyas, posiblemente asociado a poca administración del tiempo para realizar las anotaciones de enfermería según norma técnica, recursos humanos insuficientes y el no contar con formato apropiado para la redacción del PAE, por lo que el manejo de esta herramienta debe estar protocolizado. En ambos hospitales los profesionales de enfermería tienen poca calidad científico-técnica; pero buen manejo de la interacción personal. En el Hospital del MINSA manejan poco los indicadores del cuidado de enfermería, manejan indicadores de gestión y de resultado; pero el Hospital de ESSALUD maneja indicadores de resultado, eficiencia, gestión y calidad. La buena percepción del cuidado de enfermería en ambos hospitales estaría asociada al buen manejo de la calidad del cuidado de enfermería en la dimensión de interacción personal, sobre todo por los profesionales de enfermería del Hospital de ESSALUD.

Rivera (45), en la investigación: *Práctica Ética de Enfermeras Jefes en la Gestión del Cuidado*, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo-Perú 2014, investigación cualitativa con abordaje de estudio descriptivo exploratorio e interpretativo, tuvo como objeto de estudio la práctica ética de las Enfermeras Jefes en la gestión del Cuidado, tuvo como objetivos, describir y analizar la práctica ética de las Enfermeras Jefes en la gestión del Cuidado, El instrumento de recolección de datos, fue la entrevista Semiestructurada, y la observación no participante, la muestra se determinó por saturación y fueron ocho enfermeras jefes de servicio. Los datos obtenidos se procesaron por análisis de contenido. Los resultados se sintetizan en tres categorías: Coordinación y asesoramiento como práctica ética en la gestión del cuidado, subcategorías: Enlazando el reporte con la visita médica y Priorizando a la persona en la gestión ética. Categoría: La intervención hacia la gestión del cuidado humanizado, sub categorías: Trabajo en equipo, como responsabilidad y entrega en los servicios y la delegación responsable como fortaleza en la gestión del cuidado. Categoría: La ética de los recursos humanos, un reto espinoso en la gestión, sub categorías: El manejo de las situaciones conflictivas, en la gestión del cuidado, Gestión hacia el desarrollo del personal, con falencias en la motivación. Los principios éticos de Sgreccia (2008), y rigor científico Lincoln y Guba (1985), estuvieron presentes durante todo el proceso investigativo.

Cotos y Rodríguez (46), en la investigación: *El Cotidiano Desempeño de la Enfermera Gerente en la Gestión de los Servicios De Enfermería*, Chimbote-Perú, 2015, investigación cualitativa tuvo por objetivo analizar el cotidiano desempeño de la enfermera gerente en la gestión de los servicios de enfermería a la luz del pensamiento de Martin Heidegger. Se utilizó el enfoque fenomenológico como método de

investigación y el pensamiento de Martin Heidegger como referencial teórico filosófico. La presente investigación tiene por propósito analizar el cotidiano quehacer de las enfermeras gerentes en la gestión de los servicios de enfermería del Hospital III Es Salud. De acuerdo a los testimonios develados, la mayoría de las enfermeras gerentes coinciden en que gerenciar es una labor sacrificada y no reconocida, pero a pesar de esto se encuentran satisfechas y orgullosas de asumir este cargo porque les ha posibilitado trazarse nuevas metas y retos que les permitirán crecer profesionalmente. Se determinó que no es fácil dirigir a un grupo humano porque cada persona es un ser totalmente diferente que reacciona indistintamente ante una orden, por lo que debe ser muy cuidadosa en el momento de indicar una orden porque se pueden herir susceptibilidades, lo cual puede generar un ambiente hostil en el que peligran las buenas relaciones interpersonales. Se encontraron puntos divergentes respecto a algunos testimonios en los cuales inicialmente se evidenciaron sentimientos de frustración y decepción frente a la responsabilidad asignada, motivado por el hecho de no contar con el apoyo necesario para el éxito de su gestión. Se identificó que el manejo del recurso humano y el adecuado liderazgo que ejercen las enfermeras gerentes son puntos álgidos en el desarrollo de la gestión, la carencia de personal y las difíciles condiciones laborales, que devienen de políticas institucionales que generan desánimo, indiferencia y estrés en el trabajador. Todos los testimonios coinciden en que uno de los puntos más importantes que llevaron al profesional de la enfermería a aceptar desempeñar esta función es que tienen por expectativa que esta profesión se empodere cada día más y pueda en un futuro ocupar el lugar y sitio que le corresponde. Este profesional anhela que el trabajo de la coordinadora de enfermería sea reconocido remunerativamente, como se hace con

otros profesionales de la salud que asumen cargos jefaturales y se les paga por desempeñar esta función.

Luego de la revisión de los estudios nacionales relacionados a la presente investigación se puede enunciar que la gestión del cuidado de enfermería en las instituciones de salud es una estrategia indispensable con la que debe contar los servicios de salud; el poder técnico, administrativo y político de la enfermera gerente es inherente a su formación académica técnica y a su filosofía lineal; las estrategias de trabajo que emplea la enfermera gerente responde al contexto sociocultural y a su filosofía integral. (40); gerenciar es una labor sacrificada y no reconocida no es fácil dirigir a un grupo humano porque cada persona es un ser totalmente diferente que reacciona indistintamente ante una orden, por lo que se debe ser muy cuidadosa en el momento de indicar una orden porque se pueden herir susceptibilidades (46).

2.3. Referencial Conceptual.

2.3.1. Aspectos generales de la Salud Materno Infantil

Benguigui, Land, y Paganini (47), refieren que el desarrollo de las acciones de salud materno-infantil a nivel local constituye la estrategia fundamental para cumplir con los compromisos contraídos en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia realizada en Nueva York en 1990, ratificó la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño. Aprobó asimismo, un plan de acción para que los gobiernos, organismos internacionales y otras entidades trabajen en la reducción de la morbilidad y la mortalidad materno-infantil, la lucha contra la desnutrición y el analfabetismo, el fortalecimiento de los servicios de saneamiento, el abastecimiento de agua potable y el mejoramiento de las condiciones sociales de la mujer. La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en el Cairo,

, estableció como objetivos dentro de esta área, la promoción de la salud y la supervivencia infantil con la reducción de las causas prevenibles de morbimortalidad y de las disparidades entre y al interior de los países. Se acordó además emprender acciones relativas al estado nutricional de las madres y los niños, así como a la promoción de la lactancia materna como principal estrategia de supervivencia infantil. Asimismo, en la Cumbre de las Américas, que se realizó en Miami, Florida, en diciembre de 1994 denominada Pacto para la Prosperidad: Democracia, Libre Comercio y Desarrollo Sostenible en las Américas los gobernantes de toda la Región establecieron dentro de la declaración de principios, el de superar la pobreza y la discriminación en nuestro hemisferio, el cual incluye el acceso equitativo a los servicios básicos de salud y confiere especial prioridad al grupo materno-infantil. Al mismo tiempo cada gobierno participante se comprometió a respaldar el énfasis dado por sus autoridades locales de salud a las estrategias y acciones relativas al cuidado pre y postnatal, a la atención del parto, a la salud reproductiva, a las inmunizaciones y al tratamiento de las diarreas y las infecciones respiratorias agudas, entre otros.

Frente a tales consideraciones desde el punto de vista de Sánchez (48), refiere que la salud materno-infantil consiste:

En atender con calidad total a la mujer y al niño; insistiendo en un cuidado preventivo del binomio madre-hijo, procurando hacer un diagnóstico y tratamiento correcto de todos los problemas que presentan las madres y los niños, basándonos en ese sentido holístico de análisis integral y sistémico de un fenómeno multi - causal, de la medicina que refiere el concepto de salud definido por la OMS, nos hará tener una generación fuerte, vigorosa y reproductiva.

Según la OMS (49), la salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, parto hasta el posparto. Aunque la maternidad es a menudo una experiencia positiva, para demasiadas mujeres es sinónimo de

sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte. Enfatiza también que los niños presentan el futuro, y su crecimiento y desarrollo saludable deben ser una de las máximas prioridades para todas las sociedades. Los niños y los recién nacidos en particular son especialmente vulnerables frente a la malnutrición y enfermedades infecciosas, que son prevenibles o tratables en su mayoría.

Por otro lado, Ruíz y Álvarez (50), refieren que la salud materno-infantil (MI) queda englobada dentro de la Salud Pública la cual se define como “el conjunto de actividades encaminadas a promocionar y promover la salud, prevenir la enfermedad, a curar y a rehabilitar a la comunidad en general”. Las autoras contextualizan que la salud MI es la parte de la Salud Pública cuyas actividades están encaminadas a atender a la población diana; madre, recién nacido y familia. Pero no solo se ocupa del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, sino también de los problemas de salud de la mujer (ciclo reproductivo desde pubertad a menopausia, independientemente de que tenga o no hijos o relaciones sexuales).

Por su parte, Ramírez (51), sostiene que la Enfermería Materno-Infantil es aquella que se encarga de realizar actividades y tareas relacionadas con las mujeres embarazadas o parturientas como con los niños recién nacidos, que requieren todo tipo de atención, cuidados y mucho compromiso. Se ocupa del control y cuidado de la salud reproductiva de la mujer, los signos vitales de la madre y de la criatura durante el embarazo, la nutrición, el momento del parto y el posterior desarrollo del bebé una vez nacido: crecimiento y adaptación, ofreciendo un cuidado integral a la gestante y a su familia con el fin de mejorar su salud, prevenir complicaciones y ayudar a que tengan mejores condiciones de vida. Proporciona los conocimientos y las herramientas teórico-metodológicas para detectar, valorar, diagnosticar y elaborar

el plan de cuidados, ejecutar el plan de cuidados con base en el método científico, congruente con las necesidades de salud del trinomio: madre-hijo-familia, de tal forma que, en su práctica profesional actúe con una actitud responsable y comprometida con el entorno social y ambiental con una visión de trabajo multidisciplinaria e interdisciplinaria.

Ramírez (51), también sostiene que el objetivo principal de la enfermería materno-infantil es prevenir la presencia de cualquier tipo de complicaciones o de enfermedades que puedan alterar el ciclo normal reproductivo, embarazo y nacimiento de la criatura. Por lo que, se ocupa tanto de la madre como del niño al comenzar su desarrollo dentro del vientre de la madre.

Al respecto de enfermería materno-infantil, López (52), refiere que el nombre de enfermería materno infantil es aquel que recibe una rama de la enfermería que se encarga de realizar actividades y tareas relacionadas tanto con las mujeres embarazadas o parturientas como también con los niños una vez que estos han nacido. La enfermería materno-infantil es quizás una de las ramas de la enfermería que mayor dedicación y compromiso requiere debido a que, en lo que respecta a los pacientes recién nacidos, estamos hablando de pacientes muy delicados y frágiles que necesitan todo tipo de atención, cuidado y mucho compromiso.

López (52), también refieren que su trabajo de la enfermería materno infantil está dirigido a todo el proceso desde el comienzo del funcionamiento del ciclo reproductivo, pasando por el embarazo y el parto, el puerperio y siguiendo en el refuerzo y cuidado de la salud familiar una vez que el grupo madre-padre-hijo se ha constituido. La enfermería materno- infantil tiene como objetivo principal prevenir la presencia de cualquier tipo de complicaciones o de enfermedades que puedan alterar

el normal ciclo reproductivo, embarazo y nacimiento de la criatura; esta rama de la enfermería se debe ocupar no solo de la madre sino también del niño desde antes de que este nazca, es decir, desde el momento en que comienza a desarrollarse dentro del vientre de su madre.

Grados (53), define a la enfermería Materno Infantil a los conocimientos que provienen fundamentalmente de la Gineco-Obstetricia, Neonatología y Pediatría, podríamos decir la disciplina como: “La rama de enfermería que tiene como objetivo principal cuidar con rigor científico, al niño y a la madre, en todas las etapas del ciclo vital y a la familia, tanto si es normal como si presenta problemas de salud, fomentando el mantenimiento de la misma. Así como realizar con destreza las actividades de enfermería pertinentes en cada caso”. Por lo tanto en los cuidados de enfermería materno infantil, la valoración de las necesidades de salud, el manejo correcto de la medicación específica, el trabajo en equipo con toda la unidad familiar el soporte emocional y psicológico que se brinda, tanto a los padres como a los hijos, son aspectos importantes que la enfermera siempre tiene que tener en cuenta.

Torres (54), Enfermería Materno Infantil, es la rama de la enfermería que se encarga de realizar actividades y tareas relacionadas tanto con las mujeres embarazadas o parturientas, como también con los niños una vez que estos han nacido. Se define como todos los cuidados que se proveen durante y después del embarazo tanto para la madre como el niño. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso estacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno- infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

Torres (54), enfatiza que el objetivo de enfermería materno infantil, es el nacimiento de un hijo sano en el seno de una familia capaz de criarlo adecuadamente (entorno familiar saludable), o sea, promover un embarazo, parto y puerperio sin problemas (bienestar materno), asegurar el bienestar del recién nacido hasta la adolescencia y adicionalmente el bienestar familiar (concepto integral: madre, niño y familia). Esta será la base de la salud del adulto. Las enfermeras materno infantil son conocidas en muchas partes del mundo como matrona que es una palabra derivada del latín asociada a quien provee cuidados a la madre gestante y al bebe. Algunos términos asociados son: comadrona y/o partera. Ofrece un cuidado integral a la gestante y a su familia con el fin de mejorar su salud, prevenir complicaciones y ayudar a que tenga mejores condiciones de vida.

Gestión es la aplicación de la administración como ciencia básica, por parte de los administradores, o la aplicación de la gerencia como pensamiento administrativo, desde el más alto nivel conceptual hasta el oficio más simple de la organización, que es una parte de la administración (55).

Román (56), Gestionar es dirigir, administrar los recursos, lograr los objetivos y metas propuestos. Lo anterior exige coordinar y motivar, articular adecuadamente tanto a las personas como a los recursos materiales de una organización para que esos objetivos se alcancen en un contexto de eficacia y eficiencia.

Según la Norma General Administrativa N° 19 del Ministerio de Salud de Chile, la Gestión del Cuidado de Enfermería se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de

la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud (57).

El Colegio de Enfermeros de Perú mediante Resolución N°237-08-CN/CEP, aprueba el documento Técnico sobre normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero determinando que Gestión del Cuidado constituye un ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales que desarrolla la enfermera para organizar, coordinar y articular los cuidados en los diferentes niveles de atención asegurando con ello la continuidad y eficacia de los mismos (58).

Kérouac (59), la gestión de los cuidados enfermeros es un proceso heurístico dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con intención de mantener y fortalecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

Kersbergen (60) desarrolló el concepto de gestión del cuidado identificando sus atributos, características y consecuencias. Sus conclusiones se basan en un análisis y revisión crítica de literatura multidisciplinaria en la gestión del cuidado, observaciones de participación de casos gestión, y entrevistas con gestores y administradores involucrados en la gestión del cuidado. Por otra parte, basándose en atributos predominantes características y consecuencias encontradas en la literatura, Kersbergen fue capaz de definir la gestión del cuidado como una estructura de negocios para la organización desarrollada en los servicios de salud mientras se controlan estos y se utilizan los recursos a través del incentivo del control de costos y la toma de decisiones basados en parámetros de negocios.

Kérouac (59), refiere que la enfermera , como gestora del cuidado de pacientes, familias, comunidades y poblaciones, se responsabiliza de planificar, organizar,

dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de atender, de la mejor manera y eficacia posible, los objetivos de la organización; por consiguiente, la enfermera deberá tener siempre presente al enfermo en su contexto familiar, social y cultural para saber que prefiere el paciente y dejarle escoger un tratamiento.

Las enfermeras asistenciales aportan su competencia y sus capacidades, que deberán mantener al día, como exigencia ética, como deber moral, para asegurar esa excelencia en los cuidados. Las enfermeras gestoras aportan, por un lado, la garantía de que el medio en que se desarrollan esos cuidados es el idóneo, y por otro los recursos para que se pueda hacer efectiva la pertenencia de la enfermera a la organización y conseguir su compromiso con los objetivos de la misma. Esto último no se puede conseguir sin que las enfermeras gestoras cuiden a las enfermeras asistenciales, lo que implica establecer una relación profesional de igualdad, favorecer el tiempo para la reflexión, establecer criterios de equidad en la valoración de la enfermera, alejándose del trato/consideración igualitario, favorecer los espacios y el tiempo para la discusión y el consenso, y otras cosas que seguramente podríamos acordar entre todas nosotras y que algunas de las participantes seguro que pondrán de relieve en sus intervenciones (61).

Kérouac (59), sostiene que hoy en día, se solicita ampliamente a la enfermera gestora que sea eficaz en su gestión de los recursos humanos, financieros y técnicos. Por otro lado, ella interviene en un entorno que, en varios aspectos, está lejos del centro de interés de los cuidados enfermeros. La enfermera gestora está, por consiguiente, llamada a apoyar cambios importantes. Una acción inspirada en una visión explícita de los cuidados enfermeros, en las actitudes y en los

comportamientos humanos es la condición que permite crear un medio propicio para el compromiso del personal cuidador y los procesos interactivos y terapéuticos centrados en las experiencias de la salud de las personas. Sus capacidades de decisión, su apertura a los cambios, su compromiso frente a la salud de las personas y sus enfoques de gestión innovadores son la prueba de un futuro prometedor para el cuidado de la persona que, en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud.

La gestión de los cuidados va dirigida a alcanzar el objetivo que busca la práctica de enfermería, esta gestión como proceso recurre a la creatividad, la indagación y la transformación en este sentido se considera heurística. La contribución de la enfermera jefe responsable de la gestión en enfermería es única, representa una acción necesaria para asegurar servicios de salud humanizados y de calidad en un contexto de utilización óptima de los recursos disponibles. De esta manera las enfermeras responsables de la gestión del cuidado se enfrentan a grandes retos, ejercer su actividad en un entorno caracterizado por múltiples problemas y obstáculos y dentro de este buscar alternativas con un enfoque de gestión dirigido a garantizar la calidad del cuidado a la persona que vive experiencias de salud.

2.4. Referencial teórico

En relación a la teoría que fundamenta el presente estudio, según el objeto de estudio es la Teoría de las Transiciones organizativas, de Afaf Ibrahim Meléis y la teoría del habitus de Pierre Bourdieu.

Meleis (62), define la transición como el paso de una etapa, condición o estado de la vida a otra, y el resultado de la interacción entre persona y medio ambiente, que implica cambios en el estado de salud, relación de los roles, expectativas, habilidades

y demandas, exige grados de responsabilidad, lapsos de tiempo; este proceso tiene tres momentos: entrada, paso y salida; se caracteriza porque las personas alcanzan niveles de estabilidad y crecimiento frente a los sucesos que deben afrontar.

Esta investigadora, quien afirma que la contribución de enfermería es alcanzar la meta desde y hacia el bienestar, trabaja en profundidad la naturaleza, condiciones y patrones de la transición. Para ella, la enfermería tiene hoy una posición estratégica y la capacidad de producir la diferencia cualitativa en la atención en salud, situación posible, entre otros, gracias al desarrollo de la disciplina y al surgimiento de una tradición investigativa.

Se ha adoptado la teoría de transiciones de Meléis como base conceptual para conocer los procesos de interacción del paciente y de su familia con el personal de salud en el ámbito hospitalario durante el ingreso, la estadía y el egreso. El objetivo de este estudio es describir el proceso de transición de la gestión cuidado en el hospital. La transición del cuidado puede fortalecerse desde el ámbito hospitalario; para lograrlo se requiere conocimiento, planeación, ejecución, seguimiento y evaluación, pero también implica calidad científico-técnica, calidez en el trato, comunicación asertiva, un proceso enseñanza-aprendizaje intencionada de manera bidireccional entre las personas enfermas y las personas que las cuidan. Una adecuada transición del cuidado podría disminuir los costes propios del cuidado, al reducir el número de reingresos hospitalarios, de complicaciones en la atención (63).

La teórica, empezó a cuestionar la naturaleza y la experiencia humana de las transiciones. Su investigación se centra ahora en los inmigrantes y su salud. Este cambio llevo Meléis a volver atrás y cuestionarse las transiciones como concepto. Las fuentes teóricas de la teoría de las transiciones son múltiples. Primero la base de

Meléis en enfermería, sociología, interaccionismo simbólico y la teoría del rol y su formación la llevó a desarrollar la teoría de las transiciones descrita. Los resultados y la experiencia en proyectos de investigación, programas educativos y práctica clínica (63).

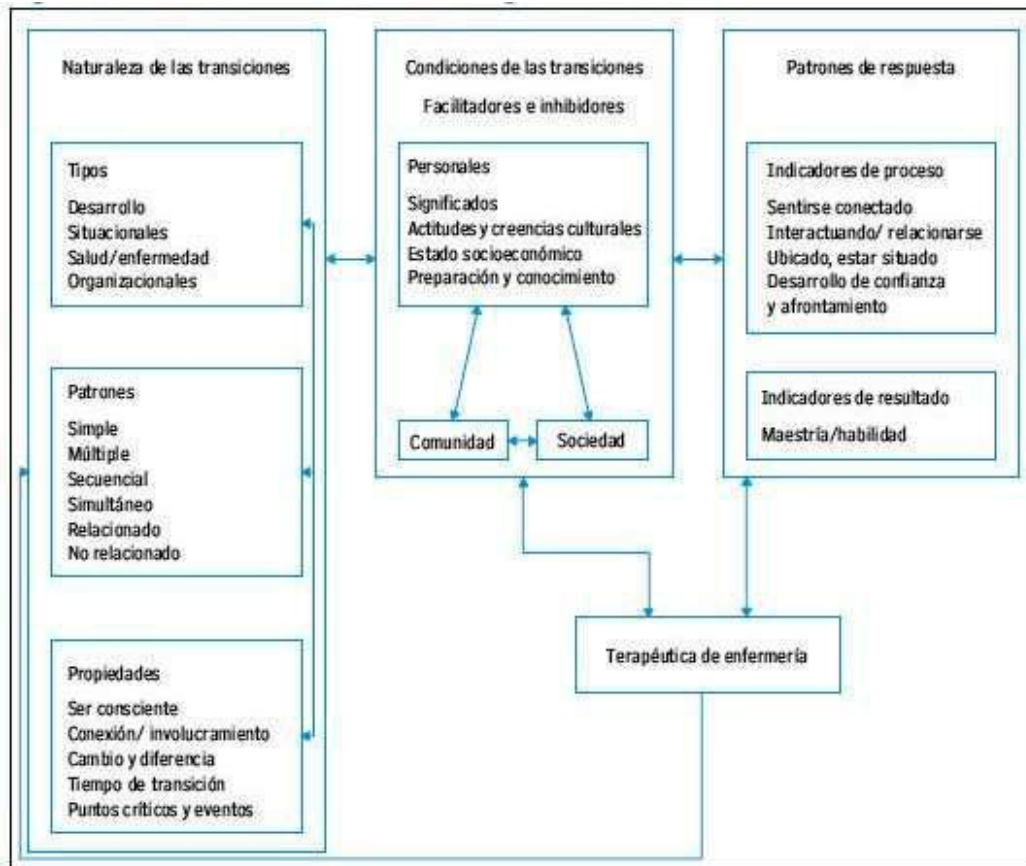
Meléis (63), creía que el desarrollo de conocimientos en enfermería debía orientarse a la terapéutica enfermera y no a entender los fenómenos relacionados con respuestas a situaciones de salud y enfermedad. Por tanto, empezó a desarrollar la suplementación del rol como terapéutica de enfermería. Por tanto, la suplementación del rol incluye clarificar y adoptar roles, que puedan ser preventivos y terapéuticos. La teorista al definir salud como dominio probó esta definición con variables de resultados alternativas como menos síntomas, bienestar percibido y capacidad para asumir nuevos roles. Los tipos de las transiciones incluyen desarrollo, salud y enfermedad, y situacional y organizativo. Transición del desarrollo incluye nacimiento, adolescencia, menopausia, vejez y muerte. Las transiciones de salud y enfermedad incluyen proceso de recuperación, alta hospitalaria y diagnóstico de enfermedad crónica. Las transiciones organizativas se refieren a cambios en las condiciones del entorno que afectan a las vidas de los clientes y los trabajadores. Los patrones de las transiciones incluyen multiplicidad y complejidad, Las propiedades de la experiencia de la transición incluye: a. conciencia; compromiso; c. cambio y diferencia; d. tiempo; y e. puntos críticos y fenómenos, Conciencia: se define como percepción, conocimiento y reconocimiento la experiencia de la transición y el nivel de conciencia se refleja a menudo en el grado de coherencia entre lo que se conoce sobre los procesos y las respuestas y lo que constituye un grupo previsto de respuestas y percepciones de individuos sometidos a transiciones similares, propone

que el nivel de compromiso de una persona que es consciente de cambios físicos, emocionales, sociales o del entorno sería diferente de una persona no consiente a esos cambios.

Negociar las transiciones satisfactorias depende del desarrollo de una relación eficaz entre enfermero y cliente (terapéutica de enfermería). Esta relación es un proceso recíproco que les afecta a ambos. La teoría de las transiciones fue un marco emergente que podría desarrollarse, comprobarse y mejorarse, reflejando la postura filosófica de la teórica de las transiciones, sobre el desarrollo clínico, dinámico y evolutivo de la teoría, las transiciones ofrecería una adaptación teórica más adecuada a la existencia actual, por su consideración inherente de la diversidad de clientes y su base en la investigación de diversos grupos de personas en transición (64),

Meleis (64), investigó fenómenos de planificación de embarazos y procesos implicados para llegar a entender que sus primeras ideas eran incompletas a no considerar las transiciones. En estos procesos de investigación el interaccionismo simbólico tuvo un papel importante en los intentos por conceptualizar el mundo simbólico que modela interacciones y respuestas. El ámbito hospitalario y comunitario han sido fuentes frecuentes para el desarrollo teórico en enfermería.

ILUSTRACIÓN 8



Afaf Ibrahim Meléis: Teoría de las Transiciones

Generalmente se reconoce que el rol de una enfermera gestora consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de atender, con la mejor eficacia posible, los objetivos de la organización. La gestora guía su actividad a partir de los conocimientos extraídos de las ciencias de la organización, de la gestión de la economía y de la política. La enfermera gestora tiene valores y comportamientos que traducen una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados.

Meleis (62), propone el siguiente enunciado: En una situación salud enfermedad, la enfermera interactúa con un ser humano, parte integrante de su contexto socio cultural, que se encuentra en una transición. Las interacciones

enfermera-cliente están organizadas alrededor de un objetivo (gestión clínica, resolución de problemas, evaluación holística), y la enfermera utiliza alguna acción (terapéutica del cuidado enfermeros) para mejorar, facilitar y fomentar la salud.

Meleis (64), sostiene que la dirección de los cuidados debe tener una visión clara y explícita de la disciplina enfermera con el fin de contribuir, de manera distinta, a la solución de problemas relativos a los cuidados, a los clientes y al personal. Añade que la dirección de los cuidados tiene la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados según un enfoque conceptual propio de la disciplina enfermera.

Meleis (62), refiere que la gestión de los cuidados se ejerce no solamente con los recursos que dan las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería; es el cuidado de la persona, el centro del servicio de enfermería.

El trabajo de enfermería se centra en el cuidado, en las dimensiones de cuidar, gerenciar/gestionar, educar e investigar. La gestión de Enfermería en los servicios de salud, es apreciada desde diferentes posiciones de forma simultánea, evidenciándose distintos grados de responsabilidad tanto en las enfermeras asistenciales como en las enfermeras supervisoras o jefas.

Meleis (64), sostiene que la dirección de los cuidados de enfermería debe tener una visión clara y explícita de la disciplina de enfermería con el fin de contribuir de manera distinta a la solución de los problemas relativos a los cuidados, a los pacientes, su familia y al personal. La dirección de los cuidados tiene la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, seleccionar prioridades, elaboración de políticas, selección del personal

con excelente formación en cuidados enfermeros, desarrollar la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería.

También en el presente estudio se ha considerado como referencial teórico al sociólogo Francés Bourdieu, particularmente con los conceptos de habitus, campo y capital (cultural, social y simbólico). Sobre la base de la contribución del investigador antes mencionado, parto de la premisa que la trayectoria de las enfermeras en la gestión del cuidado materno infantil estaba condicionada por su habitus profesional, principalmente porque esta inserción se tradujo en la actualización de los diferentes tipos de capital (cultural, simbólico y social) se utiliza como estrategia de lucha simbólica su capital científico acerca de las cuestiones relativas a la gestión del cuidado materno infantil.

Bourdieu (65), conceptualiza habitus como el conocimiento adquirido, disposición incrustada y duradera que resulta de un largo proceso de aprendizaje, producto del contacto con las diversas estructuras sociales.

En esta investigación, la aplicación del concepto de habitus permitió la comprensión de las dimensiones objetivas y subjetivas del mundo social, pues la estructuración de las prácticas de las enfermeras en el espacio del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en la lucha por el reconocimiento de su capital científico no resultó del proceso mecánico, de fuera para dentro, ni tampoco de proceso conducido de forma autónoma por los sujetos individuales, pero si fue del producto de estrategias (prácticas sociales) estructuradas, concordantes con la posición social de quien las produjo.

Bourdieu (65), el concepto de habitus tiene el papel de articulador entre tres dimensiones fundamentales de análisis que fueron aplicadas en esta investigación: a)

la estructura de las posiciones objetivas, una vez que el lugar de cada sujeto en el campo propicia un conjunto de vivencias que tienden a consolidar un habitus; b) la subjetividad de los individuos, haciendo que el sujeto desarrolle estrategias no como un sujeto cualquiera, pero si como miembro típico de determinado grupo que ocupa determinada posición; y c) las situaciones concretas que hacen que, aún sin saber, el sujeto reproduzca la propia estructura en la cual él fue formado.

Esta línea de razonamiento, permite que se entienda al habitus como un sistema de disposiciones durables, estructuradas de acuerdo con el entorno social de los sujetos y predisuestas a funcionar como estructuras estructurantes; es decir, como la generación de principio y la estructuración de las prácticas y representaciones conceptualmente, para Bourdieu el campo es: “Un espacio social estructurado, un campo de fuerzas donde hay dominantes y dominados y relaciones constantes de desigualdad que se ejercen dentro de ese espacio , que también es un campo de lucha para que transformen o conserven este campo de fuerza” (65).

Dentro de su universo en competencia unos con otros, cada persona se esfuerza por la fuerza (relativa) que posee y define su posición en el campo y, como resultado, sus estrategias (65).

En un intento de aplicar estos conceptos a la realidad investigada en este estudio, se puede suponer que, en relación a la historia progresiva del campo, algunos agentes e instituciones ocupan las posiciones dominantes anteriormente mencionadas, como médicos y dirigentes de instituciones hospitalarias, en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, de acuerdo con este análisis teórico, consciente o inconscientemente, se tiende a adoptar estrategias de conservación de las estructuras de este campo, así como los criterios de clasificación

que los beneficien. Otros agentes que, a su vez, ocupan posiciones dominadas, a veces representados por enfermeras del HONADOMANI-SB., tienden a adoptar una estrategia de protesta a las estructuras jerárquicas existentes en el espacio social de la institución, a través de la lucha para hacerse ver, hacerse creer y hacerse reconocer, en el interior de ese espacio.

De acuerdo con esta perspectiva de análisis, las posiciones privilegiadas en la estructura social están determinadas por el volumen y la naturaleza de los recursos de los agentes. Una identificación más precisa de estas características son los diferentes tipos de capital: social, simbólico, cultural, y económicos (65).

El capital social se refiere al conjunto de las relaciones sociales: en el caso específico de los participantes de este estudio son las enfermeras que al actualizar y fortalecer sus conocimientos relacionados con el cuidado materno infantil, puede haber dado visibilidad a su trabajo, participando en las reuniones de gestión con los directivos del HONADOMANI-SB.

A su vez, el capital simbólico que se relaciona con el prestigio o la buena reputación que el agente tiene en el campo se aplica al estudio realizado por el reconocimiento de este capital. La acumulación de capital cultural que presupone trabajo de asimilación, requiere inversión personal en términos de tiempo, Bourdieu sostiene que, “el capital cultural es una parte integrante de la persona, un habitus” (65).

Por estas razones, el HONADOMANI-SB fue concebido en la investigación como un campo de producción simbólica, escenario de disputas entre actores sociales dominantes y dominados, donde las enfermeras, a lo largo de su trayectoria social /

profesional, invirtieron el capital acumulado como una estrategia para asegurar la posición institucional en este espacio.

El trabajo de enfermería se centra en el cuidado, en las dimensiones de cuidar, gerenciar, gestionar, educar e investigar. La gestión de Enfermería en los servicios de salud, es apreciada desde diferentes posiciones de forma simultánea, evidenciándose distintos grados de responsabilidad tanto en las enfermeras asistenciales como en las enfermeras supervisoras o jefas.

Realizando un análisis de las definiciones anteriores en relación con las similitudes de los conceptos de Meleis, se puede decir que los autores convergen en que dentro del proceso de gestión del cuidado se llevan a cabo etapas, como son: planear y organizar, que puedan garantizar la eficacia de los cuidados y los procesos asistenciales. Además que este requiere de competencias para hacerlo y que se requiere de liderazgo, comunicación y participación. Por otra parte, también convergen en que está centrada en el paciente, familia y comunidad.

CAPÍTULO III

ABORDAJE METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación

El estudio fue de enfoque cualitativo de tipo histórico social porque el fenómeno fue visto en su contexto vivido comprendiendo y explicando las historias y experiencias de las enfermeras; es decir que, describió la realidad tal como se dio para comprender los procesos que se desarrollaron. Las experiencias como parte del conocimiento para el desarrollo de la enfermería y del cuidado del paciente, es recomendado enfocarlo como un estudio cualitativo tal como lo afirma Do Prado, De Souza y Carraro (66).

La investigación cualitativa aparece como una nueva perspectiva para mirar los fenómenos sociales, y entre ellos los de salud y enfermedad. Si percibimos el cuidado de enfermería como un fenómeno complejo y multifacetario. Solamente así, los enfermeros tendrán subsidios para un cuidado que reconozca su valor, su dimensión política y social y su implicación sobre la vida de los ciudadanos.

La investigación cualitativa busca entender el significado de la experiencia o explorar un fenómeno desde el punto de vista del otro, esta investigación cualitativa en enfermería determina un acercamiento con áreas del saber antropológicas y psicosociales, la adquisición de habilidades reflexivas en la utilización de otros referenciales teóricos-metodológicos y conocer cuestiones relacionadas con la esencia de la enfermería: el cuidado, su naturaleza, sus implicaciones y las expectativas de las personas que reciben el cuidado de enfermería.

La enfermería, necesita un conocimiento que le permita tratar de manera eficiente y moral la complejidad y la variedad de situaciones a las que se enfrenta, es decir un conocimiento inductivo, cercano y situado. Este conocimiento sin duda

eliminar brechas y permitirá que la práctica y la disciplina estén articuladas de verdad. Tal como lo destaca Do Prado, De Souza y Carraro (66).

La perspectiva cualitativa es básicamente inductiva, porque aparte de interrogantes no siempre del todo formuladas, desarrolla conceptos y comprensiones a partir del análisis de los datos. Estos no son definidos a priori, como los datos cuantitativos, obliga al investigador a ser flexible, creativo en el momento de la entrevista y de su análisis.

Las historias determinadas inductivamente, llegan a determinar las características principales de cada experiencia, sometiéndolas a una descripción amplia y pormenorizada de cada aspecto que conforma la realidad del momento y de las condiciones con las que se realizó. En general se destaca las historias de los profesionales de enfermería mediante entrevistas a través de un proceso basado en preguntas sobre los aspectos generales y situaciones por las cuales han transitado las enfermeras en el desarrollo de su carrera profesional.

En las investigaciones cualitativas, la teoría se basa en datos empíricos y las generalizaciones se realizan al interior de los casos y no entre diferentes casos. La investigación Cualitativa presenta características tales como: Holístico, mira el asunto como un todo, está dirigido a las personas, y requiere de la interacción de parte del investigador con los participantes.

El desarrollo de la investigación cualitativa representa para el campo de la salud una posibilidad de aproximación a las dimensiones subjetivas de la experiencia, pérdida y recuperación de la salud humana y en el campo profesional de la enfermería, es un instrumento apropiado para dar las bases de un cuidado más humanizado, para una atención personalizada, multidisciplinaria al paciente y su familia, ayudando también a comprender las realidades sociales, con sus culturas,

buscando allí los sentimientos y los significados posibles para valorar las vivencias del paciente, su familia y grupos de convivencia, contribuyendo con el desarrollo de la profesión.

La investigación cualitativa en enfermería se centra en la comprensión de la globalidad, lo cual es congruente con la filosofía holística de la enfermería, así como lo menciona Cantuarías, Moreira y Rubio (67).

La investigación cualitativa tiene como objeto principal incorporar el significado de las interrogantes e interpretar la intencionalidad inherente a los actos, a las relaciones y a las estructuras sociales tanto en su conformación como en su transformación con construcciones humanas significativas.

La investigación cualitativa es una estructura de reconocimiento de los distintos significados de las interrogantes planteadas en la investigación, que como tal trata de revelar significados subyacentes, aspectos socioculturales, sentimientos y vivencias de los pacientes en su entorno familiar tratando el personal de enfermería en lo posible utilizar estos significados en el cuidado de manera integral.

Por ello, la investigadora eligió esta metodología para este trabajo, porque permitirá conocer ¿cómo se dio la Gestión de las Enfermeras en el Cuidado Materno Infantil Hospital Nacional Docente Madre Niño-San Bartolomé en los últimos 20 años (1984-2004)?

3.2. Método de Investigación.

La presente investigación se basó en el abordaje histórico social, con aproximación a la dialéctica, porque tiene el propósito de demostrar los sucesos, los fracasos, ocurrencias en general o eventos que ocurrieron en un pasado más cercano, y que denominamos historia del presente. El método de investigación histórica social es aquel que se caracteriza como un tipo de abordaje sistemático mediante la

recolección, la organización y la evaluación crítica de los datos que tienen relación con acontecimientos del pasado.

Además el proceso de documentación de la investigación se apoyó de la consulta de otras referencias bibliográficas y entrevistas a algunos sujetos de inclusión del estudio, con un tiempo de servicio mínimo de 10 años y máximo de 20 años de servicio debido a las limitantes de fuentes históricas. La recolección de la información se programó a partir del último trimestre del año 2014 previo consentimiento de la institución. La entrevista se realizó teniendo en cuenta la disponibilidad de los horarios de las enfermeras participantes. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de cuarenta minutos, apoyada en las preguntas orientadoras. (Ver anexo N° 3).

La enfermería es una profesión que a lo largo del tiempo viene construyendo y desconcertando su historia. Su relación con la sociedad está orientada por los conceptos, prejuicios y los estereotipos que se establecieron en su trayectoria histórica y que influyen hasta hoy en la concepción de su significado. La profesión de enfermería atraviesa por roles distintos de acuerdo a su entorno y contribución al cuidado del paciente, así como lo destaca Do Prado, De Souza y Carraro (66).

La enfermería como profesión viene sufriendo transformaciones a lo largo de su historia. Dentro del contexto político y social, es imposible querer entender la profesión sin establecer una relación con los acontecimientos históricos que ocurrieron a lo largo del tiempo.

La enfermería adquiere profundidad en métodos y procedimientos porque interacciona con una realidad tanto a nivel profesional, social y económico, por ello es susceptible a cambios y evoluciona para obtener un desarrollo fortalecido en las vivencias y experiencias constructivas.

La investigación histórica sistematiza los hechos pasados, en el que se tamiza el conocimiento científico y se descartan aquellas situaciones improductivas, permitiendo el fortalecimiento de la profesionalización, así lo indican, Do Prado, De Souza., Monticelli, Cometto y Gómez (68).

¿Para qué sirve entonces la investigación histórica? La Investigación histórica tiene el propósito de demostrar los sucesos, los fracasos, ocurrencias en general o eventos que ocurren en un pasado lejano, que denominamos historia del pasado o que ocurren en un pasado más cercano, y que denominamos historia del presente.

Las sociedades humanas existen en un determinado espacio cuya formación social y configuración son específicas. Viven el presente marcado por el pasado y proyectado hacia al futuro, en un enfrentamiento constante entre lo que está dado y lo que está siendo construido.

De esta forma el abordaje histórico social es el que mejor se adapta al objeto y objetivos del estudio, así como lo destaca. Do Prado, De Souza y Carraro (66), “Los estudios de naturaleza socio-histórica comprenden el estudio de los grupos humanos en su espacio temporal y se preocupan en discutir los diversos aspectos del cotidiano de las diferentes clases y de los grupos sociales.”.

Los estudios históricos proveen de material y hechos vividos que a su vez pasan a formar un conjunto de acciones pasadas de ciertos grupos humanos, fortaleciendo un proceso aleccionador de aprendizaje y conocimiento científico.

3.3. Sujetos de la investigación

Los sujetos investigados, fueron las enfermeras en las cuales se exploró la historia de las enfermeras en la gestión del Cuidado Materno Infantil en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, experiencias que han desarrollado habilidades y destrezas de forma cualitativa, tal como lo indica Salazar (69).

Sujeto no es un objeto de investigación. Cuando encarnamos la investigación social desde una perspectiva cualitativa, recurrimos a estrategias que incluyen el diálogo con los sujetos cuya experiencia consideramos significativa para explorar el problema de estudio. Es algo que hacemos a través de diversidad de formas de entrevista y observación. Esta reflexión trata sobre las condiciones de este dialogo como interacción subjetiva.

Los estudios cualitativos plantean conceptos que contribuyen al reconocimiento de los aspectos importantes del problema de estudio y del sujeto de investigación, mediante la entrevista, dialogo y observación con los participantes.

En importante, indicar que la relación con el sujeto de estudio plantea una gama de interacciones donde se manifiestan las experiencias y vivencias de forma sistemática que enriquecen el conocimiento de los aspectos relevantes del problema, tal como lo afirma De Souza (70).

El lugar primordial es el ocupado por las personas y grupos que conviven en una dinámica de interacción social. Estas personas y grupos son sujetos de una determinada historia a ser investigada, siendo necesaria una construcción teórica para transformarlos en objetos de estudio. Partiendo de la construcción teórica del objeto de estudio, el campo se convierte en un palco de manifestaciones de intersubjetividades e interacciones entre el investigador y los grupos estudiados, dando lugar a la creación de nuevos conocimientos.

En nuestro contexto las historias expresan la dinámica laboral, experiencias adquiridas en el entorno laboral, construyendo teóricamente la historia por la cual se ha desarrollado la profesión de enfermería y su contribución como eje transformador de la profesión entre los profesionales, pacientes y la sociedad.

3.3.1. Criterios de inclusión

- Enfermeras que desearon participar voluntariamente del estudio.

- Enfermeras que se encontraron trabajando en el hospital y de preferencia que tengan un tiempo de servicio mínimo de 10 y un máximo de 20 años en la institución.
- Enfermeras que desempeñaron cargos importantes para el desempeño de la categoría profesional.
- Enfermeras que participaron activamente en la gestión del cuidado.

3.3.2. Criterios de Exclusión

- Enfermeras que no desearon participar del estudio.
- Enfermeras que se encontraron con descanso médico prolongado
- Enfermeras que se encontraron de vacaciones.
- Enfermeras que se encontraron de licencia
- Enfermeras que ingresaron al hospital en los últimos 5 años.

3.4. Escenario de estudio

El escenario de estudio fue el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé, de la ciudad de Lima, Ubicado en la Av. Alfonso Ugarte N° 825, cercado de Lima., El Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé es un hospital de referencia nacional con categoría III -1⁴ del tercer nivel de atención, que brinda atención especializada para la salud de la Madre, el Niño y el Adolescente; Sus límites distritales son: Al norte con los distritos de San Martín de Porres y el Rímac; al oeste con los distritos de Carmen de la Legua, Callao y Bellavista; al este con el distrito de el Agustino, al sur con los distritos de Breña, La Victoria, Jesús María, Pueblo Libre, San Miguel y Lince.

⁴Hospitales mayormente nacionales de alta complejidad, en el Sector Público, no tiene población asignada directa, sino población referencial nacional y regional.

La demanda del hospital en el año 2013, fue de 77,081 pacientes; este total distribuido por grupo etario corresponde: a un 50,69% niños, un 6,08% adolescentes, un 21,93% jóvenes, un 19,82% adultos, y 1,49% adultos mayores.

Según género predominan las mujeres con un 64% del total, el 46,72% de los niños fueron mujeres, el 63, 2% de los adolescentes fueron mujeres, el 83,86% de los jóvenes fueron mujeres, el 86,16% de los adultos fueron mujeres, y el 68,17% de los adultos mayores fueron mujeres. (71).

Fuente de datos: ASIS. (Análisis situacional de salud)

La entrevista se realizó en el auditorio Abrahán Ludmir, ubicado en el 2do. Nivel de la infraestructura externa del referido hospital.

3.5. Procedimiento de recolección de datos cualitativos

Para la recolección de datos se hizo uso de la técnica siguiente: La entrevista semi-estructurada y revisión documentaria.

Entrevista semi-estructurada

La entrevista semi-estructurada, en la investigación cualitativa, es un instrumento técnico que tiene gran sintonía epistemológica con este enfoque y también con su teoría metodológica.

En este caso el entrevistador dispone de un «guion», que recoge los temas que debe tratar a lo largo de la entrevista. Sin embargo, el orden en el que se abordan los diversos temas y el modo de formular las preguntas se dejan a la libre decisión y valoración del entrevistador. En el ámbito de un determinado tema, este puede plantear la conversación. Como desee efectuar las preguntas que crea oportunas y hacerlo en los términos que estime conveniente, explicar su significado, pedir a la entrevistada aclaración cuando no entienda algún punto y que profundice en algún

extremo cuando le parezca necesario, establecer un estilo propio y personal de conversación. Toda entrevista depende de las historias de las enfermeras, por lo cual el investigador guiará al entrevistado a responder según el lineamiento propuesto, pero al mismo tiempo las historias en cada sujeto estarán influenciadas por condiciones pasadas que subyacentemente estaban estructuradas con base a las características de ese tiempo, por tanto se producirá un distanciamiento entre el propósito de estudio y las experiencias de los sujetos de estudio tal como lo explica De Souza (72).

La inserción del investigador en el campo está relacionada con las diferentes situaciones de la observación participante deseada por él. En un polo, tenemos su participación plena, caracterizada por un involucramiento completo en todas sus dimensiones de la vida del grupo a ser estudiado. En el otro, observamos un distanciamiento total de participación de la vida del grupo, teniendo como prioridad solamente la observación. Ambos extremos mencionados conllevan riesgos que deben ser evaluados antes de ser adoptados.

En general, cuando realizamos una entrevista siempre habrá condiciones que involucren distintas características del objeto de estudio, como las dimensiones o atributos que no estén necesariamente vinculados al propósito de estudio, por lo cual debe realizarse la observación de manera puntual y específica.

La técnica de entrevista semi-estructurada posibilita un diálogo intensamente correspondido entre el entrevistador y el informante. También permite al informante retomar su historia de forma retrospectiva, con una exhaustiva interpretación. En ella generalmente tiene lugar la liberación de un pensamiento crítico reprimido y que muchas veces no llegan en tono de confidencia. Es una mirada cuidadosa sobre la propia historia o sobre un determinado hecho. Este relato proporciona un material extremadamente rico para un análisis de lo vivido. En él podemos encontrar el reflejo

de la dimensión colectiva a partir de la visión individual. La recolección de datos para este estudio fue de la siguiente manera: Se describió inicialmente, la dinámica del tratamiento de los datos Para caracterizar las categorías temáticas. Se eligió trabajar con categorías temáticas, por ser una técnica práctica y fácil de usarla y que permite evidenciar las “unidades de significado”, elementos de significación constitutiva de los mensajes que componen la comunicación. A continuación se describe los pasos seguidos para esta etapa del estudio:

- Reproducción escrita de las grabaciones de las entrevistas, en formato de texto digital.
- Lectura minuciosa de las entrevistas transcritas.
- Selección de las ideas centrales de las entrevistas transcritas, siendo identificadas a través de códigos (colores) que las representaban.
- luego se construyeron las unidades de significado.
- Siendo el último paso la identificación de las categorías a partir de las unidades de significado.

Para realizar la entrevista, también se elaboró una guía de entrevista que no fue un protocolo estructurado de preguntas, se trató más bien de una lista de tópicos temáticos y aspectos generales, que direccionaran a revelar las historias o experiencias como producto final (ver Anexo N° 2), adjunto a esta entrevista hubo un formato de consentimiento informado, el que fue firmado por la enfermera a entrevistar como un documento de aceptación, previa a la información de los fines del estudio.

Es importante tener a la mano una, libreta de campo que es otro apoyo que será útil para anotar los acontecimientos del día de los relativos a las percepciones.

El número de entrevistas semi-estructuradas fueron determinadas por el criterio de punto de saturación, considerando como óptimo, se entiende por saturación el punto en el cual se ha escuchado cierta diversidad de ideas y que con cada entrevista aparece una observación adicional y no aparecen otros elementos.

En relación a la Revisión documentaria me ha permitido recabar información mediante la revisión de diversas fuentes documentales, permitiéndome al mismo tiempo validar o “triangular” la información obtenida, corroborar los datos y obtener información adicional que pudiera facilitar y completar la interpretación de la evidencia obtenida mediante las otras fuentes de datos. Utilizada en este estudio. Así mismo, se intentó recopilar toda la información adicional disponible sobre cada uno de los casos con anterioridad a la realización del estudio, con el propósito de incluirla y de profundizar en el conocimiento del marco de nuestra investigación.

3.6. Procesamiento de datos

El proceso de análisis de modo general consiste en organizar, construir un significado, codificar, relacionar y por ultimo escribir. El investigador precisa ejercitar su creatividad y sensibilidad, para penetrar y darles un significado a los acontecimientos que muestran los datos. Así como lo señala Do Prado, De Souza, Monticelli, Cometto y Gómez (68).

Un aspecto esencial es que el historiador debe procurar ser muy sensible al material utilizado, sin mostrarse suficientemente comprometido en el trabajo, debe mostrar un equilibrio entre las fuerzas de su interés personal, con el interés social y el interés histórico.

De acuerdo con Minayo (73), el análisis de los datos tiene tres finalidades: una finalidad heurística, es decir, que se inserta en el contexto de descubrimiento de la investigación; la segunda finalidad, está relacionada con la revisión de la hipótesis de

trabajo provisional, de modo que las confirma y levanta otras. La última finalidad, es de gran valor en este estudio dado que permite ampliar la comprensión de contextos históricos con los significados subyacentes.

Boyle (74), refiere que para comprender el significado que las enfermeras le otorgaban a la historia de las Enfermeras en la gestión del Cuidado Materno Infantil en el hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, se hizo uso de los procedimientos propios del análisis descriptivo. Por lo tanto, el proceso se inició paralelamente con el trabajo de campo, en tanto se obtuvieron las entrevistas, de este modo se hizo posible desarrollar ideas y hacer comprobaciones que fueron adecuando los supuestos e hipótesis de estudio Boyle.

Las grabaciones se transcribieron por la investigadora lo más pronto posible, después

de haber culminado las jornadas de las entrevistas. El análisis se estructuró de manera general con la realización de procesos cognitivos como la comprensión, la síntesis y la contextualización Morse (75), asimismo se realizó el análisis documental

Los textos fueron leídos analíticamente minuciosamente, se estableció vinculaciones y conexiones entre los datos, mediante el uso de mapas conceptuales y se agruparon los códigos buscando conexiones lógicas entre ellos. Se empleó el criterio de saturación, cuando de los textos no emergieron más códigos, ni fue posible construir más categorías, determinando de este modo un proceso de síntesis, paralelamente con el análisis de los datos, se buscó conceptos teóricos existentes que permitieron ampliar el proceso de razonamiento y comprensión de las categorías.

La información obtenida fue comprendida en su real dimensión, en función a sus experiencias, reduciéndolas a una idea principal para su interpretación y su

debida contextualización a fin de hallar un verdadero significado de manera secuencial.

Do Prado M., De Souza M., Carraro (66), "En la metodología del análisis cualitativo las etapas no se suceden unas a otras, como ocurre en el esquema secuencial de los análisis convencionales, sino que se produce una aproximación sucesiva o un análisis en progreso".

El análisis de los datos de la investigación cualitativa tiende a transformar un conjunto de informaciones con el objetivo de darles sentido: busca identificar los datos del problema en estudio. Es el proceso de ordenar los datos, organizarlos en modelos, categorías y unidades descriptivas. En un inicio las informaciones son sometidas a un proceso de reducción por medio de la selección, simplificación, abstracción y transformación de los datos originales proveniente de las observaciones de campo. En esta secuencia se organizaran de manera que el investigador consiga tomar decisiones y sacar conclusiones, y posteriormente será interpretado, atribuyéndole significados al análisis y explicando patrones. a), para realizar el análisis de los documentos se utilizó el método de análisis documental, es la operación que consiste en seleccionar las ideas informativamente relevantes de un documento a fin de expresar su contenido sin ambigüedades para recuperar la información en él contenido. Esta representación puede ser utilizada para identificar el documento, para procurar los puntos de acceso en la búsqueda de documentos, para indicar su contenido o para servir de sustituto del documento.

El análisis documental cubre técnicas tradicionales de bibliotecas, tales como catalogación, indización, clasificación y resumen, además de técnicas informáticas como la indización automática y la recuperación de la información almacenada en

ordenadores mediante el lenguaje natural. Este análisis se realiza persiguiendo el fin práctico: recuperar la información que no es una tarea simplemente rutinaria, ni tan sencilla como resulta al parecer para algunos usuarios que desconocen cuanto trabajo previo ha habido que realizar para que el reciba la documentación que necesita., b) para analizar las entrevistas, se utilizó el método del análisis temático, que consiste en descubrir los núcleos de sentido que componen una comunicación, cuya presencia o frecuencia signifiquen algo para el objeto analítico apuntado.

3.7. Consideraciones éticas y de rigor científico

Una característica importante de un estudio cualitativo es la ética, la cual es intrínseca al proceso de investigación y requiere de una actitud atenta con la relación a ella., la ética está en el principio y en el final de la investigación y sobre todo en el modo de realizar la investigación.

El registro de la historia de la gestión del cuidado de las enfermeras serán obtenidas con el compromiso de mantener la confidencialidad y el respeto de las opiniones manteniendo una posición imparcial sin emitir un juicio de lo expresado por cada una de las entrevistadas, así como lo destaca Do Prado De Souza y Carraro (66).

Desarrollar investigación es un compromiso moral de los profesionales del área de salud y, por su parte, deben respetar la legislación vigente de cada país, la reglamentación profesional de cada práctica de salud en donde la investigación sea desarrollada, los principios éticos y observar las normas institucionales.

Es importante mantener una posición ética y llevar a la práctica los principios éticos como una manera apropiada de hacer investigación. Este trabajo de investigación se orientara por 3 principios éticos: Informe Belmont (76).

- Respeto: Se tendrá en cuenta la dignidad de las enfermeras participantes sin discriminación alguna. A los participantes se les garantizará que la información recolectada se mantendrá bajo absoluta reserva. De igual manera que los datos y hallazgos serán utilizados con fines de mejorar la calidad de gestión del cuidado y serán consolidados en un informe final que una vez publicado servirá como un referente para el cuidado de enfermería.
- Principio de Beneficencia y no maleficencia: para tal propósito, el proceso investigativo y los datos del estudio serán manejados de manera responsable y los hallazgos podrán servir como referente para comprender las situaciones vividas por los participantes, con el objeto de mejorar el cuidado de enfermería.
- Justicia: se informará a los integrantes del estudio que en ningún momento les serán asignados, ni solicitados aportes en dinero o en especie por concepto de participación del estudio.

3.8. Rigor Científico

Con el propósito de garantizar la calidad científica y el rigor del estudio se tomaron en cuenta los criterios de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad. Castillo & Vásquez (77).

La credibilidad se logra cuando los hallazgos del estudio son reconocidos como reales o verdaderos por las personas que participaron en el estudio y por aquellas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado.

El criterio de auditabilidad, permite considerar que una investigación etnográfica tiene rigor metodológico. La auditabilidad se refiere a la neutralidad de la interpretación o análisis de la información, lo cual se logra cuando otra (s)

investigadora(s) puede seguir la pista de la etnografía original y llegar a hallazgos similares.

El Criterio de transferibilidad, que se refiere a la posibilidad de transferir los resultados a otros contextos o grupos. En la investigación cualitativa y en este caso la etnográfica, la audiencia o el lector del reporte son los que determinan si pueden transferir los datos a un contexto fuera del estudio, el grado de transferibilidad está en función directa de la similitud entre los contextos.

En esta investigación para garantizar que los relatos den cuenta de la realidad de la historia de las enfermeras en la gestión del cuidado y cumplir al máximo con los criterios de rigor antes establecidos, se procederá a grabar las entrevistas, las cuales serán transcritas por mi persona que en este caso soy el investigador con el propósito de conservar la fidelidad de la información recolectada. Se determinará patrones recurrentes con los cuales se hará la codificación y categorización hasta lograr la saturación.

La subjetividad del investigador cualitativo, es un elemento que influye en todo el proceso, atendiendo a esto, entendemos al investigador como un instrumento flexible de indagación De la Cuesta (78), donde la flexibilidad emerge como un elemento fundamental dado que el investigador se convierte en un vehículo para obtener datos y comprender la experiencia.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

Y DISCUSIÓN

A través del análisis de contenido se construyeron categorías temáticas obtenidas de las entrevistas a los profesionales de enfermería con reconocida trayectoria profesional en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” que participaron en este estudio.

4.1. Resultados

Categorías Temáticas.

- 1. Políticas Sociales, Programas Maternos Infantiles y Salud de la Mujer y Niño.**
- 2. Hechos y Acontecimientos que Caracterizaron la Trayectoria Evolutiva de la Gestión de las Enfermeras en el Cuidado Materno Infantil.**
- 3. Perspectivas para la Gestión del Cuidado Materno Infantil.**

Tabla 1

Características de los sujetos participantes en el estudio

Enf. Entrev.	Edad	Sexo	Estado Civil	Nº de hijos	Condición laboral	Cargo que desempeña	Estudios de Pos Grado
E.1	66	F	Soltera	0	Nombrada	Pas Jefa de Dpto.	Administración De los Serv. De Enfermería
E.2	61	F	Casada	03	Nombrada	Enf. Supervisora	Gestión y Administración de los Serv. de Enfermería
E.3	57	F	Casada	02	Nombrada	Enf. Jefe de Serv.	Gestión y Administración de los Serv. de Enfermería
E.4	64	F	Soltera	0	Nombrada	Pas Jefa de Dpto.	Administración De los Serv. De Enfermería
E.5	66	F	Soltera	0	Nombrada	Enf. Supervisora	Gestión y Administración de los Serv. de Enfermería
E.6	63	F	Casada	02	Nombrada	Enf. Supervisora	Gestión y Administración de los Serv. de Enfermería
E.7	40	F	Soltera	0	Nombrada	Enf. Jefe de Serv.	Administración De los Serv. De Enfermería
E.8	54	F	Casada	02	Nombrada	Enf. Jefe de Serv.	Administración De los Serv. De Enfermería
E.9	60	F	Casada	03	Nombrada	Enf. Supervisora	Gestión y Administración de los Serv. de Enfermería
E.10	59	F	Soltera	01	Nombrada	Enf. Supervisora	Administración De los Serv. De Enfermería
E.11	51	F	Casada	02	Nombrada	Enf. Jefe de Serv.	Gestión y Administración de los Serv. de Enfermería
E.12	50	F	Casada	01	Nombrada	Enf. Jefe de Serv.	Gestión y Administración de los Serv. de Enfermería

Se realizaron 12 entrevistas a enfermeras que ocuparon y que ocupan actualmente cargos administrativos en la estructura orgánica del Departamento de enfermería, del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. La edad de las entrevistadas es de 40 años a 66 años de edad, las 12 entrevistadas fueron de sexo femenino, 07 participantes son casadas con un promedio de 02 hijos, 05 entrevistadas son solteras. Respecto a la condición laboral las 12 participantes son nombradas, 2 participantes fueron Jefas de Departamento, 5 participantes son supervisoras y 5 son Jefas de Servicio, así mismo las 12 entrevistadas tienen estudios de Pos Grado, 7

participantes tienen título de Enfermeras Especialistas en Gestión y Administración de los servicios de Enfermería y 5 participantes tienen el título de Enfermeras Especialistas en Administración De los Servicios De Enfermería.

4.2. Análisis y discusión de resultados.

Atraves del análisis de contenido se construyeron categorías temáticas obtenidas de las entrevistas a los profesionales de enfermería con reconocida trayectoria profesional en el hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” que participaron en este estudio. Por otro lado, nos ha permitido el descubrimiento de hechos reales, la comprensión de los significados y profundizar la comprensión de los efectos socio-política de la salud Materno Infantil, Programas de Salud; hábitos culturales en la aceptación de los programas Materno Infantil, Servicios de Salud y costumbres; estrategias para la implementación de programas de salud materno-infantil.

La aplicación de la lógica de la dialéctica crítica fue crucial, ya que nos permitió conocer la especificidad histórica de hechos y eventos de la evolución de la Salud Materno Infantil, Programas de Salud y la inserción de enfermería, la integración de ideas y puntos de vista de los entrevistados debidamente contextualizadas, aclarar algunas contradicciones, conflictos, controversias y desafíos y la identificación de estos. Del análisis de las entrevistas se han obtenido 3 categorías, las cuales describimos en detalle:

1. Políticas sociales, Programas Maternos-Infantiles y Salud de la Mujer y Niño

Según testimonios de las enfermeras que laboraron y laboran en la institución y la revisión de documentos escritos, fotos, libros, textos, revisiones de literatura, etc. Se obtiene hechos importantes que son considerados hitos para la profesión de

enfermería, los testimonios a lo largo de la historia del hombre, la atención materno-infantil ha permitido que el aseguramiento de la permanencia de la especie humana se logre, gracias a la participación de los individuos responsables de dicha misión. Donde la enfermera como integrante del equipo de salud eran las que aseguraban la continuidad de los servicios de atención a la salud materna infantil recomendado por distintos programas adoptados por el Sistema Nacional de Salud.

El Perú a partir del año 1980 retornó a la democracia, lamentablemente junto con este hecho se inicia el terrorismo, fue el periodo más sangriento que se dio en toda la historia del Perú Republicano, este problema fusionado con la crisis económica mundial, durante este tiempo se produjo uno de los mayores desastres en el país, tanto social como económicamente. Fue un periodo de caos interno que duró 14 años, desde 1980 hasta aproximadamente 1994, las acciones terroristas se dieron durante los gobiernos de Fernando Belaúnde Terry, Alan García Pérez y Alberto Fujimori Fujimori, siendo este último responsable de su derrota, luego el Perú entra en una grave crisis económica que lleva a una hiperinflación histórica en este país y al empobrecimiento de amplios sectores de la población así como el colapso de los servicios públicos.

El fundamentalismo neoliberal determinó a una serie de reformas y cambios económicos, sin tomar mucho en cuenta las estructuras prevalecientes inicialmente y, sobre todo sin evaluar adecuadamente las repercusiones sociales e institucionales directas e indirectas que provocarían dichos cambios. Como resultado alcanzado es que el Perú ha logrado estabilidad y crecimiento económico, pero sin resolver los problemas de desigualdad, pobreza y exclusión, el neoliberalismo ha estado bajo la conducción de tres gobiernos, Alberto Fujimori (1990-2000), Valentín Paniagua

(2000-2001), Alejandro Toledo (2001-2006). Los principios económicos del modelo han sido mantenidos por estos gobiernos, en verdad, con muy pequeñas variantes. Lo más notable es que se ha conformado un “saber convencional” basado en la doctrina neoliberal.

Durante las dos décadas pasadas (1984-2004), los niveles de mortalidad y desnutrición son aún muy altos, y las desigualdades por nivel socioeconómico, etnicidad y lugar de residencia (urbano/rural) aparecen como intolerables para una sociedad democrática. La desnutrición crónica infantil, no ha mostrado mejoras importantes. La problemática de la salud materno-infantil requiere una intervención integral que va más allá del sector salud, en tanto factores sociales como la pobreza monetaria, la educación, la etnicidad y las relaciones de género, entre otros, juegan también un papel muy importante en la determinación de la salud de los individuos, por encima de las barreras económicas y geográficas para el acceso a los servicios de salud. Indudablemente en las últimas dos décadas hemos aprendido mucho acerca de cómo los factores sociales en general, y los sistemas de salud, determinan la salud infantil y materna.

Todos estos hechos ocurridos han permitido consensuar políticas de estado en favor de las poblaciones más vulnerables, permitiendo una reducción sostenida de la pobreza y pobreza extrema, así como una mejora en la salud y nutrición de mujeres y niños, la reforma del sector en la década de los 90 y las políticas y programas dirigidos a eliminar las barreras de acceso y mejorar la calidad de la atención de la salud, con priorización de mujeres y niños, han sido un factor importante para el progreso del país en el logro de sus objetivos, la atención materno-infantil ha permitido que el aseguramiento de la permanencia de la especie humana se logre, gracias a la

participación de los individuos responsables de dicha misión. Donde las enfermeras como integrante del equipo de salud eran las que aseguraban la continuidad de los servicios de atención a la salud materna infantil recomendado los distintos programas adoptados por el Sistema Nacional de Salud, cambios que son adoptados por el HONADOMANI-SB.

Dentro de las políticas de estado dadas tenemos: Salud para todos como objetivo final del sector salud, plantea prioridades por grupos etarios: madres gestantes y lactantes, niños menores de 6 años y escolares; Medicamentos como base social y Recuperación de los establecimientos de salud. Planteándose las siguientes metas: Reducir la Mortalidad Materna a 10x10m (10%), Reducir la Tasa Global de Fecundidad a 3.1 (30%), cobertura de atención prenatal c/4 controles, 75% cobertura institucional del parto, control puerperal mayor al 60% púerperas. Es así que en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé se dan sucesos importantes:

ILUSTRACIÓN N° 9

- Programas de Supervivencia Infantil (1985), Su finalidad es reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en los niños menores de cinco años, así como promover su mejor crecimiento y desarrollo.
- Programa Maternidad Segura y Saludable (1986), que tiene por finalidad sensibilizar, motivar y comprometer a todas las instituciones públicas y privadas, así como a la población en general, en el tema de la maternidad sin riesgos.
- Programa Madre Canguro (1987), Su finalidad es la humanización de la neonatología del inicio temprano del contacto entre la madre y el niño.

- Programa Planificación Familiar (1989), Su finalidad consiste en mejorar la salud de la madre, sus hijos y la familia en general.
- Plan Nacional de Salud Materno Infantil (1991), tiene como finalidad modificar sustancialmente en el país los indicadores negativos relacionados a la muerte en mujeres por embarazo, parto y puerperio y de los perinato, especialmente de los sectores menos favorecidos de la poblacional nacional.
- Plan de Implementación de los 10 pasos de la Lactancia Materna (1993), cuya finalidad es crear conciencia de la importancia del amamantamiento y aumentar esfuerzos tendientes a alcanzar las metas.
- Hospital Amigo de la Madre y el Niño (1994), tiene la finalidad de mejorar la adhesión a la lactancia materna exclusiva en todo el mundo.
- Proyecto 2000 (1995), tiene por finalidad mejorar la calidad de los servicios materno-infantiles.
- Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Planificación Familiar (1996), con la finalidad de fortalecer las acciones preventivas que permitan a los hombres y mujeres construir un proyecto de vida satisfactorio y una vida libre de riesgos.
- Semana de la Maternidad Saludable y Segura (2 da. Semana., de agosto) (1998), con la finalidad de sensibilizar, motivar y comprometer a todas las instituciones públicas y privadas, así como a la población en general, en el tema de la maternidad sin riesgos.
- Programa FEMME 2000(2000), mejorar la disponibilidad, acceso, uso y calidad de atención de las emergencias obstétricas en la zona norte de Ayacucho.
- Ley del Trabajo de la Enfermera (2002).

Así también un hecho relevante de estas dos décadas, periodo de estudio son las características de Gestión del Sector Salud que según orden cronológico se detalla:

ILUSTRACIÓN N°10.

- Gestión basada en aspectos Epidemiológicos.
- Gestión con predominio del modelo de atención recuperativa.
- Inicio del gerencialismo en salud.
- Programas de Fortalecimiento de Establecimientos de Salud.
- Aplicación de técnicas gerenciales de salud.
- Promoción de administración compartida de los servicios de salud.
- Boom del gerencialismo.
- Implementación de aseguramiento público.
- Planeamiento de reforma.
- Gestión bajo el modelo de atención integral.
- Nuevo modelo de atención: planes de servicios integrados, organización en redes (Implementación del seguro integral: priorizando el componente materno infantil).

Aspectos relevantes que se dieron:

- Modernización del seguro social.
- Creación de las EPS.

En el contexto socio-cultural y político de la década 1984-2004, se registraron cambios significativos. La lucha por la emancipación de la mujer sigue siendo patente, la lucha por el empleo comenzó a mostrar resultados positivos, pero la mayoría podría emplear en el sector agrícola y en el comercio informal. La mujer estaba todavía privada de la decisión de manera autónoma, en la adherencia a los programas de

asistencia a su salud, incluso con la disponibilidad de métodos anticonceptivos de forma gratuita, los pocos usuarios que se unieron, tenían limitación en la toma de decisiones, ya que mantenían la norma cultural según la cual el esposo y/o la madre es el que debe decidir por ella. Esta postura caracteriza sumisión de la mujer. La dominación de la mujer por el hombre era un factor preponderante para el empeoramiento de la situación de las mujeres, debido a la falta de autonomía en cuanto a la toma de decisiones sobre la adherencia a los programas, especialmente de su salud. Por otro lado, la salud sexual y reproductiva, fue influenciada negativamente por la elevada tasa de analfabetismo, no sólo de la población femenina, sino también de la población en general.

Por lo tanto, el analfabetismo se considera el factor que más contribuyó a la baja del índice de la emancipación de la mujer y la baja adherencia a los programas de asistencia a la salud materna. De ahí la decisión del gobierno de incluir en el plan de desarrollo de otros programas complementarios programas de educación (alfabetización y educación de adultos), con el fin de mejor orientar e informar a la población objetivo.

En estas dos décadas la condición social de la mujer comienza a ganar nuevos horizontes. A la luz de la Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing-China, (1995), el gobierno propone la elaboración de un plan de actividades que se desarrollarán en el marco de la Plataforma de Acción de Beijing, dando prioridad a los proyectos de investigación sobre el desempleo femenino, el análisis de su causas. Además, ha puesto en marcha varios proyectos, de cursos de corta duración y / o larga duración; la concesión de créditos a las poblaciones de las zonas rurales con prioridad a las mujeres; y los proyectos de educación de la niñas y apoyo a los jóvenes / mujeres

de la educación superior, con becas de estudio. Todo, con el objetivo de mejorar las condiciones de la mujer principalmente en mujeres jóvenes, el espíritu de trabajo, de la autoestima, la confianza y luchar contra la prostitución y el consumo de drogas, así como las desigualdades sociales entre las zonas urbanas y rurales.

La combinación de objetivos de reducción de la pobreza con una problemática que es central en las relaciones de género genera un proceso político por el cual los diferentes sectores de la sociedad se movilizan usando argumentos morales, éticos y técnicos para defender distintos puntos de vista sobre roles de género, sexualidad y salud. Uno de los razonamientos más fuertes utilizados por las agencias internacionales y el Estado para invertir en políticas de salud reproductiva es el quiebre de la brecha en el acceso desigual. Una perspectiva de género que enfatice la autonomía de la mujer en las elecciones reproductivas rivaliza con objetivos de reducción de la pobreza que son focalizados en tasas de fertilidad e indicadores de mortalidad materna o infantil, entre otros.

Los desafortunados abusos cometidos dentro el programa de planificación familiar del gobierno de Fujimori revelaron una contradicción con los principios adoptados por el Estado peruano en el marco de la Conferencia del Cairo. Otro ejemplo fue el sesgo en contra de la planificación familiar que caracterizaba las orientaciones políticas de los primeros años del gobierno de Toledo, como queda testimoniado, por ejemplo, en la reducida lista de servicios de salud reproductiva cubiertos por el Seguro Integral de Salud. Estas decisiones políticas se contradecían con la importancia prioritaria acordada por el Estado peruano a la universalización del acceso a la planificación familiar y a los anticonceptivos.

Cuando se evalúa el rol de las instituciones políticas nacionales, lo que se desprende es que la elaboración de políticas se encuentra altamente concentrada en las manos del Ejecutivo, con pocas prácticas institucionalizadas. Esto explica la facilidad con la cual un Presidente como Fujimori pudo realizar cambios radicales introduciendo la política de la salud reproductiva como una importante prioridad de Estado, y que luego los primeros ministros de salud del gobierno de Toledo la modificaran de manera tan rápida a partir del 2001.

La inserción de la enfermería era aún evidente por las acciones de la enfermera en la salud materno-infantil, también dentro de ellos, estaba la especialidad en enfermería materno infantil y un grado de Maestro en Enfermería (experto en salud de la mujer). En esta perspectiva, las asignaciones de esta clase profesional en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, se aumentó la responsabilidad de asumir las direcciones en número significativo, lo cual se evidencia, en parte, en una mejora significativa en la calidad y capacidad de respuesta a las necesidades, las directrices y acciones de los programa de Salud Materno Infantil.

A diferencia de los programas anteriores, con el nuevo nivel de inserción de la enfermería comienza a sentir la categoría "participación", no sólo en la aplicación sino también en la implementación de los programas, también las enfermeras de Salud Materno-Infantil demanda una supervisión técnica que contribuya al cumplimiento de las metas de los programas de salud materno infantil y que los usuarios reciban una prestación libre de riesgos, que las acciones que ejecuta la enfermera cumpla con la norma establecida sigue siendo predominantemente de hegemónico representado por los médicos.

Las entrevistadas refieren que la gestión del cuidado materno infantil se dio por el perfil de liderazgo de las enfermeras para los programas de salud materno infantil

Tal como se evidencia en los siguientes testimonios:

(...), Siendo la enfermera un actor muy importante en la gestión del cuidado materno infantil por su perfil de líder... la enfermera de ese entonces era quien lideraba los programas de salud acorde a lo que sucedía en el MINSA, por Ej. En el programa de CRED solamente participaba la enfermera y hacía un trabajo extraordinario.

E.11.P.05; P.11.

(...), Enfermería siempre busco mejorar el bienestar de las madres y los niños; el cuidado que se brindó desde ya era una atención especializada, lo cual permitió cambios tanto en lo social e institucional. Ver que las mujeres de la sociedad se adhieren a los programas de salud que se brindaban sin muchos obstáculos; esto hera muy positivo para la institución los indicadores tienden a cambiar a favor.

E.03.P.02.

(...), El profesional de enfermería asume su liderazgo profesional, potencia su capacidad técnica, intelectual y capacidad de gestión... La enfermera hacia uso de los conocimientos en base a las ciencias administrativas, la economía, la política y las teorías de enfermería, la gestión del cuidado de enfermería se realizaba considerando los valores; se tenía una visión amplia y positiva para el desarrollo de la profesión, ejerciendo un liderazgo comprensivo y positivo que motive al personal de enfermería a fortalecer el cuidado de enfermería, que es la razón de existir de nuestra profesión, este liderazgo nos permitió liderar la salud materno infantil a través de la participación en los programas de salud para la madre y el niño.

E4.P.02.P.06.

(...), Al realizar la gestión del cuidado, me sentía Satisfecha y comprometida con mi profesión. Con mayor vehemencia se siente el orgullo de ser Enfermera y demostrar que a lo largo del tiempo Enfermería es quien lidera y es la responsable de los Servicios de hospitalización y de los programas maternos infantiles que se brindan en nuestra Institución... Las enfermeras estábamos consientes que al desarrollar estos programas se reduciría las tasas de morbilidad y mortalidad, materno-infantil y perinatal, entonces yo creo que aquí el papel que desempeño la enfermera fue muy importante.

E.03.P.09.

(...), Los hechos y antecedentes que caracterizaron la trayectoria evolutiva de la gestión del cuidado de enfermería materno infantil, en nuestra institución en el periodo 1984 - 2004 fue el liderazgo, responsabilidad e identificación con el rol social de la profesión, siempre su actuar estuvo acorde a los cambios que había en relación a las políticas de salud que se daban para la madre y del niño , recuerdo los concursos de ambientación por la semana de la lactancia materna los pasacalles, la enfermera integraba el Comité de la Lactancia Materna.

E.09. P.04.

(...), El liderazgo en enfermería era horizontal, la responsabilidad recaía en la jefa del Dpto. de enfermería quien se caracterizaba por el liderazgo para gerenciar los servicios de enfermería, las enfermeras eran más comprometidas con la profesión, eran más humanas, tenían valores y principios, existía amor a la profesión y al paciente y muy identificadas con nuestros pacientes e institución.

E.10.P.02.

El liderazgo, es un aspecto importante en las organizaciones y en especial en las de salud, donde las necesidades de las personas, la globalización y el impacto de la tecnología generan necesidades de ser instituciones competitivas, con recurso humano

eficiente, preparado y con habilidades de gestión. Las instituciones sanitarias ofrecen un servicio basado en el conocimiento científico, en principios y valores, en responsabilidad, creatividad y liderazgo; siendo este último uno de los factores de mayor relevancia para el desarrollo y cumplimiento de metas personales, grupales y organizacionales. Históricamente, en los servicios de salud, tener fuerte habilidad en la gestión fue siempre más valorado que las habilidades de liderazgo. Sin embargo, nos enfrentamos actualmente a un cambio de paradigma.

Guevara y Baltazar, (81), sostienen que el líder es una persona que posee autoridad y es capaz de ejercer influencia en otros para dirigirlos y guiarlos hacia el logro de los objetivos y metas organizacionales. El liderazgo es un proceso que favorece el desarrollo social y profesional y se hace necesario que los profesionales líderes de enfermería tengan las competencias necesarias para poder ejercerlo. Así mismo, en la profesión de enfermería deben integrarse líderes competentes con conocimientos, habilidades, actitudes acerca del liderazgo para poder ejecutar acciones estratégicas y así ejercer con eficacia y efectividad este proceso.

También la autora refiere que la enfermera líder desempeña actividades directivas, representando un papel importante de impacto en las instituciones de salud, motivando a su gremio, a la superación profesional y al logro de objetivos institucionales. Las autoras concluyen que se considera indispensable que el líder cuente con habilidades comunicativas, de trabajo en equipo, motivación y respeto para poder ejercer un proceso de influencia.

Grados (82), La enfermera en el área Materno Infantil es un/a Profesional de alto nivel científico, asertivo y empático que trabaja en el cuidado de la salud del ser madre y niño a través del ciclo vital desde un modelo integral y holístico. La legislación nos

ayuda a conocer y demostrar frente a nuestros pares el conocimiento que debemos poseer de la legislación que rige al ejercicio profesional de la enfermera en los servicios Gineco-obstétricos, perinatal y pediátricos, como también el conocimiento de reglamentos y estatutos que describen y regulan el ejercicio de las profesiones de la salud y particularmente de la enfermera que labora en este contexto. La salud de las mujeres durante el embarazo y el parto y la de los recién nacidos son dos de las cuestiones más importantes por sus implicaciones en el bienestar familiar, económico y social. Preservarlas y promocionarlas son objetivo primordial de las instituciones internacionales como la ONU o la OMS.

Waldow (83), el líder es una persona sensible, flexible, que busca satisfacer las necesidades de los integrantes de la organización; su rol de servicio más que de mando. De poco sirve que las cuidadoras sean sensibles a las necesidades de los pacientes si no existe apoyo y compañerismo, si predominan otros valores como la productividad y la competitividad. Si las cuidadoras se sienten frustradas si no existe un clima armónico de confianza y respeto, la desmotivación surge como algo ordinario.

Como líderes en enfermería demostraron posicionamiento en las estructuras de enfermería y en el logro del reconocimiento en el cuarto nivel del servidor público en el 1984 otorgado por el Instituto Nacional de Administración Pública, logro que se alcanzó a través de la participación masiva de las enfermeras de los diferentes sectores de salud que concurrieron en una movilización nacional lo cual permitió el otorgamiento del cuarto nivel solicitud liderada a través de la Federación de enfermeros del Perú. El liderazgo es ser desafiantes en el proceso de desarrollo, estar atentos a los cambios estructurales, para alcanzar otras oportunidades, que lleven a la profesión de enfermería a mejores estándares.

Gramsci (84), señala que el poder se ejerce no solo se recibe, sino que desde las bases el poder se ejerce para el logro de objetivos y desde allí enfermería sigue este actuar, identifica fines y concientiza a las masas sobre logros a alcanzar para el desarrollo profesional esto se vio claramente en el periodo de estudio a través de los hechos históricos que marcan hitos en la historia de enfermería.

Según la percepción de las entrevistadas sobre la gestión del cuidado materno infantil por los profesionales de enfermería este se caracterizó por el trabajo en equipo dirigido hacia el logro de los objetivos, con responsabilidad, manteniendo la unidad y evitando el divisionismo.

Valverde, y Ayala (85), refieren: el equipo de trabajo es una entidad organizada y orientada hacia el logro de una tarea común, constituida por un número reducido de personas que adoptan papeles y funciones, de acuerdo con la disponibilidad de recursos y habilidades para conducir el proceso psicosocial del grupo dentro de un ambiente de respeto y confianza. El trabajo en equipo constituye una forma de abordar problemas que requieren de una dinámica especial, caracterizada por la acción combinada de varias personas poseedoras de conocimientos particulares que se articulan en un proceso de trabajo tendiente a la ejecución de tareas para alcanzar una meta u objetivo.

Asimismo, la autora sostiene que La constitución de un equipo de trabajo depende de las características del problema o situación tratada. La participación de los integrantes es así mismo dependiente de las características del problema o situación que se evidencian en el proceso de trabajo; el que normalmente se, orienta bajo algún modelo específico de labores de equipo.

(...) El proceso de la gestión del cuidado de enfermería fue progresivo, podría decir, que estaba articulado a los cambios que se

daban en el sector salud, originados por las políticas de salud que se daban, siempre el proceso de la gestión de enfermería estuvo orientado a mejorar la calidad de la asistencia al binomio madre niño, con la intención de incrementar la satisfacción del paciente y los familiares, también este proceso estuvo muy ligado a los programas de atención para la madre y el niño, ya que la institución donde trabajo es materno infantil y siempre se ha caracterizado por ser líder en el cumplimiento de las políticas de salud para el binomio madre niño.

4.2.1. E.02.P.02.

4.2.2.

(...), El proceso de la gestión del cuidado en Enfermería Materno Infantil en el hospital fue de manera muy responsable, fue debido a la identificación con nuestra profesión, siempre en enfermería hubo una cultura organizacional, la gestión del cuidado evolucionó desde una perspectiva técnica a una visión integral y holística, la enfermera tubo un rol preponderante en la consejería y educación de la madre y su entorno en relación a los programas maternos infantiles que se dictaminaron.

4.2.3. E.01.P.03.

4.2.4.

Cerda (86), el bienestar materno-infantil ha sido preocupación y necesidad de todos los tiempos, por representar un grupo bastante grande por atender, y especialmente por ser una población con alta vulnerabilidad, derivada de la exigencia de los procesos de reproducción, crecimiento y desarrollo. Además, a nivel mundial, constituye uno de los mayores retos para los trabajadores de la salud, por considerarlo como el mejor indicador del nivel de vida y desarrollo social de los pueblos, y es allí donde podemos encontrar una gran acción profesional, desde el punto de vista de gestionar cuidado, educar e investigar, a cualquier nivel de prestación de servicios, donde la enfermera ha

incursionado con gran participación e importancia en el ámbito nacional, siendo parte de la solución en la disminución de las tasas de morbilidad materno-infantil.

En el año 1961 se considera un hecho importante para enfermería del HONADOMANI-SB, se crea el Departamento de enfermería quien formo parte de la estructura orgánica del hospital, con capacidad de cambio y de adaptación, desarrollo una gestión organizativa que facilito la autonomía en enfermería para la gestión del cuidado materno infantil. En la década de los 80 y principios de los 90, se moderniza la gestión de los hospitales como consecuencia del incremento del gasto sanitario, gracias a la característica de enfermería de poseer una gran capacidad de cambio y adaptación se reorganiza el departamento de enfermería para mejorar y racionalizar la gestión, esto determinó que enfermería conozca qué se hace, cómo se hace y cuánto nos cuesta; motivando a los directivos en enfermería se profesionalicen a través de la capacitación en gestión, siendo esta etapa muy importante para enfermería. Según la percepción de las entrevistadas la gestión del Departamento de enfermería y del cuidado se dio en concordancia con las políticas del sector salud, que estaban orientadas a mejorar la calidad de atención al binomio madre niño.

En general, las entrevistadas reconocen que el rol de una Jefe o Gestora en enfermería consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de cumplir eficazmente los objetivos de la institución. La enfermera que realiza el rol de gestora guía sus actividades a partir de los conocimientos que brindan las ciencias administrativas, la economía y la política. Las teorías y los principios relativos a estas disciplinas son necesarias para la práctica administrativa del cuidado de enfermería.

La gestión de los cuidados se fortaleció con los modelos de cuidado basados en la concepción de la disciplina de enfermería, el uso de un lenguaje común, de símbolos comunes en la práctica clínica que reforzaron el potencial, el compromiso y la identidad profesional de enfermería, con el binomio madre niño.

Meleis (87), refiere que la gestión de los cuidados se ejerce no solamente con los recursos que dan las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería; es el cuidado de la persona, el centro del servicio de enfermería.

Meleis, (88), agrega, la dirección de los cuidados de enfermería con visión clara y explícita contribuye de manera distinta a la solución de los problemas relativos a los pacientes, su familia y al personal. La dirección de enfermería tiene la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, seleccionar prioridades, elaboración de políticas.

Internacionalmente en la Asamblea de Nairobi 1985 se coloca como prioridad los derechos de la mujer y las organizaciones no gubernamentales comienzan a desarrollarse como apoyo a un estrato de población vulnerable. El hospital Materno Infantil cuya denominación implica ser un centro docente y especializado desarrolla su actuar sobre este grupo específico, aplicando un proceso de atención diferenciado. Tal como señalan los discursos se dio el salto desde un actuar técnico hacia un desempeño profesional científico con la apertura de la unidades críticas tanto para el cuidado de la madre como el niño en los años 1993 y 2002; recibió el apoyo de USAID en el 2000 para el fortalecimiento de la infraestructura de las áreas críticas neonatales y desarrollo del recurso humano, tomando como referente al Hospital San Bartolomé centro de Capacitación Nacional.

Enfermería rompe esquemas en los protocolos de atención existentes para la época, promueve unidades críticas abiertas para los padres o progenitores, esto fue un preludeo a los programas madre niño, permitiendo que ellos participen en la estimulación temprana, en el cuidado del recién nacido de riesgo; logrando disminuir significativamente la morbi-mortalidad y secuelas de estos recién nacidos.

Antonio Gramsci (89), señala que las marchas y contra marchas de los movimientos sociales, van de la mano con las políticas estatales que son parte del dinamismo de las sociedades civiles, en este caso las políticas materno infantiles propuestas por del MINSA en el periodo de estudio, podemos señalar que se han tenido aciertos y desaciertos, sobresaliendo el Hospital San Bartolomé como una institución líder en la atención materno infantil, con una mínima mortalidad materna infantil lo cual la coloca en uno de los centros modelos para la atención por más de dos décadas.

En cuanto a los programas de salud Materno Infantil, las enfermeras entrevistadas indican que el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé se ha caracterizado por liderar los programas de salud maternos infantiles propuestos por el sector, hecho histórico para el HONADOMANI-SB, estos programas, fueron desarrollados con gran responsabilidad y dedicación desde 1995 cuando se adopta las recomendaciones de la OPS/OMS/UNICEF acerca del Programa Especial de Supervivencia Infantil (PRESI) el cual se apoya en la estrategia Maternidad segura y saludable.

La reforma del sector salud en la década de 1990 y el posterior desarrollo de las políticas y programas para abordar las barreras a la atención de la salud, con priorización de las mujeres y los niños, han apoyado el progreso de Perú en el cumplimiento de sus objetivos. Los planes de seguros de salud y los programas de

transferencia condicionadas se han focalizado en las áreas rurales y las poblaciones vulnerables, dando lugar a un aumento del número de partos institucionales. Estrategias de retención y esquemas de incentivos financieros se han puesto en práctica para combatir las limitaciones de capacidad de los recursos humanos en el sector salud.

El rol de la enfermera en los programas maternos infantiles es muy importante se dirige hacia la orientación y educación que se imparte a los padres, con el objetivo de fomentar la aceptación de estos programas, la enfermera ayuda a los padres a desarrollar la capacidad materna, paterna y autosuficiencia, teniendo en cuenta sus diferencias y actitudes, la enfermera debe tener cierto perfil: conocimientos sólidos de los programas maternos infantiles, la educación juega un rol fundamental en la mejora de las condiciones de la salud materno infantil.

Cuidado de enfermería en los programas de salud de la madre y el niño

Las enfermeras en estudio manifiestan que el cuidado de enfermería a la mujer y niño en los programas implementados en los años de 1984 al 2004 fue importante para disminuir las elevadas tasa de morbilidad materna e infantil al contribuir en la consejería y educación a las madres y familia en programas como: Crecimiento y desarrollo del niño, Lactancia Materna, Madre Canguro, Madre Acompañante, Alojamiento Conjunto, Contacto Piel a Piel.

Tal como se evidencian en los siguientes testimonios:

(...), se prohíbe el uso de biberones para dar paso a la lactancia materna donde la Enfermera juega un rol muy importante en el cuidado de la madre y del niño, brindando Consejería y un cuidado de enfermería con calidad y calidez las enfermeras teníamos que tener llegada a las madres, ya que al inicio no hera nada fácil cambiar sus ideas que tenían

por ejemplo acerca de alimentación de su bebe, aquí la enfermera de neonatología tenía que capacitar a las enfermeras de los demás servicios incluso a las cirugía pediátrica, sala de operaciones, etc., no solamente se capacito a las enfermeras asistenciales, también se capacito a las enfermeras de la parte administrativa, siendo la primera en capacitarse la jefa del Dpto. de Enfermería, es decir que fue un trabajo en equipo, muy bonito.

E.04.P.06.

(...), Nuestro Hospital fue reconocido como hospital amigo de la madre y el niño, por cumplir con los diez pasos de la lactancia materna. Aquí la enfermera tuvo un papel muy importante dando la consejería y educación a los padres y familia sobre las bondades de los programas maternos infantiles que se dieron y lograr que estos se cumplan acorde a las políticas de salud.

E.11.P.16.

(...), Aspectos más importantes que puedo señalar en relación a la gestión del cuidado de enfermería son los programas maternos infantil que surgieron, dándose mucha importancia a la alimentación del recién nacido y el niño, en nuestro hospital estaba prohibido usar biberones, el único alimento para los recién nacidos y lactantes fue la leche materna, en esto la enfermera desempeño un papel importante dando consejería a las mamás y sus familiares, también las enfermeras de Crecimiento y Desarrollo inmunizaciones, muy reconocidas.

E.07.P.10.

(...), En estos años 1994-2004 se dio más énfasis a la lactancia materna, siendo exclusiva hasta los primeros 06 meses de vida y como complemento hasta los 02 años,

E.02.P.06.

(...), Lo más relevante que produce recordar esos años son los cambios que se realizaron en relación a la atención de la Madre y del Recién nacido, acorde a las políticas de salud de ese entonces, esto fue saludable porque el objetivo era disminuir los índices de morbimortalidad, se creó nuevos modelos de atención y programas tales como: Madre Canguro, Madre Acompañante, Alojamiento Conjunto, Contacto Piel a Piel, método mama canguro.

E.04.P.05.

(...), En el año 1987, se crea en el hospital San Bartolomé, el programa “Método Canguro” basado específicamente en la Lactancia Materna Exclusiva, calor y estimulación temprana al prematuro; La enfermera era también quién se encargaba de capacitar a los profesionales que venían de otras instituciones como pasantes, ya que este hospital fue considerado como sede nacional de capacitación en el MINSA... Estos hechos marcaron la diferencia del hospital San Bartolomé con los demás hospitales, por tener una actividad docente especializada.

E.11.P.13.P.14.

Cerda (90), la preparación de los padres y las madres como cuidadores de sus hijos, puede incidir en la atención que podría brindar la familia y en facilitar la adaptación del niño y la niña a la vida hogareña, especialmente si presentan dificultades en el proceso de amamantamiento, problemas de succión-deglución, cantidad de flujo lácteo, prematuridad, acogida materna, decisión personal de la madre para amamantar. El amamantamiento es instintivo y aprendido por la madre y el niño. Los cuidados de enfermería del niño y el autocuidado que debe aprender y manejar la madre durante los primeros días del posparto, pueden ayudar a solucionar las dificultades y problemas de la madre y el bebé en relación con la lactancia. La aplicación de las diferentes etapas del proceso de atención de enfermería por el profesional a cargo del binomio madre-hijo,

facilitará la instalación de la lactancia materna. Para una adecuada gestión de cuidados y promoción de la lactancia materna, es indispensable la participación, intervención de la madre y del padre desde el momento del nacimiento del bebe.

Bourdieu (65), afirma que “El arte no existe”, lo que existe son diversos tipos de producciones legitimadas y aceptadas por los grupos hegemónicos políticos que tratan de salvar su posición en el campo por el gusto de la acumulación de estética. En los hospitales del MINSA, este es una característica de la evolución, en la vivencia histórica que se logra gracias al liderazgo de los responsables de la gestión de la especialidad materna infantil, constituyéndose un posicionamiento estructural en la institución.

Esto se expresa en los discursos de las entrevistadas:

(...), nuestro hospital por ser un hospital Materno Infantil acogió estos programas de Lactancia Materna y Alojamiento Conjunto determinando que el recién nacido este con su mamá lo antes posible, permaneciendo juntos las 24 horas del día con la finalidad que el recién nacido reciba lactancia materna a libre demanda.

E.08.P.06.

(...)También en estos años el servicio de neonatología tubo que asignar una enfermera a alojamiento Conjunto que se encargaba de educar a las madres sobre el cuidado de su bebe y la alimentación, dado que él bebe estaba con su mamá día y noche, esta enfermera también se hacía cargo de las madres que estaban en el ambiente de madre acompañante con su bebe.

E.11.P.14.

El MINSA identifica como Alojamiento Conjunto, la permanencia del recién nacido y su madre en la misma habitación facilitando el apego y la lactancia materna

exclusiva. Se realiza desde el nacimiento hasta el momento en que madre e hijo/a sean dados de alta.

Flores y Cisneros (91), realizan una investigación y reportan lo siguiente: En la práctica de la lactancia humana, además de los factores biológicos y socioculturales, participan otros como los institucionales y la producción industrializada de sucedáneos de la leche materna. Cuando los hospitales cuentan con programas para fomentar la lactancia materna, la alimentación de los recién nacidos se lleva a cabo mediante el amamantamiento y cuando se carece de ellos, en vez de leche materna a los infantes se les proporciona fórmula; luego si esta última forma de alimentación, iniciada en el hospital se continúa en el hogar los niños llegan a presentar mayor frecuencia de enfermedades de los sistemas gastrointestinales y respiratorias, y mayor mortalidad. En el estudio se demuestra que el alojamiento conjunto y el asesoramiento para que la madre amamante a su hijo, favorecen el inicio de este proceso y promueven una mayor frecuencia de lactancia humana exclusiva en el primer mes pos nacimiento en niños que nacieron por parto y cesárea. Todo ello confiere a esta estrategia el beneficio de acercar a la madre hacia una práctica saludable en el cuidado del recién nacido de sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales.

Waldow. (83), afirma que de poco sirve que las cuidadoras sean sensibles a las necesidades de los pacientes si no existe el apoyo y compañerismo, si predominan otros valores como la productividad y la competitividad. Vera Regina Waldow, enfatiza Cuidar: es una expresión humanizada.

En enfermería, en el Hospital San Bartolomé se ha alcanzado una unidad al concebir que el objeto de la disciplina es el cuidado integral y holístico con sus

resonancias y disonancias como señala Waldow cuando señala que lo técnico tiene que estar ligado con lo actitudinal y la disposición de servicio hacia el otro es lo primordial, son los dos elementos que cohesionan las dimensiones de los grupos humanos.

Es evidente que el trabajo en equipo es de gran importancia, pues la unión de las fuerzas de las partes hacen un todo hologramático, es decir la parte está en el todo que la contiene y el todo está inscrito en cierta forma en la parte constitutiva; en donde lo complejo se cierne en las múltiples partes de un mismo ser con las mismas características, como lo señala Edgar Morín, al referirse a una realidad dialéctica donde se desarrollan instancias complementarias, concurrentes y antagónicas.

El habitus de enfermería, resultó de la actualización de sus diferentes tipos de capitales (cultural, simbólico y social) que fueron utilizados como una de las estrategias de lucha simbólica por la ocupación de posiciones de poder y prestigio en el Hospital Nacional Docente Madre niño San Bartolomé, mediante el reconocimiento de su capital científico acerca de las cuestiones relativas al cuidado materno infantil.

En la década de los noventa se fue estableciendo paulatinamente un marco institucional que ha permitido consensuar políticas de estado en favor de las poblaciones más vulnerables, permitiendo una reducción sostenida de la pobreza y pobreza extrema, así como una mejora en la salud y nutrición de mujeres y niños. En salud, la reforma del sector en la década de los 90 y las políticas y programas dirigidos a eliminar las barreras de acceso y mejorar la calidad de la atención de la salud, con priorización de mujeres y niños, han sido un factor importante para el progreso del país en el logro de sus objetivos, la atención materno-infantil ha permitido que el aseguramiento de la

permanencia de la especie humana se logre, gracias a la participación de los individuos responsables de dicha misión. Donde las enfermeras como integrante del equipo de salud eran las que aseguraban la continuidad de los servicios de atención a la salud materna infantil recomendado los distintos programas adoptados por el Sistema Nacional de Salud, cambios que son adoptados por el HONADOMANI-SB.

La enfermería se consolida como una disciplina, con un cuerpo de conocimientos propio y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población, la enfermería Peruana transcurre por un proceso de cambio en las necesidades de los enfermos y los cuidados que precisan a las estancias hospitalarias, a las características estructurales, organizativas y funcionales, la demanda de recursos humanos en los Servicios hace que haya la necesidad de clarificación del objeto – sujeto del conocimiento y gestionar los recursos hospitalarios de forma más eficiente.

En el campo materno infantil los cambios han sido muy significativos, desde una actividad basada en el empirismo y centrada en la técnica, se ha pasado a orientar el cuidado en un marco teórico propio, utilizando una metodología lógica y racional, como lo demuestra el uso generalizado del proceso de enfermería y la formulación de diagnósticos enfermeros. Es necesario destacar también el impulso de las asociaciones profesionales por su contribución al cambio que se está experimentando. Surgen enfermeras investigadoras como Peplau y Henderson, que inician estudios sobre los contenidos teóricos de la enfermería. Al mismo tiempo, enfermeras docentes, entre las que cabe destacar a Ida J. Orlando, describen métodos de trabajo propios de la actividad profesional. Con estos hechos, entre otros, la actividad de cuidar se convierte en una disciplina diferenciada de otras profesiones de salud. Factores que

intervienen en la profesionalización, surgen las Organizaciones profesionales y Las asociaciones profesionales que tienen como objetivo cooperar para mantener la calidad de la educación y del servicio en su más alto nivel. Igualmente trabajan para conseguir la regulación de la profesión. La asociación profesional más importante es el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), La educación es otro factor que se considera influyente en la profesionalización. La preparación que reciben los miembros de una disciplina es fundamental para determinar el nivel de la profesión. Una profesión tiene que poseer un cuerpo de conocimientos propio que ha de aumentar de forma constante, atributo de las enseñanzas que se imparten en la universidad. Los centros universitarios permiten a los futuros profesionales poseer una perspectiva amplia de situaciones, gran variedad de ideas, capacidad de análisis y el estudio de forma sistemática de las tendencias y problemas de la sociedad, la salud y la enfermería.

La concepción tradicional que ha considerado a la enfermera como profesión auxiliar de la Medicina ha ido cambiando, sobre todo a partir de los años setenta del siglo XX, imponiéndose una redefinición de las actividades. De una asistencia centrada en la enfermedad con contenido básicamente práctico se ha pasado a ejercer la profesión abarcando diferentes aspectos. Desde la perspectiva asistencial, actualmente la enfermería se orienta hacia la salud, entendida desde una concepción más amplia. En definitiva, se ha pasado de una actividad al servicio del médico a un servicio centrado en las personas (sanas o enfermas). Otros campos como la docencia, la gestión y la investigación son también aspectos que han ampliado la responsabilidad profesional, que es la razón de ser. Esta función amplia y abstracta se hace operativa a través de las actividades que desarrollan las enfermeras. La

necesidad de cuidados de enfermería que tiene la sociedad hace que la enfermera sea la experta en esta materia. Sus conocimientos sobre las bases conceptuales y metodológicas de enfermería, y de otros aspectos de los cuidados, la autorizan para que sea ella la única capacitada para determinar la formación de los distintos grupos que van a dedicarse, de una manera u otra, a prestar cuidados de enfermería.

La enfermera ha evolucionado tanto que en todos los niveles de actuación, tiene responsabilidades de planificación, organización y control de los servicios de enfermería, debido al mayor énfasis del trabajo en equipo en el campo de la salud, las enfermeras actúan como coordinadoras no sólo del personal de enfermería, sino del equipo sanitario, compartiendo esta responsabilidad con otros profesionales. La administración se define como: “Actividad sistemática que desarrolla un grupo humano, empleando una serie de recursos para conseguir un fin eficiente y eficaz y que produce un beneficio social a quien lo ejerce y a quien va dirigido.”, nos encontramos en momentos de grandes cambios en nuestra sociedad, cambios económicos, culturales y sociológicos, que influyen en nuestra costumbres y manera de pensar y actuar. En el Sistema de Salud en las décadas de los 80 y 90 la asistencia que se brindaba era centrada en la familia ahora el centro hospitalario de referencia es el que hace sus veces, desde los años setenta se norma que los partos se produjeran en los hospitales o clínicas, tras un esfuerzo del estado para mejorar los resultados de morbilidad materno infantil, terminándose de consolidarse en los años noventa, estos cambios han ido unidos a una mejora de las condiciones de vida, alimentación y salubridad. El cuidado materno infantil a lo largo de la historia ha experimentado una serie de cambios, tanto en sus funciones como en su formación, así tenemos que en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé las modificaciones

históricas, asistenciales, legales y académicas han sido necesarias para poder adecuar la gestión de las enfermeras en el cuidado Materno Infantil a la evolución de la obstetricia y neonatología, evolución determinada por el contexto político social, viéndose obligadas a seguir estudios de especialidad en Gineco obstetricia, neonatología o materno infantil. A través de estos estudios de post grados la enfermera adquiere competencias profesionales las cuales se basan en el conjunto de conocimientos, destrezas y actitudes en la organización del trabajo y en las actividades de planificación.

2. Hechos y Acontecimientos que caracterizaron la Trayectoria Evolutiva de la Gestión de las Enfermeras en el Cuidado Materno Infantil.

La administración de servicios de enfermería constituye un conjunto de competencias valóricas, técnicas e instrumentales, encaminados a dirigir, gestionar y desarrollar la práctica de la enfermería, dentro de la estructura de salud de la organización. Asimismo, es habitual reconocer que los cuidados de enfermería como una variable fundamental en el funcionamiento de los servicios de salud; se estima que aproximadamente un 70% de la respuesta de salud corresponde a actividades de enfermería. Por tanto, la mejor o peor calidad de dichos cuidados tiene un impacto decisivo en la atención que proporciona el sistema de salud en su conjunto, hecho muy importante que debe ser considerado para la toma de decisiones en el sector salud. La gestión de los cuidados está entonces orientada hacia la persona, al paciente, su familia, el personal de enfermería y los equipos interdisciplinarios.

La gestión se identifica como un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, de la motivación y la participación, la comunicación y la colaboración. Utilizando el pensamiento enfermero, la enfermera

gestora favorece una cultura organizacional centrada en el cuidado de la persona. La enfermera responsable de la gestión debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. Así deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos (personal de enfermería) hacia la mejoría continua del cuidado.

Según testimonios de las enfermeras que laboraron y laboran en la institución La gestión de enfermería en los programas maternos infantiles fue poniendo en práctica los conocimientos de la ciencia de la administración, desarrollaron técnicas y estrategias que les permitían cumplir con las políticas de salud en cuanto a los programas maternos infantiles que surgieron, la enfermera jefe del Departamento gerenciava los servicios de enfermería de manera horizontal, integradora con énfasis en el liderazgo para lo cual planificaba, organizaba, dirigía, evaluaba y controlaba todo lo planificado para cumplir con los objetivos institucionales en cuanto a los programas de salud materno infantil se refiere, algo muy importante en la gestión de enfermería hera la toma de decisiones.

La educación es otro factor que se considera influyente en la profesionalización. La preparación que reciben los miembros de una disciplina es fundamental para determinar el nivel de la profesión. Una profesión tiene que poseer un cuerpo de conocimientos propio que ha de aumentar de forma constante, atributo de las enseñanzas que se imparten en la universidad. Los centros universitarios permiten a los futuros profesionales poseer una perspectiva amplia de situaciones, gran variedad de ideas, capacidad de análisis y el estudio de forma sistemática de las tendencias y problemas de la sociedad, la salud y la enfermería.

La enfermería se consolida como una disciplina, con un cuerpo de conocimientos propio y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población, la enfermería Peruana transcurre por un proceso de cambio en las necesidades de los enfermos y los cuidados que precisan a las estancias hospitalarias, a las características estructurales, organizativas y funcionales, la demanda de recursos humanos en los servicios hace que haya la necesidad de clarificación del objeto – sujeto del conocimiento y gestionar los recursos hospitalarios de forma más eficiente. En el campo materno infantil los cambios han sido muy significativos, desde una actividad basada en el empirismo y centrada en la técnica, se ha pasado a orientar el cuidado en un marco teórico propio, utilizando una metodología lógica y racional, como lo demuestra el uso generalizado del proceso de enfermería y la formulación de diagnósticos enfermeros.

Es necesario destacar también el impulso de las asociaciones profesionales por su contribución al cambio que se está experimentando. Surgen enfermeras investigadoras como Peplau y Henderson, que inician estudios sobre los contenidos teóricos de la enfermería. Al mismo tiempo, enfermeras docentes, entre las que cabe destacar a Ida J. Orlando, describen métodos de trabajo propios de la actividad profesional. Con estos hechos y acontecimientos entre otros, la actividad de cuidar se convierte en una disciplina diferenciada de otras profesiones de salud. Factores que intervienen en la profesionalización, surgen las Organizaciones profesionales y Las asociaciones profesionales que tienen como objetivo cooperar para mantener la calidad de la educación y del servicio en su más alto nivel. Igualmente trabajan para conseguir la regulación de la profesión. La asociación profesional más importante es el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

La concepción tradicional que ha considerado a la enfermera como profesión auxiliar de la Medicina ha ido cambiando, sobre todo a partir de los años setenta del siglo XX, imponiéndose una redefinición de las actividades. De una asistencia centrada en la enfermedad con contenido básicamente práctico se ha pasado a ejercer la profesión abarcando diferentes aspectos. Desde la perspectiva asistencial, actualmente la enfermería se orienta hacia la salud, entendida desde una concepción más amplia. En definitiva, se ha pasado de una actividad al servicio del médico a un servicio centrado en las personas (sanas o enfermas). Otros campos como la docencia, la gestión y la investigación son también aspectos que han ampliado la responsabilidad profesional, que es la razón de ser. Esta función amplia y abstracta se hace operativa a través de las actividades que desarrollan las enfermeras. La necesidad de cuidados de enfermería que tiene la sociedad hace que la enfermera sea la experta en esta materia. Sus conocimientos sobre las bases conceptuales y metodológicas de enfermería, y de otros aspectos de los cuidados, la autorizan para que sea ella la única capacitada para determinar la formación de los distintos grupos que van a dedicarse, de una manera u otra, a prestar cuidados de enfermería.

La enfermera ha evolucionado tanto que en todos los niveles de actuación, tiene responsabilidades de planificación, organización y control de los servicios de enfermería, debido al mayor énfasis del trabajo en equipo en el campo de la salud, las enfermeras actúan como coordinadoras no sólo del personal de enfermería, sino del equipo sanitario, compartiendo esta responsabilidad con otros profesionales. La administración se define como: “Actividad sistemática que desarrolla un grupo humano, empleando una serie de recursos para conseguir un fin eficiente y eficaz y que produce un beneficio social a quien lo ejerce y a quien va dirigido.”, nos encontramos

en momentos de grandes cambios en nuestra sociedad, cambios económicos, culturales y sociológicos, que influyen en nuestra costumbres y manera de pensar y actuar.

En el Sistema de Salud en las décadas de los 80 y 90 la asistencia que se brindaba era centrada en la familia ahora el centro hospitalario de referencia es el que hace sus veces, desde los años setenta se norma que los partos se produjeran en los hospitales o clínicas, tras un esfuerzo del estado para mejorar los resultados de morbilidad materno infantil, terminándose de consolidarse en los años noventa, estos cambios han ido unidos a una mejora de las condiciones de vida, alimentación y salubridad. El cuidado materno infantil a lo largo de la historia ha experimentado una serie de cambios, tanto en sus funciones como en su formación, así tenemos que en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé las modificaciones históricas, asistenciales, legales y académicas han sido necesarias para poder adecuar la gestión de las enfermeras en el cuidado Materno Infantil a la evolución de la obstetricia y neonatología, evolución determinada por el contexto político social, viéndose obligadas a seguir estudios de especialidad en Gineco obstetricia, neonatología o materno infantil. A través de estos estudios de post grados la enfermera adquiere competencias profesionales las cuales se basan en el conjunto de conocimientos, destrezas y actitudes en la organización del trabajo y en las actividades de planificación.

Fue en las dos últimas décadas, que la mayoría de las acciones de los Programas de Salud Materno-Infantil se orientaron más a la salud de las mujeres en el ciclo reproductivo, y por lo tanto, se centró en la mujer como objeto y sujeto de la reproducción. Gestar y dar a luz era un asunto, cuyo enfoque debe tener en cuenta la concepción tradicional de la sociedad, es decir, el círculo de mujeres que experimentaron este proceso. Por lo tanto, la estrategia de gobierno tuvo que hacer

frente a parte de esa concepción socio-cultural y ofrecer estos servicios de manera gratuita.

Es necesario precisar que el HONADOMANI-SB. , es un hospital de referencia a nivel nacional lo que determina tener pacientes de las diferentes regiones del país con costumbres, hábitos y creencias diferentes, la postura y el respeto por parte de las enfermeras a las prácticas culturales de los pacientes que acudían a la institución de las diferentes partes del país fue un factor decisivo para su aceptación. Todos estos factores han llevado a la aceptación de estos programas.

La buena organización y predisposición de enfermería tuvo un papel muy importante en este proceso, logrando que las mujeres buscarían la asistencia sanitaria, sobre todo los de las regiones del Interior, Con las unidades de salud de maternidad, especialmente la referencia, la propuesta ha tenido resultados satisfactorios. Las mujeres que formaban parte de los círculos sociales de la población rural trabajaron intensamente con la enfermera de salud materno-infantil para llegar a las comunidades el mensaje sobre la importancia de la aceptación de los servicios ofrecidos y la ejecución del programa.

La educación es otro factor que se considera influyente en la profesionalización. La preparación que reciben los miembros de una disciplina es fundamental para determinar el nivel de la profesión. Una profesión tiene que poseer un cuerpo de conocimientos propio que ha de aumentar de forma constante, atributo de las enseñanzas que se imparten en la universidad. Los centros universitarios permiten a los futuros profesionales poseer una perspectiva amplia de situaciones, gran variedad de ideas, capacidad de análisis y el estudio de forma sistemática de las tendencias y problemas de la sociedad, la salud y la enfermería.

Un hecho importante que, cobra vigencia histórica para enfermería es el inicio de la formación en el ámbito universitario, en 1984, se da inicio a la afiliación académica de las escuelas de enfermería a las universidades como consecuencia de la promulgación de la Ley Universitaria N° 23733, que en su artículo 22 dispuso que solamente las Universidades podían otorgar el título profesional, objetivándose la racionalidad científica, tecnológica con gran soporte humanístico, ético y educacional, surge la necesidad de establecer parámetros de atención para estandarizar los cuidados de enfermería a nivel de los servicios de salud, apareciendo los protocolos de atención de enfermería como herramientas de medición y evaluación de calidad de intervención de enfermería en los programas de salud materno infantil, en esta década la educación de enfermería se fortalece con los estudios de post grado: maestrías y especialidades.

Todos estos hechos y acontecimientos relevantes determinan la inserción de la enfermería a la salud materno-infantil asumiendo la responsabilidad del control de la salud del niño sano y de las gestantes en control; en el área de inmunizaciones controlaba la aplicación de las vacunas y la asistencia en el puerperio.

Según las entrevistadas expresaron que la formación académica estuvo marcada por el cambio de enseñanza que se produjo como parte de los cambios políticos, las escuelas de enfermería dejan de existir para dar pase a la enseñanza universitaria, al respecto las entrevistadas señala que lo más relevante fue la formación profesional de enfermería y la obtención del título universitario de licenciatura.

Aucassi. (92), refiere que en el año 1958 cobra vigencia histórica para enfermería, porque se inicia la formación en el ámbito universitario, en la que se objetiviza la racionalidad científica, tecnológica con gran soporte humanístico ético y altamente comprometido con el desarrollo comunitario.

La Ley Universitaria N°23733 promulgada en diciembre de 1983, en el artículo 22 dispuso que solamente las Universidades podían otorgar el título profesional, por tal motivo las escuelas de enfermería se vieron obligadas a celebrar convenios con las Universidades, para que sus alumnos egresaran con el título académico de licenciados en enfermería (93).

(...), Empezaron a ingresar a los hospitales, las enfermeras egresadas de las universidades, con una mayor visión de lo que significaba el cuidado del paciente. Esto conllevó también a que las enfermeras de escuela hagan su convalidación de estudios con alguna universidad con la finalidad de obtener un título universitario.

E.11.P.11.

(...), La enfermera como profesional unifica su formación, es decir que las universidades asumen la formación de enfermería lo que permite que ya no exista la diferencia de enfermeras egresadas de escuela y de Universidad.

E.09.P.05.

(...), En 1984 – 1985 se produjo la afiliación académica de las escuelas de enfermería a las universidades, con cambios en la formación acordes a las políticas de salud, generando conocimientos, basados en el método científico, que se evidencia en el proceso de atención de enfermería y en desarrollo de modelos y teorías de cuidados de enfermería.

E.06.P.03.

Aranda y Lavado (94), refieren que en el año 1983, por determinación del Colegio de Enfermeros del Perú, la formación de las enfermeras pasó a ser un solo nivel: el nivel universitario surgiendo así vinculación de las escuelas con las universidades. Esta etapa correspondió a la integración de las escuelas de enfermería en el Perú, al sistema universitario, lográndose la formación profesional de enfermería siguiendo el modelo canadiense y norteamericano.

Las especialidades en Enfermería, especialidad materna infantil.

La especialidad en enfermería surge en la década de los 80, pasando hacer un hecho histórico en la trayectoria de la enfermería peruana, a inicios la especialidad de enfermería se obtenía a través de cursos de especialización, siendo una de las especialidades con este sistema, la especialidad materno infantil, hecho que determino que la enfermera en el área materno infantil, asumiera la responsabilidad del control del niño sano y de las gestantes en control, en el año 1998 la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia ofreció por primera vez el Programa de Especialización bajo la modalidad escolarizada, La especialización en enfermería hoy se impone y se difunde en todos los países como consecuencia natural del progreso, de la profundidad del conocimiento en todos los sectores, y en la enfermería en particular, confirmando que se hace imposible satisfacer las demandas de salud cada vez más complejas solamente con la formación en pregrado. La especialización en enfermería en el mundo, tiene más de cincuenta años de desarrollo; en nuestro país lleva ya 17 años.

Según Cruz (95), la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia ofreció por primera vez el Programa de Especialización bajo la modalidad escolarizada, las especialidades de Enfermería en Cuidados Intensivos, en Emergencias y Desastres y Enfermería Neurológica; de ese modo se constituyó en el primer programa, a nivel nacional, en desarrollar la especialidad escolarizada de Enfermería. Posteriormente, en el 2000, se abre el programa no escolarizado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Cuba (96), refiere que el programa de Segunda especialización Escolarizada en Enfermería de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos,

fue creada en el año 1999 según Resolución Rectoral N° 02479-CR-99, respondiendo así a la creciente demanda de los profesionales de enfermería para realizar su segunda especialidad, con el propósito de optimizar la calidad del cuidado de Enfermería, así como la sistematización del cuerpo de conocimientos y uso de las nuevas tecnologías en dicho cuidado.

Vallejo (97), sostiene que en la década de los setenta, la OPS promocionó un cambio en la tendencia de la enfermería hospitalaria: de un enfoque administrativo anterior a uno clínico, surgieron cursos de especialización en enfermería materna infantil y médico quirúrgico, en salud mental y psiquiatría, la enfermera especialista empezó a tener mayores responsabilidades en el área de tratamiento y control de la salud, así en el área de la salud materno infantil, asumió la responsabilidad del control de la salud del niño sano y de las gestantes en control; en el área de las inmunizaciones controlaba la aplicación de las vacunas; en el área del control de los pacientes tuberculosos, supervisaba el cumplimiento de los esquemas de tratamiento supervisado; en el área de la psiquiatría, pasó a participar en las terapias de grupo y compartir mayores responsabilidades en los programas de salud mental y prevención de las enfermedades mentales.

Esto se expresa en los discursos de:

(...), Los estudios de Post grados que se dieron en las Universidades incrementaron el desarrollo de las profesionales, preparándolas en la Investigación, docencia, administración y gerencia. En nuestro hospital la Creación de las unidades de cuidados intensivos neonatales determino que las enfermeras tengan que especializarse.

E.08.P.08.

(...), Posteriormente el Cuidado de enfermería se fortalece con las especialidades, buscando la calidad en la atención, así mismo se da mayor empeño en recordar el cuidado humanizado, afrontando los retos de la época... posteriormente surgen las UCIS, determinando las enfermeras especialistas en cuidados intensivos.

E.07.P.04.P.15

(...), El Hospital San Bartolomé está catalogado como una Institución Altamente Especializada y como un Centro de Referencia a nivel nacional; la profesional de enfermería está preparada para desempeñarse en este nivel de atención, contamos con enfermeras especialistas. Se trabaja de manera organizada de acuerdo a un Plan de Gestión, que va acorde a los objetivos estratégicos de la Institución. Se monitoriza la Calidad de Atención mediante indicadores de gestión que se evalúan mensualmente.

E.03P8.P.04.

Zárate (98), sostiene que la formación de una licenciada en enfermería opta por una orientación generalista, la continuidad que proporciona la especialización es la estrategia para buscar la pericia en un área específica del desempeño y de esta manera promover la excelencia. En el ámbito internacional latinoamericano la especialidad en enfermería en las dos últimas décadas ha tenido un gran desarrollo.

En el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé la especialidad Materno Infantil ha tenido un excelente desarrollo convirtiéndose en una sede de formación a nivel nacional, Bourdieu explica, el habitus de clase, como el pilar que conforma el mero conjunto de conductas y juicios aprendidos aunque pareciese que es lo “natural”, como lo llama Bourdieu, en nosotros: nuestros gestos, gustos, lenguaje son parte de una cultura social e histórica.

Para Bourdieu, el habitus es la forma de obrar, pensar y sentir y que están originadas por la posición que una persona ocupa en la estructura social. En el periodo de estudio la atención de enfermería fue llevada a cabo de manera responsable aplicando las Competencias adquiridas en su formación universitaria desarrollándose de manera holística los procesos relacionados con la hospitalización.

Meleis (85) define a la conciencia como percepción, conocimiento y reconocimiento. La experiencia de la Transición y el nivel de conciencia se reflejan a menudo en el grado de coherencia entre lo que se conoce sobre los procesos y las respuestas y lo que constituye un grupo previsto de respuestas y percepciones de individuos sometidos a transiciones similares.

Mulder, Weigel y Collings (99), refieren que durante las últimas décadas, el concepto de competencia se ha empleado en el desarrollo de la educación y la formación profesional, el uso institucionalizado de la competencia en el desarrollo de la formación profesional es un fenómeno reciente que ha aparecido mezclado con otras innovaciones, tales como la introducción del auto aprendizaje, la integración de teoría y práctica, que dio lugar a desarrollar las competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales permitiendo un desarrollo multidimensional del educando y el desarrollo de un perfil profesional más integral .

Fuentes, Reynaldos, Dayann, Martínezy Jerez (100), refieren que el enfoque por competencias surgió como respuesta a la creciente necesidad impulsada por la globalización en la tecnología, en las comunicaciones, en la economía y en la cultura de los países. Su finalidad fue mejorar la calidad y pertinencia de la formación de profesionales, para que estos puedan desempeñarse de manera más eficiente en los

nuevos escenarios del ámbito sanitario del presente siglo, finalidad que concuerda con las directrices señaladas por organismos internacionales.

Para Bourdieu, el capital humano comprende competencias, habilidades y cualificaciones, las cuales, en términos colectivos, se convierten en capital cultural con sus herencias intelectuales, materiales y simbólicas, en el periodo de estudio el cuidado de enfermería, era planificado y organizado, la enfermera disponía de los conocimientos, destrezas y aptitudes necesarias para brindar el cuidado.

Esto se expresa en los discursos de las entrevistadas:

(...), El trabajo de la enfermera ha ido evolucionando durante estos años; actualmente se brinda una atención especializada, la profesional es más competente, su preparación va de acuerdo al nivel de la Institución sin perder su esencia el cuidado humanizado...

E.03.P.03.

(...), Las enfermeras que ocupaban cargos gerenciales estaban capacitadas, desempeñando su función de manera competente, había compromiso con la institución. Había más mística de trabajo a pesar que no existía bonificación por el cargo, hechos importantes para enfermería, ya que se evidenciaba la vocación de servicio.

E.05.P.08

(...), Al brindar el cuidado siempre lo hacía con calidad y calidez, porque estudie esta profesión por vocación, lo que me hacía sentir muy satisfecha y feliz cuando mi paciente se recuperaba y volvía a su hogar.

E.02.P.04.

(...), la enfermera por ser uno de los principales integrantes del equipo de salud tenía que estar presente en todas las estrategias que se adoptaban como políticas de salud, hecho que exigía que la enfermera tenga las competencias necesarias, la enfermera cumplía un rol importante en la atención del paciente.

E.09.P.02

(...), *La gestión del cuidado de enfermería ha evolucionado favorablemente durante el periodo 1984 al 2004 gracias a la preparación cada vez más intensiva de la enfermera, me refiero a las diferentes especialidades en enfermería, que ha permitido tener una enfermera con las competencias necesarias, teniendo como producto, un cuidado de enfermería con calidad que sea digno de ser reconocido por los pacientes y sus familiares...Por eso la especialidad tiene un impacto positivo para brindar el cuidado ya que las enfermeras constituyen, tal vez el único capital humano que tiene como eje el verbo cuidar, que requiere de aptitudes y conocimientos muy específicos.*

E.02.P.07.P.09.

(...), *La gestión del cuidado de enfermería es el pilar fundamental de los procesos de inserción en un hospital, esto es importante, pero con una tremenda responsabilidad, tenemos que trabajar bien, utilizar herramientas, y demostrar, todo lo que las enfermeras sabemos.*

E.01.P.04

(...), *Hechos importantes para la gestión del cuidado: el monitoreo y supervisión del trabajo de las enfermeras asistenciales por las enfermeras jefes y supervisoras, había mucho respeto a la línea de autoridad y lo mejor era que se respetaba la estructura de enfermería, en esto jugaba un rol muy importante la jefa del Dpto. de enfermería, hasta la actualidad.*

E.09.P.02.

(...), *Hechos importantes que las enfermeras que ocupaban cargos gerenciales tenían liderazgo, don de mando, poder de decisión para programar, organizar, dirigir y evaluar los procesos asistenciales, incentivaban y motivaban al trabajo en equipo, lo que determinaba el*

cumplimiento de los programas maternos infantiles que se daban en el hospital.

E.03P.08.P.04.

(...), La gestión del cuidado evoluciono desde una perspectiva técnica a una visión integral y holística, orientándose a un marco teórico propio a través del Proceso de Atención de Enfermería y la formulación de diagnósticos de enfermería, luego se hizo uso de las nuevas tecnologías y de la comunicación, todo esto dio lugar a una informatización progresiva de los procesos y a una estandarización del quehacer diario de la enfermera.

E.01P.7.

(...), Acontecimientos importantes que se dieron en la gestión del cuidado materno infantil en el hospital: la creación de unidades de cuidados intensivos determinando que las enfermeras tengan que especializarse, implementación de los documentos de gestión como manuales, protocolos y guías de atención.

E.08P.11.

(...), La estructura jerárquica era firme y se enfrentaba a los retos, de un entorno caracterizado por múltiples problemas y obstáculos y dentro de éste buscar alternativas con un enfoque de gestión dirigido a garantizar la calidad del cuidado. Su participación en la parte administrativa de la Institución, era muy importante...contamos con enfermeras especialistas. Se trabaja de manera organizada de acuerdo a un Plan de Gestión, que estaba acorde a los objetivos estratégicos de la Institución. Se monitoriza la Calidad de Atención mediante indicadores de gestión que se evalúan mensualmente.

E.03P.02P.04.

Salazar (101), una competencia laboral se define como una serie de conductas, habilidades, conocimientos y destrezas que se asocian al éxito en el desempeño en un puesto de trabajo determinado; por tanto, el modelo, se ha de desarrollar a partir de la identificación de conductas laborales en un grupo de trabajadores con desempeño sobresaliente y exitoso. En otras palabras, se ha de responder tres preguntas generales: del saber, hacer y cómo ser. Esta tridimensionalidad coloca al profesional en la misma condición de persona ante el otro ser, personas que cuidan personas como preconizan las políticas de salud vigentes de humanización del cuidado; por ejemplo para que la madre desarrolle el apego la enfermera tendrá que darle consejería sobre sentimientos del contacto piel a piel, sobre la comunicación no verbal con el hijo en la relación madre niño que solo podrá ser eficaz desde una disposición actitudinal, practica y docente; de allí el calificativo del Hospital amigo de la madre y el niño obtenido en el año 1994.

3. Perspectivas para la Gestión del Cuidado Materno Infantil.

Aunque el cuidado sea visto desde diferentes perspectivas por teóricos y filósofos, continúa siendo la esencia de la enfermería. El cuidado es el conductor de las teorías, de la praxis de la enfermería, las discusiones y estudios de sus diversos conceptos son necesarios para el desarrollo y mejoramiento de esta ciencia.

Según la percepción de las entrevistadas sobre las perspectivas para el fortalecimiento de la gestión de enfermería en Cuidado Materno Infantil refieren lo siguiente: Fortalecer las competencias del profesional de enfermería y una Gestión por Resultados.

Fortalecer las competencias del profesional de enfermería.

En el año 2000 las enfermeras del HONADOMANI-SB, con la finalidad de fortalecer las competencias de las enfermeras en la gestión del cuidado materno infantil organizaron el Primer Congreso Internacional en el Área Materno Infantil, logrando traer a expositores internacionales de gran trayectoria como al pionero del banco de leche materna en el Brasil, Dr. Héctor Martínez fundador del método Canguro en Colombia, también estuvo presente una enfermera de Colombia especialista en el Método Canguro, este hecho marcó un hito en la trayectoria de las enfermeras de este hospital.

MINSA (102), la formación de competencias hace viable el logro de las metas colectivas, y que los procesos se cumplan aprovechando al máximo los recursos disponibles. Este reto ha dado como iniciativa el desarrollo de esquemas innovadores, acordes con la evolución del conocimiento, entre ellos la formación de competencias de enfermería, como una visión real, dinámica y actualizada para abordar la atención de la salud en este siglo. El recurso humano, constituye el elemento más importante que puede poseer una organización, y en la formación de competencias de enfermería, se requiere formar competencias profesionales convencidos, motivados, cooperadores y comprometidos para consolidar la excelencia profesional.

Esto se expresa en los discursos de las entrevistadas:

(...), Las Perspectivas para la gestión del cuidado de enfermería determinan que, las enfermeras sean capaces de afrontar con competencia y eficiencia las demandas de los clientes y los retos de la profesión, en un entorno de constante evolución.

E.11.P.18

“(…), Como Perspectivas contar con una plana curricular de las escuelas académicas que se acerque a la realidad y que la brecha entre la formación y la práctica asistencial guarde un equilibrio lógico, las docentes deben tener experiencia asistencial no deben ser solamente teóricas.

E.05.P.13.

Kérouac (59), sostiene que la enfermera asegura el desarrollo de sus competencias y da muestra de habilidades e ingeniosidad para encontrar la destreza innovadora en la práctica enfermería y la organización de los cuidados.

Gramsci (103) explica la hegemonía del poder en las sociedades civilizadas estaría dado por la influencia cultural que estas ejercen a través del conocimiento, los medios de comunicación y las doctrinas, de allí que el poder no es una cosa o algo que se transfiere sino que es un conjunto de relaciones de poder que puede estar en manos de los trabajadores o los dirigentes, luego el mensaje es que el poder es dinámico no siempre proviene del aparato estatal sino que también asciende desde la clase trabajadora cuando ejerce una fuerza cultural sólida y segura, se trata de la hegemonía cultural, de esa manera se genera el sentimiento de identidad con los propósitos o metas a alcanzar. Este fenómeno social político, es natural, el asumir un razonamiento lógico que conlleva hacia el bienestar, la salud humana y desarrollo de una nación saludable, es uno de los objetivos primarios de la política de salud peruana, ello ha marcado estas dos décadas de estudio, la Salud Materna puesta en el más alto grado de prioridad disminuir la morbilidad materna y la mortalidad infantil y desde la gestión de enfermería como su más cercano colaborador.

Todo ello amalgama a una sociedad en torno a un proyecto natural y conveniente la “Maternidad segura y saludable” es un trabajo sobre la homogeneidad de la conciencia propia asumiendo un contenido ético y deontológico la promoción de la vida como lo señala Courier, el cual cala en enfermería desde una formación profesional científica humanística, innovadora y altruista; con lo cual coincide Salazar la formación de las competencias cognoscitivas, procedimentales y actitudinales hace viable el logro de las metas colectivas.

Gestión por resultados

Makón (104), refiere que la gestión por resultados puede definirse como el modelo que propone la administración de los recursos públicos centrada en el cumplimiento de las acciones estratégicas definidas en el plan de gobierno, en un período de tiempo determinado. De esta forma, permite gestionar y evaluar la acción de las organizaciones del Estado con relación a las políticas públicas definidas para atender las demandas de la sociedad.

Esto se expresa en los discursos de las entrevistadas:

(...), Como perspectivas para enfermería nuevos estilo de gestión: haciendo uso de la gestión por resultados que implica la transformación de las organizaciones mediante el aprendizaje y la mejora permanente en respuesta a las necesidades y expectativas de sus usuarios que constituyen el centro de su misión... para ello se requiere reforzar el liderazgo de las instancias directivas, el trabajo en equipo, la gestión basada en proceso.

E.01.P.15.

(...), Las perspectivas para la gestión del cuidado de enfermería para los próximos años, es contribuir a que la profesión de enfermería sea revalorada por la sociedad, ¿y cómo lograríamos esta perspectiva?

implementando nuevos modelos de gestión, haciendo uso de indicadores gestión por resultados.

E.07.P.14.

Las organizaciones necesitan gestionar sus actividades y recursos con la finalidad de orientarlos hacia la consecución de buenos resultados, lo que a su vez se deriva en la necesidad de adoptar herramientas y metodologías que conlleven a configurar un sistema de gestión. Así el enfoque basado en procesos sigue principios de gestión básicos y fundamentales para la obtención de resultados relacionados con el estándar ISO 9000 y el modelo de la calidad total EFQM. Ello implica obtener buenos resultado de manera eficaz y eficiente, en términos de satisfacción de los diferentes grupos de interés, el cliente, el personal y proveedores; todo ello se realizará en torno a los procesos misionales entendidos como el conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados, donde dicha actividad de transformación adicionan valor, durante el tiempo que se ejerza control sobre el conjunto de actividades. Esta es una metodología transversal propuesta para el logro de los objetivos institucionales, puede ser entonces una excelente estrategia para alcanzar las metas propuestas en las políticas de salud peruana, no es coercitiva es más bien técnica y sistemática, coloca al equipo en el mismo horizonte, el equipo maneja los mismos conocimientos y todos estén avocados en alcance de los resultados propuesto dentro de criterios estándares de calidad pre-establecidos; ello requiere trabajo en equipo y continua retroalimentación.

Tal como señala Gramsci, la cultura equivale a sumar lo política y lo cultural buscando establecerse una hegemonía social pero ello connota una organización jerárquica de poder de un grupo sobre la sociedad con un contenido ético que

amalgama todos los interés de una población ese el sitio de la gestión del cuidado de la enfermería en Salud Materno Infantil, el cual de manera implícita y explícita están dirigidos a los objetivos del milenio.

CAPÍTULO V

CONSIDERACIONES FINALES

En la década pasada supuso un hito importante para el sector salud a nivel mundial, en la medida que distintos actores, locales e internacionales, tomaron conciencia de la apremiante necesidad de una reforma en el sector salud de los países en vías de desarrollo, debido a la preocupante situación imperante en dicho sector a principios de los noventa.

La salud materno infantil sigue siendo uno de los temas más preocupantes en el Perú. Aunque la información de ENFES revela avances significativos en el acceso a servicios de la salud por parte de las mujeres y los niños, los niveles de mortalidad y desnutrición son aún muy altos y las desigualdades por nivel socioeconómico, etnia y lugar de residencia aparecen como intolerables para una sociedad democrática. En el caso de la reducción de la mortalidad materna en las últimas décadas el Estado ha puesto atención especial al acceso de los servicios de planificación familiar, control prenatal y asistencia profesional durante el parto.

En ese contexto, observamos que las políticas públicas distorsionan los principios constitucionales y de seguridad personal donde las mujeres son las más afectadas por la pobreza, el deterioro de la calidad de vida, la discriminación y la marginación de sus derechos personales y reproductivos. Observamos también que el esfuerzo del gobierno es ampliar los servicios de salud para las mujeres, con la finalidad de garantizar el mismo considerándolo como un objeto de producción y no como un tema de su propia atención. En esa perspectiva la mujer se ve más afectada por la falta de información, falta de acceso a la educación sexual y el uso de anticonceptivos, teniendo como resultado en la mayoría de los casos embarazos no deseados, el aumento de la dependencia económica y los riesgos de ser maltratada ella y sus hijos.

En la categoría uno se identifican políticas Sociales como Salud para todos como objetivo final del sector salud; así mismo se plantea prioridades por grupos etarios: madres gestantes y lactantes, niños menores de seis años y escolares. Planteándose metas de Reducir la Mortalidad Materna a diez por diez mil nacidos vivos, en cumplimiento a las metas consideradas dentro del cuarto y quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio.

Cobertura de atención prenatal setentaicinco por ciento, cobertura institucional del parto, control puerperal mayor al sesenta por ciento de púerperas, Mejorar la accesibilidad geográfica, cultural y económica a los servicios de salud y Mejoramiento de la calidad de atención Materna Perinatal.

Se crearon programas tales como Madre Acompañante, Método Mamá Canguro, Alojamiento Conjunto, Contacto Piel a piel, fortalecimiento de la lactancia materna, Salud Reproductiva y Planificación Familiar, Maternidad Saludable y Segura, programa FEMME, entre otros, estos programas tuvieron el propósito de disminuir la morbi-mortalidad materno infantil.

El rol de la enfermera en los programas maternos infantiles es muy importante se dirige hacia la orientación y educación que se imparte a los padres, con el objetivo de fomentar la aceptación de estos programas, la enfermera ayuda a los padres a desarrollar la capacidad materna, paterna y autosuficiencia, teniendo en cuenta sus diferencias y actitudes, la enfermera debe tener cierto perfil: conocimientos sólidos de los programas maternos infantiles, la educación juega un rol fundamental en la mejora de las condiciones de la salud materno infantil, se puede determinar que el profesional de enfermería asumió su liderazgo profesional logrando el posicionamiento de enfermería en las estructuras organizativas de la institución y brindando cuidados profesionales en programas de salud de la mujer y niño.

En la segunda categoría se caracterizan los hechos y Acontecimientos en la Caracterizaron la Trayectoria Evolutiva de la Gestión de las Enfermeras en el Cuidado Materno Infantil, siendo el más importante la especialización de enfermería, podemos determinar que la gestión del cuidado ha evolucionado favorablemente gracias a la preparación de la enfermera a través de las especialidades de enfermería, la enfermera ha evolucionado tanto que en todos los niveles de actuación, tiene responsabilidades de planificación, organización y control de los servicios de enfermería, debido al mayor énfasis del trabajo en equipo en el campo de la salud, las enfermeras actúan como coordinadoras no sólo del personal de enfermería, sino del equipo sanitario, compartiendo esta responsabilidad con otros profesionales.

La especialidad en enfermería surge en la década de los 80, pasando hacer un hecho histórico en la trayectoria de la enfermería peruana, a inicios la especialidad de enfermería se obtenía a través de cursos de especialización, siendo una de las especialidades con este sistema, la especialidad materno infantil, hecho que determino que la enfermera en el área materno infantil, asumiera la responsabilidad del control del niño sano y de las gestantes en control, en el año 1998 la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia ofreció por primera vez el Programa de Especialización bajo la modalidad escolarizada, La especialización en enfermería hoy se impone y se difunde en todos los países como consecuencia natural del progreso, de la profundidad del conocimiento en todos los sectores, y en la enfermería en particular, confirmando que se hace imposible satisfacer las demandas de salud cada vez más complejas solamente con la formación en pregrado. La especialización en enfermería en el mundo, tiene más de cincuenta años de desarrollo; en nuestro país lleva ya 17 años.

La enfermería Peruana transcurre por un proceso de cambio en las necesidades de los enfermos y los cuidados que precisan a las estancias hospitalarias, a las características estructurales, organizativas y funcionales, la demanda de recursos humanos en los Servicios hace que haya la necesidad de clarificación del objeto – sujeto del conocimiento y gestionar los recursos hospitalarios de forma más eficiente.

En el campo materno infantil los cambios han sido muy significativos, desde una actividad basada en el empirismo y centrada en la técnica, se ha pasado a orientar el cuidado en un marco teórico propio, utilizando una metodología lógica y racional, como lo demuestra el uso generalizado del proceso de enfermería y la formulación de diagnósticos enfermeros. Es necesario destacar también el impulso de las asociaciones profesionales por su contribución al cambio que se está experimentando. Surgen enfermeras investigadoras como Peplau y Henderson, que inician estudios sobre los contenidos teóricos de la enfermería.

Al mismo tiempo, enfermeras docentes, entre las que cabe destacar a Ida J. Orlando, describen métodos de trabajo propios de la actividad profesional. Con estos hechos, entre otros, la actividad de cuidar se convierte en una disciplina diferenciada de otras profesiones de salud. Factores que intervienen en la profesionalización,

surgen las Organizaciones profesionales y Las asociaciones profesionales que tienen como objetivo cooperar para mantener la calidad de la educación y del servicio en su más alto nivel. Igualmente trabajan para conseguir la regulación de la profesión. La asociación profesional más importante es el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), La educación es otro factor que se considera influyente en la profesionalización. La preparación que reciben los miembros de una disciplina es fundamental para determinar el nivel de la profesión. Una profesión tiene que poseer un cuerpo de conocimientos propio que ha de aumentar de forma constante, atributo de las enseñanzas que se imparten en la universidad. Los centros universitarios permiten a los futuros profesionales poseer una perspectiva amplia de situaciones, gran variedad de ideas, capacidad de análisis y el estudio de forma sistemática de las tendencias y problemas de la sociedad, la salud y la enfermería.

El cuidado materno infantil a lo largo de la historia ha experimentado una serie de cambios, tanto en sus funciones como en su formación, así tenemos que en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé las modificaciones históricas, asistenciales, legales y académicas han sido necesarias para poder adecuar la gestión de las enfermeras en el cuidado Materno Infantil a la evolución de la obstetricia y neonatología, evolución determinada por el contexto político social, viéndose obligadas a seguir estudios de especialidad en Gineco obstetricia, neonatología o materno infantil. A través de estos estudios de post grados la enfermera adquiere competencias profesionales las cuales se Bazán en el conjunto de conocimientos, destrezas y actitudes en la organización del trabajo y en las actividades de planificación.

En la tercera categoría se determinó Perspectivas para la Gestión del Cuidado Materno Infantil: Fortalecer las competencias del profesional de enfermería y una Gestión por Resultado. En lo que se refiere al fortalecimiento de competencias se hace viable el logro de las metas colectivas, y que los procesos se cumplan aprovechando al máximo los recursos disponibles. En relación y una Gestión por Resultado, las organizaciones necesitan gestionar sus actividades y recursos con la finalidad de orientarlos hacia la consecución de buenos resultados, lo que a su vez se deriva en la necesidad de adoptar herramientas y metodologías que conlleven a configurar un sistema de gestión. La gestión por resultados es una combinación de

sistemas, valores y procedimientos para lograr más y mejores resultados, con igual o menor cantidad de recursos. Es decir que es necesario promover una mejor gestión del cuidado materno infantil para lograr un cambio real, que al final se refleje en la entrega de productos para atender las necesidades de la madre y del niño, realizando una planificación orientada a resultados, tiene que ser al mismo tiempo estratégica, operativa y participativa.

Actualmente los resultados obtenidos en el Perú en relación a la reducción de la mortalidad materno, neonatal e infantil se deben a múltiples factores, como el crecimiento económico sostenido y un marco de reducción de la pobreza; mejoramiento en la educación de la mujer; mayor acceso de la población a agua y saneamiento básico, la implementación de programas, entre los que se encuentra el programa juntos, así como la implementación del Seguro Integral de Salud (SIS) y más recientemente la implementación de programas presupuestales basados en resultados, como el programa Articulado Nutricional y el Programa Estratégico Materno-neonatal.

Se recomienda realizar otras investigaciones con el método histórico social en cada una de las áreas de la mujer y niño en sus diferentes etapas, para tener una visión más amplia de la evolución histórica social de enfermería como profesión y disciplina.

La gestión del cuidado otorga a la profesión una oportunidad de reconocimiento del que hacer enfermero, dentro y fuera de la institución, se puede proyectar una enfermera con más presencia en las decisiones institucionales que forman parte del cuidado y de la seguridad y satisfacción del usuario.

**CORRELACION DE LA LINEA DE TIEMPO DE SUCESOS DE SALUD
MATERNA HOSPITAL SAN BARTOLOME**

QUINQUENIO	AÑO	SUCESOS EN HONADOMANIS B	POLITICAS DE SALUD: OBJETIVOS Y METAS EN SALUD MATERNA	ASPECTOS SOCIALES RELEVANTES	CARACTERISTICAS DE GESTION DEL SECTOR SALUD
				Colegio de Enfermeros Del Perú para la formación de enfermería dictamino el único nivel el universitario.	
	1984	Profesionales Enfermería obtienen el cuarto nivel	Ley Universitaria N°23733; ArtículoN°22, dispuso que solamente las Univ. Podían otorgar el título de Licenciatura.		
1980 - 1985				recuperación de la democracia con deterioro económico	
	1985	Programa supervivencia infantil		Aparición del terrorismo en algunas regiones del país.	
	1986	Maternidad Segura saludable			
	1987	Programa Madre canguro	7. Salud para todos como objetivo final del sector salud ¹ .	Deterioro económico con gran inflación	Gestión basada en aspectos epidemiológicos
1985 - 1990	1988		plantea prioridades: por grupos etarios:	Crisis de los servicios públicos por deterioro del Estado	Predominio del modelo de atención recuperativa
	1989	Programa Planificación Familiar	Madres gestantes y lactantes, niños menores de 6 años y escolares.	Incremento del terrorismo nacional	
	1990				
	1991	Plan Nacional Salud Materna Infantil	Políticas: 7. Medicamentos como bien social		
	1992		8. Recuperación de los establecimientos de salud ²	Deterioro financiero de las entidades del estado	Inicio del gerencialismo en salud
1990 - 1995	1993	Plan de Implementación de los 10 pasos de la Lactancia Materna	Metas:	Shock económico	Programas de fortalecimiento de establecimientos de Salud
	1994	Hospital Amigo de la Madre y el Niño	Reducir la Mortalidad Materna a 10x10mil (10%)	Autogolpe y nueva constitución política	Aplicación de técnicas gerenciales en los establecimientos de salud
	1995	Proyecto mejora de la calidad de los servicios materno-infantiles	2000: Reducir la Tasa Global de Fecundidad a 3.1 (30%)		

Continúa en la siguiente página...

Referencias

- 1 Documento: Lineamientos Generales de Política del Sector Salud - Ministerio de Salud - Setiembre 1985
 - 2 Documento: Hacia un Sistema Nacional Regionalizado e Integrado de Salud (Objetivos , Políticas y Metas) 1985 – 2000
- ... continuación

QUINQUENIO	AÑO	SUCESO EN HONADOMANIS B	POLITICAS DE SALUD: OBJETIVOS Y METAS EN SALUD MATERNA	ASPECTOS SOCIALES RELEVANTES	CARACTERISTICAS DE GESTION DEL SECTOR SALUD
		Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Planificación Familiar	Políticas: 1. Garantizar el acceso universal a los servicios de salud pública y atención individual, priorizando los sectores más pobres y vulnerables	Modernización del seguro social	Promoción de administración compartida de servicios de salud
	1996				
	1997				
		Semana de la Maternidad Saludable y Segura (3ra Sem. Mayo)	Estrategias: Reforma Sectorial - Atención Integral de Salud	Creación de las EPS	Boom del gerencialismo en salud
1995 - 2000	1998				
			Metas: ³	Consolidación	Implementación
	1999		Reducir Mortalidad Materna a 100x100 mil	de la derrota al terrorismo	de aseguramiento público
			75% cobertura de atención prenatal c/4 controles		
	2000	Programa FEMME 2000	75% cobertura institucional del parto Cobertura control puerperal mayor a 60% púerperas		Planeamientos de reforma
			Nuevo Modelo de Atención: ⁴ planes de servicios integrados, organización en redes...	Gobierno de Transición Democrática	
	2001				
			Lineamientos: ⁵		Gestión bajo modelo de atención integral
	2002	Ley de Trabajo de la Enfermera	1. Promoción de salud y prevención de enfermedad		Aseguramiento Universal
2001 - 2005					
			2. Atención integral y seguro integral de salud		
			Resultados esperados:		Énfasis en fortalecimiento del primer nivel de atención
	2003				
			4. Implementación del seguro integral: priorizando el componente materno infantil		
	2004				

Referencias

- 3 Documento: El desafío del cambio del milenio: Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad – lineamientos de política de salud 1995 a 2000
- 4 Documento: Por un país saludable - Propuesta de Políticas para la salud - julio de 2001
- 5 Documento: Lineamientos de Política Sectorial 2002 - 2012 y principios fundamentales para el plan estratégico sectorial del quinquenio 2002 – 2006

Referencias Bibliográficas

1. Cortés J. Gestión clínica y medicina familiar. [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2015]. Disponible desde:
<http://www.infodoctor.org/rafabravo/aLhathtml>. 2003
2. Valdivia M, Mesinas J. Evolución de la equidad en salud materno-infantil en Perú: ENDES 1986, 1991-1992, 1996 y 2000. Lima: INEI, Instituto Nacional de Estadística e Informática, Centro de Investigación y Desarrollo; 2002. P. 88.
3. Françoise CM. Promover la Vida. 1 ed. México: McGraw-Hill; 2009. p 4.
4. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N°348. Mortalidad Materna [Internet]. WHO. 2014 [citado 22 de septiembre de 2015]. Disponible desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
5. Valdivia M, Mesinas J. La Salud Materno-Infantil en el Perú: Mirando dentro y fuera del Sector Salud. Disponible desde:
www.grade.org.pe/upload/publicaciones/archivo/.../InvPolitDesarr-13.pdf...
6. Del Carpio Ancaya L. Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 - 2012. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2013; 30(3):461-4.
7. Díaz J, Valdivia M. La salud materno-infantil en el Perú: mirando dentro y fuera del sector salud. En: Investigación, políticas y desarrollo en el Perú. Lima: GRADE; 2007. p. 1-2.
8. Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”. Análisis de Situación de Salud Hospitalaria (ASIS). Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”; Lima, 2014.
9. Contreras Zulay. Desarrollo e implementación de la gestión clínica de profesionales en Enfermería
10. Land y Ruales- PhD: Consultor OPS Washington OPS Colombia.VII Conferencia Iberoamericana de Educación En Enfermería, Medellín, Octubre 6, 7 y 8 de 2003
11. Zarate Grajales RA. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index de Enfermería. 2004; 13(44-45):42-6.

12. Troncoso M, Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2007; 20(4):499-503.
13. Meleis A, Jennings B. *Theoretical Nursing Administration: Today's Challenges, Tomorrow's Bridges*. En: *Dimensions of Nursing Administration: Theory, Research, Education, Practice*. Boston: Blackwell Scientific Publications; 1989. p. 7–18.
14. González M. *La Salud y sus Implicaciones Sociales, Políticas y Educativas. Un marco de referencia para los cuidados de Enfermería*. 1ª ed. Universidad de Huelva: Artes Gráficas Bonanza; 2006. 88 p.
15. Bardález del Águila C. *Proyecto Observatorio de la Salud. La salud en el Perú*. [Internet]. 2002. Disponible desde:
<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/saludenelperu.pdf>
16. Galeano M. *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. 1a ed. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT; 2004.
17. WATSON, J. *Naturaleza del cuidado humano* Watson J. *Naturaleza del cuidado humano y valores del cuidado de enfermería*. En: *Enfermería: Ciencia humana y cuidado humano: Una teoría de enfermería*. Nueva York: National League for Nursing Publications; 1988. p. 31–6.
18. Ministerio de Salud: *Con una Maternidad Saludable y segura el Perú progresa y desarrolla*. 2012 [citado 22 de septiembre de 2015]. Disponible Desde:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2012/maternidad/index.htm>
19. Organización de las Naciones Unidas-Centro de Información. *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. [Internet]. 1994 [citado el 22 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de:
http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/conf_pop.htm
20. Unicef, *Objetivos de Desarrollo del Milenio - Centro de Información de las Naciones Unidas para México, Cuba y República Dominicana* [Internet]. 2000 [citado 22 de septiembre de 2015]. Disponible desde.
<http://www.unicef.org/spanish/mdg/>
21. Díaz J, Valdivia M. *La salud materno-infantil en el Perú: mirando dentro y fuera del sector salud*. En: *Investigación, políticas y desarrollo en el Perú*. Lima: GRADE; 2007. p. 1, 2.

22. Bermejo R. Salud materno-infantil, incluida la planificación familiar. En: Cien años de cooperación al Perú 1902-2002. 1a ed. Lima: Organización Panamericana de la Salud; 2002. p. 76–96.
23. Organización Mundial de la Salud. Factores de Éxito en la Salud de las Mujeres y los Niños. Mapeando el Camino hacia el Progreso. Perú. [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2013 [citado el 29 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2014/03/Factores-de-Exito-en-la-Salud-de-las-Mujeres-y-los-Ninos.-Mapeando-el-Camino-hacia-el-Progreso.pdf>.
24. Ministerio de Salud. Gobierno del Perú. Salud Materna [Internet]. Salud Materna. [citado el 22 de febrero de 2016]. Disponible desde: http://www.minsa.gob.pe/porta/web/06prevencion/prevencion_7.asp?sub5=7
25. Estrada M, Godoy R. Género y políticas de salud de la mujer en América Latina: caso Perú (Parte II). Rev. EscEnf USP. 1996; 30(2):204-16.
26. Contraloría General de la Republica. Informe Macro del Programa del Vaso de Leche-PVL. Ejercicio 2000. N° 004-2002 CG/B 350. Lima: Contraloría General de la Republica; 2002.
27. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La Lactancia Materna y el Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en el Perú. Informe final de monitoreo en Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Lima y Loreto. Lima: Organización Panamericana de la Salud; 2011. p 11.
28. Ministerio de Salud. Gobierno del Perú. RM N° 071-96-SA/DM. Aprueban el “Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000” [Internet]. 1996. Disponible desde: ftp://ftp.minsa.gob.pe/intranet/leyes/RM07196_SA_DM.pdf
29. Ministerio de Salud. Gobierno del Perú. Ministerio de Salud: Con una Maternidad Saludable y segura el Perú progresa y desarrolla [Internet]. Ministerio de Salud: Con una Maternidad Saludable y segura el Perú progresa y desarrolla. 2012 [citado 22 de septiembre de 2015]. Disponible desde: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2012/maternidad/index.htm>

30. Mejorando Vidas por medio de los Programas de Salud Sexual y Reproductiva de CARE. El Proyecto FEMME en Perú: Asocios para Mejorar la Salud. U.S. Agency for international development (USAID Peru), CARE. Atlanta: 2007. [citado 15 de septiembre de 2015] Disponible desde:
<http://www.care.pe/pdfs/cinfo/libro/Vocesdelpueblo2007.pdf>
31. Urquizo R. El Método Canguro en el Hospital Nacional Docente Madre Niño (HONADOMANI) “San Bartolome”. Paediatrica. 2002; 4(3):41–6.
32. Hospital Docente Madre-Niño “San Bartolomé”. 50 Años. Hospital Materno-Infantil. Renovando nuestro compromiso: para servir con amor y alta especialización. Lima: M&M Comunicación Integral; 2011. 42 p.
33. Hernández-Jacinto A. Reflexiones sobre la organización de servicios de neonatología en el marco de la situación neonatal en el país. Proyecto 2000. Lima: Ministerio de Salud; 1998.
34. Vallejo N. Desarrollo de la Enfermería. en: Cien años de cooperación al Perú 1902-2002. 1a ed. Lima: Organización Panamericana de la Salud; 2002. p. 347–63.
35. Fandiño V. Ejercicio liberal de la enfermera(o) en el área materno-infantil. Revista Aquichan. 2002; 2(2):49–61.
36. Prieto R. Modelos de gerencia para el control de gestión en la administración de las instituciones de salud. Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales. 2006; 8(2):79–86.
37. Chamizo V. "El proceso de Profesionalización de la Enfermería en el Principado de Asturias" [Tesis Doctoral]. [Alicante]. Universidad de Alicante, España; 2009.
38. Agramonte A y Farres R. Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de Salud II. Revista Cubana de Enfermería .2010; 26(2): 14-26.
39. Cabacas C. Significado de la Experiencia de la Gestión del Cuidado de Enfermeras en una Clínica de Tercer Nivel de la Ciudad de Cartagena. [Tesis Magistral].Universidad Nacional de Colombia; 2012.
40. Rodríguez M. Inserción, poder y estrategias de la enfermera en la gerencia de los servicios de salud pública en Trujillo, Perú. Revista “Ciencia y Tecnología”, Escuela de Postgrado - UNT. 2012; 8(22):291–309.

41. Valencia H. Estilos Gerenciales y Satisfacción Laboral. [Tesis Magistral]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
42. Cabezudo M. Trayectoria de Enfermería: Conflictos y Conquista: Hospital III Es salud-Chimbote, 1963-2010. [Tesis Doctoral]. [Chimbote]: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014.
43. Guzmán S. El cuidado humano en la formación del estudiante de Enfermería según la teoría de Jean Watson-Chiclayo, Perú. [Tesis Magistral]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.; 2011.
44. Rodríguez-Quezada MP. Manejo de herramientas de gestión y percepción del cuidado de Enfermería en hospitales de Chachapoyas, Perú. *Enfermería universitaria*. 2014; 11(1):03–10.
45. Rivera A. Práctica ética de enfermeras jefes en la gestión del cuidado, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2013. [Tesis Magistral]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.; 2014.
46. Cotos R., Rodríguez Y. El cotidiano desempeño de la enfermera gerente en la gestión de los servicios de enfermería. [Chimbote]: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; In *Crescendo Ciencias de la salud*. 2015; 2(1):203-14.
47. Benguigui Y., Land S., Paganini J. M. Acciones de Salud Materno Infantil a nivel local. Disponible desde:
ocal.<http://iris.paho.org/.../Acciones%20de%20salud%20maternoinfantil%20%20>
48. Sánchez, G., & Díaz, T. (06 de Octubre de 2011). La salud materna infantil un factor de incidencia en el desarrollo integral de las personas. *El Observador Económico*, 1. Obtenido de:
<http://www.elobservadoreconomico.com/articulo/1175>
49. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Fortalecer los sistemas sanitarios para mejorar la salud de la madre y del recién nacido. En: *Estado Mundial de la Infancia 2009*. New York: UNICEF; 2008. p. 91.
50. Ruíz F, Álvarez C. Apuntes y Notas de Enfermería Materno-Infantil. [Internet]. Universidad de Jaén; 2008 [citado el 30 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www4.ujaen.es/~mlinares/APUNTES.pdf>
51. Ramírez C. Evolución del cuidado materno infantil. *Rev. Enferm IMSS*. 2001;9(1):1–4

52. López P. Enfermería Materno-Infantil [Internet]. Enfermería Materno-Infantil. 2011 [citado el 21 de abril de 2016]. Recuperado a partir de: <http://enfermeramaternoinfantil.blogspot.com//2011/02/que-es-enfermeria-%20maternoinfantil.html>
53. Grados C. Competencias del técnico en enfermería en el cuidado materno infantil. CICAT-SALUD. [Internet]. 2012 [citado el 21 de abril de 2016]; Asociación Peruana de Enfermeras (os) Materno Infantil (APEMI). Recuperado a partir de: <http://es.slideshare.net/cicatsalud/competencias-del-tnico-en-enfermera-en-el-cuidado-materno-infantil-cicatsalud>.
54. Torres P., definición y aspectos generales de Enfermería Materno Infantil. Recuperado a partir de: <http://es.slideshare.net/maggie1105/definicion-materno-infantil>.
55. Servicio de Neonatología. Hospital Puerto Montt. Gestión en salud [Internet]. Gestión en salud. 2014 [citado el 29 de diciembre de 2015]. Disponible desde: <http://www.galeon.com/neopuertomontt/gestionsalud.html>
56. Román A. Conceptos y definiciones básicas de la gestión clínica. Medwave. 2012; 12(05):e5418–e5418.
57. Resolución Exenta N° 1127 del Ministerio de Salud de Chile, de 14 de diciembre de 2007 que fija el texto de la Norma General Administrativa N° 19, "Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada".
58. Colegio de Enfermeros del Perú. Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero. [Internet]. 2008. Disponible desde: http://www.cep.org.pe/cn/download/NG_CDCE.pdf
59. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1995. Pág.18-20; 21; 70; 136.
60. Kersbergen AL. Managed care. Shifts health care from an altruistic model to a business framework. Nurs Health Care Perspect. 2000; 21(2):81-3.
61. Fundación Victor Grifols. La gestión del cuidado en Enfermería. Barcelona: Gráficas Gispert; 2005. 132 p
62. Raile. M. y Tomey, M. Ann. (2011). Modelos y teorías en enfermería. Barcelona, España: Elsevier. (p) (416-428).

63. Meleis AI. Being and becoming healthy: the core of nursing knowledge. *NursSci Q.* 1990; 3(3):107; 130; 151.
64. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger-Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci.* 2000; 23(1):12–28.
65. Bourdieu P, Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción. Barcelona. Anagrama, S.A 1998; pp.19–20; 25; 29; 49-50; 84.
66. Do Prado ML, De Souza MdL, Carraro TE, et al. Investigación cualitativa en enfermería: Contexto y bases conceptuales. Washington: Organización Panamericana de la Salud OPS; 2008; pp-62, 64, 83, 97, 179, 191.
67. Cantuarias N, Moreira Da Silva I, Rubio M. Inserción de la enfermería en la administración académica universitaria : luchas, conquistas y desafíos. 1a ed. Rio de Janeiro: Anna Nery; 2005: p. 144.
68. Do Prado ML, De Souza ML, Monticelli M, Cometto MC, Gómez PF. Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000,10. 1a ed. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2013; p53.
69. Salazar C. El sujeto no es un objeto de investigación [Internet]. 2008 [citado el 22 de septiembre de 2015]. Disponible desde:
https://www.academia.edu/2462866/El_sujeto_no_es_un_objeto_de_investigaci%C3%B3n
70. De Sousa M. Investigación Social. Teoría, método y creatividad. 3a ed. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2008; pp. 43.
71. Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”. Análisis de Situación de Salud Hospitalaria (ASISHO). Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”; 2014.
72. De Sousa M. Investigación Social. Teoría, método y creatividad. 3a ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007; pp. 47.
73. Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón, C. Investigación cualitativa en Salud Iberoamérica: métodos, análisis y ética. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 2002: p.428- 429.

74. Boyle, J. Estilos de etnografía. En: Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2003.
75. Morse, J. Emerger de los datos: los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2003.
76. The National Commission for The Protection of Human Subjects, of Biomedical and Behavioral Research, the National Commission for the Protection of Human Subjects. The Belmont Report [Internet]. 1979 [citado el 23 de septiembre de 2015]. Disponible desde:
<http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html>
77. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *ColombMed*. 2003; 34(3):164–7.
78. De la Cuesta C. El Investigador Como Instrumento Flexible de la Indagación. *International Journal of QualitativeMethods*. 2003; 2(4):1–27.
79. NOGUEIRA, M. A. Sociedade civil, entre o político-estatal e o universo gerencial. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 18, n. 52, June 2003

Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0102-69092003000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Jan. 2009.doi: 10.1590/S0102-690920030 00200010.
80. COUTINHO, C. N. & TEIXEIRA, A. P. Ler Gramsci, entender a realidade. “international Gramsci society”. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
81. Guevara RM, Baltazar RM. Liderazgo en Enfermería. *Desarrollo Cientif Enferm*. 2010; 18(6):265–8.
82. Grados C. Modelo cuidados enfermero programas madre niño - CICAT-SALUD [Internet]. 2012 [citado el 23 de febrero de 2016]; Lima. Disponible desde:<http://es.slideshare.net/cicatsalud/modelo-cuidados-enfermero-programas-madre-nio-cicatsalud>
83. Waldow VR, Ferrero D, Juen E. Cuidar: expresión humanizadora de la enfermería. México, D.F.: Ediciones; 2008.
84. Gramsci A. Hegemonía Cultural [Internet]. [citado el 26 de enero de 2016]. Disponible desde: https://es.wikipedia.org/wiki/Hegemonía_cultural

85. Valverde L, Ayala N, Ma ´del´ Roció P, Dy´alá F. El Trabajo en equipo y su operatividad [Internet]. 1989 [citado el 29 de diciembre de 2015]. Disponible desde: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000381.pdf>.
86. Cerda Muñoz L. Lactancia materna y gestión del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*. diciembre de 2011; 27(4):327–36.
87. Meleis AI. *Theoretical Nursing Administration: Today’s Challenges, Tomorrow’s Bridges*. En: *Dimensions of Nursing Administration: Theory, Research, Education, Practice*. Boston: Blackwell Scientific Publications; 1991. p. 7-18.
88. Meleis AI, Price MJ. Strategies and conditions for teaching theoretical nursing: an international perspective. *J AdvNurs*. 1988; 13(5):592–604.
89. El Estado ampliando en el pensamiento Gramsciano, Disponible desde: www.gramscimania.info.ve/.../el-estado-ampliado-en-el-pensamiento.ht...
90. Cerda L. Lactancia materna y gestión del cuidado *Rev. Cubana Enfermer* vol. 27 no.4 Ciudad de la Habana sep.-dic.2011. Disponible desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-3192011000400010
91. Cisneros I, Flores S, Alojamiento conjunto madre-hijo y lactancia humana exclusiva. *Salud Pública de México*. 1997; 39(2): 110-116.
92. Auccasi M. Evolución de enfermería en el Perú en las últimas cinco décadas del siglo XX [Internet]. [citado el 29 de diciembre de 2015]. Disponible desde: <http://www.enfermeriaperu.com/eduenfer/evolenfer.htm>.
93. Ley Universitaria. Ley N°23733/1983 del 9 de diciembre. Diario Oficial “El Peruano”.
94. Aranda Moreno Lucia, Lavado Huarcaya Sofia. *Transitando por la historia de la Enfermería*. 1a ed. Chiclayo: Editora 955, S.R.L.; 2005. p180.
95. Cruz RGD la. Desarrollo de las especialidades de enfermería a 20 años de su lanzamiento por la facultad de enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. *Revista Enfermería Herediana*. 2015; 8(1):41.
96. Cuba J. Segunda Especialidad en Enfermería. [Internet][citado el 30 de diciembre de 2015].Disponible desde:

<http://upg.medicina.unmsm.edu.pe/index.php/estudios/segunda-especialidad/segunda-especialidad-en-enfermeria>.

97. Vallejo N. Desarrollo de la Enfermería. Cien años de cooperación al Perú 1902- 2002. Lima: Organización Panamericana de la Salud; 2002. p. 347-63.
98. Zarate M. De Escuela a Facultad: Transiciones en la Educación de la Enfermería en el Perú. 2a ed. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2015. p63
99. Mulder M, Weigel T, Collings K, El concepto de competencia en el desarrollo de la educación y formación profesional en algunos Estados miembros de la UE: un análisis crítico. Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado. 2008; 12 (3): 1-25
100. Fuentes PES, Reynaldos-Grandón K, Martínez-Santana D, Jerez-Yáñez O. Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. Aquichan. 2014; 14(1): 79-99.
101. Salazar M. La formación de competencias profesionales en el área de enfermería (página 6) - Monografias.com [Internet]. [citado el 30 de diciembre de 2015]. Disponible desde: <http://www.monografias.com/trabajos73/formacion-competencias-profesionales-area-enfermeria/formacion-competencias-profesionales-area-enfermeria2.shtml>
102. Ministerio de Salud (Perú). Aprueban Reglamento de Alimentación Infantil. Decreto Supremo N°009-2006-SA. Lima: Ministerio de Salud; 2006.
103. Hegemonía cultural. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 2016 [citado el 21 de abril de 2016]. Recuperado a partir de: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Hegemon%C3%ADa_cultural&oldid=90049616.
104. Makón M. El modelo de gestión por resultados en los organismos de la administración pública nacional. V Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Rep. Dominicana; 2000

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo....., Lic. , en enfermería del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, en pleno uso de mis facultades físicas y mentales, por el presente documento autorizo que se me realicen las preguntas necesarias para colaborar con el trabajo de investigación: **Historia de las Enfermeras en la Gestión del Cuidado Materno Infantil Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. (1984-2004)**, luego de haberme explicado la naturaleza y los objetivos de dicho trabajo.

Estoy satisfecho (a) con todas explicaciones brindadas y las he comprendido.

Lima..... de.....del 2015

Participante

Investigador responsable

Asesora

¡Gracias por su colaboración!

Anexo 2. Entrevista semi – estructurada a la enfermera



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

PROGRAMA DE DOCTORADO EN

CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA A LA ENFERMERA

1.- Introducción

Buenos días, soy La Lic. En enfermería Miriam Ortiz Espinoza. Me encuentro realizando un estudio que tiene la finalidad de recolectar información acerca de la Historia de las Enfermeras en la Gestión del Cuidado Materno Infantil Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé (1984-2004), experiencias que servirán para mejorar la Gestión del Cuidado y generar recursos que sirvan de fuente para implementación de procesos de mejora. Datos que serán mantenidos de forma confidencial y en el anonimato.

2.- Instrucciones

Por favor, complete sus datos personales e institucionales y responda con toda la libertad posible a la interrogante del estudio.

3.- Datos Generales:

Nombre: Edad:

Sexo: Estado Civil: No. de Hijos:

Servicio:

Tiempo en el Servicio:

Grado Académico: Completo: ... Incompleto: ...

** Especificar: Completo: ... Incompleto: ...

Especialidad (especificar):

Otros (especificar):

¡Gracias por su colaboración!

Anexo 3. Guía de entrevista



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

PROGRAMA DE DOCTORADO EN

CIENCIAS DE ENFERMERÍA

1. ¿Qué opinión le produce el recuerdo de las características relevantes de la gestión del cuidado de enfermería en aquellos años de 1984-1985 en el Hospital San Bartolomé?
De acuerdo a su experiencia de trabajo desempeñado en aquellos años:
2. ¿Podría describirnos los determinantes políticos sociales que intervinieron en la gestión del cuidado de enfermería en el Hospital San Bartolomé?
3. ¿Podría usted indicar los hechos y antecedentes que caracterizaron la trayectoria evolutiva de la gestión del cuidado de enfermería materno infantil, en nuestra institución desde 1984 al 2004?
4. ¿Cuáles son los aspectos más importantes que puede señalar al analizar los hechos y antecedentes que acaba de enunciar relacionados a la gestión del cuidado de enfermería materno infantil en nuestra institución en el periodo indicado?
5. ¿Cuáles son los retos para la gestión del cuidado de enfermería para los próximos años, teniendo en cuenta toda aquella experiencia obtenida y por su trayectoria en nuestra institución?
6. ¿Cuáles serían las perspectivas para la gestión del cuidado de enfermería para los próximos años?
7. ¿Cómo se brindaba el cuidado de enfermería en el periodo 1984-1994 y en el periodo 1994-2004?
8. ¿Cómo Ud. se organizaba para brindar el cuidado de enfermería?
9. ¿Qué actividades realizaba Ud. Para brindar el cuidado de enfermería?
10. ¿En los periodos mencionados, qué problemas o limitaciones tubo para brindar el cuidado de enfermería?
11. ¿Cómo se sentía Ud. Brindando el cuidado de enfermería?

Anexo 4. Ejemplos de entrevistas



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Entrevista N° 1

En esta época a pesar de contar con un número reducido de profesionales de enfermería, se tenía conciencia de que la enfermera tenía que desarrollar funciones y actividades que no solo le son propias sino exclusivas y que eran complementarias a otras profesiones pero a la vez específicas con identidad propia, esto exigía preparación constante, no escatimaba cansancio ni horas de trabajo. El profesional se desarrollaba en cualquier campo donde se le necesitaba pero siempre con la supervisión de la enfermera jefe y supervisora. Se desempeñaba en la parte asistencial y docencia, la investigación aún no estaba bien fortalecida.

Los cuidados estaban basados en base a los problemas de salud presentes en ese entonces, se priorizaba los pacientes críticos a menos críticos para la atención, se desarrollaban actividades de prevención como las de control de niño sano, inmunizaciones, prevención de las enfermedades diarreicas, control de tuberculosis, la enfermera tuvo un rol muy importante en lo referente a epidemiología.

El proceso de la gestión del cuidado en Enfermería Materno Infantil en el hospital que trabajo fue de manera muy responsable, creo que fue debido a la identificación con nuestra profesión, podría decir que siempre en enfermería hubo una cultura organizacional, la gestión del cuidado evoluciono desde una perspectiva

técnica a una visión integral y holística, orientándose a un marco teórico propio a través del Proceso de Atención de Enfermería y la formulación de diagnósticos de enfermería, luego se hizo uso de las nuevas tecnologías y de la comunicación, todo esto dio lugar a una informatización progresiva de los procesos y a una estandarización del quehacer diario de la enfermera. Algo que sobresalió en esa época fue la creación de escuelas profesionales de enfermería, los problemas de salud pública, los avances tecnológicos. Otro aspecto resaltante es que se logra en 1984 la formación de enfermería a nivel universitario, lo que obligó a las escuelas de enfermería afiliarse a las Universidades para sistematizar la educación en enfermería, acorde a las necesidades de la población, de tal manera que los profesionales puedan dar solución eficaz a los problemas de la sociedad de manera científica y humano.

En 1985 la OMS declaró que con el fin de alcanzar la meta “Salud para Todos en el Año 2000

En estas dos últimas décadas la educación de post- grado se ha incrementado en las universidades del país por considerarse esencial para una profesión en desarrollo que requiere de la producción de nuevos conocimientos en el campo y para contribuir a la transformación de la práctica, preparándolas para la investigación científica, la gerencia y docencia en enfermería.

La creación de las unidades de cuidados intensivos e intermedios exige al profesional la especialización y con ello perfeccionar conocimientos y técnicas avanzadas para lograr un producto calificado para atención especializada de enfermería. El avance de la tecnología para el cuidado de los pacientes.

Los aspectos más importantes que puedo señalar al analizar los hechos y antecedentes relacionados a la gestión del cuidado de enfermería materno infantil en nuestra institución en el periodo indicado es la preparación del profesional, la sistematización del cuidado, manejo de protocolos, aplicar el proceso de atención de enfermería priorizando los diagnósticos de enfermería, que el paciente y familia estén satisfechas por el cuidado que se les brinda.

La gestión de la calidad implica la transformación de las organizaciones mediante el aprendizaje y la mejora permanente en respuesta a las necesidades y expectativas de sus usuarios que constituyen el centro de su misión. Tratar de avanzar en la búsqueda de la excelencia en las organizaciones de salud. Para ello se requiere reforzar el liderazgo de las instancias directivas, en el logro de la calidad, el trabajo en equipo, la gestión basada en procesos y la información relevante como sustento de las decisiones.

Las perspectivas para la gestión del cuidado de enfermería para los próximos años: Contar con la acreditación institucional.

Garantizar las competencias laborales de los profesionales de enfermería y que la institución brinde adecuadas condiciones de trabajo y protección frente a los riesgos laborales

Incentivar en relación a la mejora de la calidad de la atención.

Manejo de buenas relaciones interpersonales, tener una salud mental positiva Realizar investigaciones para mejorar los procesos

Los retos para la gestión del cuidado de enfermería para los próximos años son: Brindar cuidados con eficiencia, basados en las teorías de enfermería, aplicar el proceso de atención, contar con hojas de valoración según servicio para establecer

los diagnósticos de enfermería y en base a ello brindar los cuidados priorizando en cada caso .

Entrevista N° 2

En este periodo (1984-1994) el cuidado se brindaba con atención, esmero e identidad con el paciente, no importaba la cantidad de trabajo, lo importante era la recuperación del paciente, las horas no contaban, en la entrega de reporte, la enfermera que recibía era muy exigente y se tenía que dejar todo correctamente se tenía hora de entrada pero no de salida, el paciente debía quedar OK.

El proceso de la gestión del cuidado de enfermería en la institución que trabajo fue progresivo, podría decir que estaba articulado a los cambios que se daban en el sector salud, originados por las políticas de salud que se daban, siempre el proceso de la gestión de enfermería estuvo orientado a mejorar la calidad de la asistencia al paciente, con la intención de incrementar la satisfacción del paciente y los familiares, también podría decir que el proceso de gestión del cuidado de enfermería estuvo muy ligado a los programas de atención para la madre y el niño, ya que la institución donde trabajo es materno infantil.

Para brindar el cuidado se hacía uso de la planificación y luego la organización, me organizaba en base al PAE, es decir al obtener el diagnóstico de enfermería, identificaba a los más delicados y empezaba la atención a estos pacientes: control de signos vitales, registros de enfermería, participación en la visita médica, administración de tratamiento, participación en procedimientos especiales si el paciente lo ameritaba, siempre interactuando con el paciente, sin olvidar la parte humana. Al brindar el cuidado siempre lo hacía con calidad y calidez, porque estudie esta profesión por vocación, lo que me hacía sentir muy satisfecha y feliz cuando mi paciente se recuperaba y volvía a su hogar. En aquella época se pudo observar que la enfermera se desempeñaba en cualquier campo, no existía las especialidades, el

cuidado de enfermería era integral, humano, la enfermera se daba tiempo para atender a todos los pacientes que tenía a su cargo, aunque no se contaba con la tecnología que hay en la actualidad (no había: bombas de infusión, monitores, catéteres etc.).

Los pacientes críticos estaban distribuidos en todos los servicios ya que no existía Cuidados Intensivos, la atención se tenía que priorizar para estos pacientes en estado crítico. Aparte del cuidado que se daban a los pacientes hospitalizados, también se daba el cuidado a otro tipo de pacientes que acudían al hospital por consultorios externos y por los programas que existían: Inmunizaciones, control de niño sano, control de tuberculosis, prevención de otras enfermedades etc.

En estos periodos el recurso humano hera insuficiente, había falta de material e insumos en algunas oportunidades, los pacientes eran de recursos económicos bajos, que no les permitía comprar los medicamentos (no existía el SIS).

Las políticas sociales y económicas tuvieron efectos determinantes en el binomio madre- niño con la finalidad que se desarrolle el estado de salud, disminuyendo la mortalidad materna e infantil, por tal motivo el cuidado de enfermería tenía que brindarse acorde a las políticas de Salud que se daban, el cuidado de enfermería que se brindaba en nuestro hospital siempre fue humanizado y de calidad, en estos los años 1994-2004 se dio más énfasis a la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, el seguimiento del esquema de vacunación, los controles del crecimiento, el parto institucional, seguro integral para la madre y el niño.

La gestión del cuidado de enfermería ha evolucionado favorablemente durante el periodo 1984 al 2004 gracias a la preparación cada vez más intensiva de la

enfermera, me refiero a las diferentes especialidades en enfermería, que ha permitido tener una enfermera con las competencias necesarias, teniendo como producto, un cuidado de enfermería con calidad que sea digno de ser reconocido por los pacientes y sus familiares. Asimismo se ha avanzado en cuanto a la investigación, años pasados la investigación no se le dio la debida importancia, priorizando otros temas.

Se considera que la salud es uno de los pilares en el desarrollo del país, la globalización ha generado nuevas necesidades en el campo de la formación de enfermería, pues hace falta personal preparado en el manejo de los nuevos instrumentos científicos y tecnológicos. Las reformas llevadas a cabo en el sector de la salud han puesto de manifiesto ciertas necesidades muy urgentes en relación con la formación del personal de enfermería.

Por eso la especialidad tiene un impacto positivo para brindar el cuidado ya que las enfermeras constituyen, tal vez el único capital humano que tiene como eje el verbo cuidar, que requiere de aptitudes y conocimientos muy específicos.

Además tenemos los avances tecnológicos, las guías de procedimientos, documentos de gestión, ROF, MOF, MAPRO, POA, PROTOCOLOS, PAE, etc...

En lo que respecta al recurso humano se ha mejorado en la dotación de pacientes, es decir, relación enfermera-paciente. Económicamente también ha habido mejoras.

El reto más grande es realizar los registros de enfermería en forma correcta, me refiero a las notas de enfermería estas deben ser con letra legible y con buena redacción hay que tener en cuenta que la hoja de notas de enfermería forma parte de la historia clínica del paciente, la cual es un documento legal. Otro reto es que las

licenciadas en enfermería apliquen correctamente el Proceso de atención de enfermería, todo esto es la gestión del cuidado.

Recurso humano suficiente para dar una atención de calidad y con calidez.

Mejorar las condiciones de trabajo (infraestructura, espacio, iluminación suficiente, alimentación etc.) y mejoras económicas acorde a la los cambios sociales y económicos.

Otro aspecto muy relevante es que la enfermera realice proyectos de mejora y de investigación en beneficio del usuario interno y externo, todo esto lo considero un reto para nuestra profesión.

Entrevista N° 3

Durante los años 84 - 85 la gestión del cuidado de enfermería en era muy relevante pues la enfermera lideraba administraba y organizaba el trabajo de enfermería con mucha responsabilidad y entrega sin esperar nada a cambio y su labor tenía mucha credibilidad y reconocimiento por parte de los otros profesionales de salud especialmente los médicos.

Otra de las características es que el cuidado era integral y la enfermera estaba capacitada para laborar en cualquier servicio. Una de las debilidades es que no se registraba todo el trabajo que realizaba la enfermera que prioritariamente era asistencial.

Los determinantes políticos que intervinieron en la gestión del cuidado determinaron que enfermería tuviese representación a nivel del máximo ente rector de salud, la preparación y el ingreso a las universidades y escuelas eran más exigente y selectiva.

Las universidades tenían alto nivel de calidad en la Preparación de las estudiantes

Las enfermeras de esas épocas teníamos mística, mucha responsabilidad, liderazgo y vocación de servicio.

Hoy en día se creado muchas universidades sin control, debido a la aprobación de reglamentos que facilitaban el ingreso o creación de universidades, la pérdida de espacios importantes en los entes rectores, perdida del liderazgo, el déficit de personal ante el aumento de usuarios por políticas proteccionistas donde no se tiene en cuenta el recurso humano.

Mayor nivel de selección, Mejorar el liderazgo de la enfermera, Incremento de recursos humanos

Las Perspectivas para enfermería, Tener enfermeras comprometidas con la institución

Mejorar la calidad de la atención con personal altamente calificado, mejorar las condiciones de trabajo de los enfermeros, la evolución de la profesión, la creación de nuevos espacios para las enfermeras, Mayor nivel de selección y Mejorar el liderazgo de la enfermera, Incremento de recursos humanos

Entrevista N° 4

De acuerdo a mi experiencia en los años 1984-2004 el Departamento de enfermería tenía una estructura orgánica y funcional, estaba conformada por:

- Jefe de Departamento
- Supervisoras
- Jefes de Servicio
- Enfermeras Asistenciales
- Técnicas de enfermería
- Auxiliares de Enfermería

El proceso de la gestión de enfermería ha transcurrido por un lento proceso de cambio, pero sin embargo la mayor complejidad de necesidades de los enfermeros y los cuidados ,surge el apremio de definir el rol de la enfermera aplicándose el método científico(PAE) en la práctica asistencial de manera normativa para que nos sirva de instrumento de evidencia del que hacer de enfermería ya que este se aplicaba pero de forma mental, con ello el profesional de enfermería asume su liderazgo profesional, potencia su capacidad técnica, intelectual y capacidad de gestión, luego surge la necesidad de establecer parámetros, de estandarizar los cuidados de enfermería a nivel de los servicios del Dpto. de Enfermería, dando lugar a la implementación de los protocolos de Atención de Enfermería como herramientas de medición y mejora de calidad de intervención de enfermería, seguidamente los enfermeros comenzamos a incorporar, otro proceso en la gestión de enfermería la educación de post-grado en las universidades con el objetivo que las enfermeras adquiramos nuevos conocimientos en el campo materno infantil y así contribuir en la salud de la madre y del niño, paralelamente al desarrollo educacional, también

comenzó a evolucionar la administración tradicional, logrando que los enfoques administrativos se preocupen por temas fluidos y flexibles, dando énfasis a la comunicación, inteligencia emocional, adaptación, concertación, decisión, liderazgo, creatividad, trabajo en equipo, entre muchos otros más elementos.

A partir de 1994-2004 el Hospital se asigna la categoría de III-1 y se determina como HONDOMANI-SAN BARTOLOMÉ reconociéndose también que enfermería es la columna vertebral de la Institución a través del cuidado humanizado que brinda a la Madre y al Niño.

Los cuidados de enfermería se brindaban realizando el plan de cuidados previa evaluación de los pacientes, mediante los datos objetivos y subjetivos e identificando sus necesidades y/o problemas De nuestros pacientes para luego priorizar los cuidados

Cabe resaltar también que la Jefa del Departamento logra implementar la hoja de supervisión, la hoja de registro de enfermería, los modelos de atención, protocolos de atención así mismo la estructura se modifica , es decir que al categorizarlo al hospital III-1, se eliminan las auxiliares de enfermería.

Lo más relevante que produce recordar de estos años son los cambios que se realizaron en relación a la atención de la Madre y del Recién nacido, acorde a las políticas de salud de ese entonces, esto fue saludable porque el objetivo era disminuir los índices de morbimortalidad , se creó nuevos modelos de atención y programas tales como : Madre Canguro, Madre Acompañante , Alojamiento Conjunto, Contacto Piel a Piel ,se prohíbe el uso de biberones para dar paso a la lactancia materna donde la Enfermera juega un rol muy importante en el cuidado

de la madre y del niño, brindando Consejería y un cuidado de enfermería con calidad y calidez.

El papel principal de una Jefe de enfermería era realizar sus actividades de : planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales eficientemente, con la intención de cumplir eficazmente los objetivos de la institución los cuales estaban articulados a las políticas de salud y aspectos sociales de esa época.

La enfermera hacia uso de los conocimientos en base a las ciencias administrativas, la economía, la política y las teorías de enfermería, la gestión del cuidado de enfermería se realizaba considerando los valores; se tenía una visión amplia y positiva para el desarrollo de la profesión, ejerciendo un liderazgo comprensivo y positivo que motive al personal de enfermería a fortalecer el cuidado de enfermería que es la razón de existir de nuestra profesión.

A partir de los años 80 se han desarrollado los servicios de salud de manera extraordinaria. El conocimiento científico y las técnicas para el diagnóstico (PAE), tratamiento y rehabilitación han experimentado un progreso considerable. Sin embargo la crisis económica por la que atravesamos en los últimos años ha puesto de manifiesto la necesidad de reorientar los sistemas y los servicios de salud con nuevos modelos y estrategias, las política de salud en los últimos años han originado cambios en el cuidado de la salud.

Las enfermeras educamos, dirigimos, asesoramos, investigamos, pero ante todo cuidamos la salud y el bienestar de los seres humanos.

Los aspectos más relevantes relacionados a la gestión del cuidado de enfermería en el periodo 1984-2004 en nuestro hospital son las competencias mejor

definidas, los modelo y/o guías de atención para realizar los procedimientos eficazmente con calidad y calidez, que repercutan en el cuidado de atención del binomio Madre niño ,todo esto nos llevó a afianzar y desarrollar los programas y/o modelos de atención para ser considerados como los mejores y ser premiados en Lactancia Materna e Inmunizaciones, logrando que nuestro hospital certifique como un hospital Amigo de la Madre y el Niño, siendo la enfermera uno de los pilares para este gran logro a través de la gestión del cuidado de enfermería.

Para brindar el cuidado de enfermería hubo ciertas limitaciones como la falta de recursos materiales, insumos, equipos, personal de enfermería, inclusive la estructura del hospital.

Para hablar de retos para la gestión del cuidado de enfermería, es necesario realizarme las siguientes preguntas

¿Cuál será la política de salud en los próximos años?, ¿cómo afectarán los costos elevados de la atención al servicio de salud?, ¿cuáles serán las prioridades de atención a la salud?, ¿qué lugar ocupará el cuidado de enfermería en el nuevo modelo de salud?

Las perspectivas para la gestión del cuidado de enfermería para los próximos años debe estar relacionada con un cuidado basado en una concepción de la disciplina enfermera orientado hacia la persona, ello plantea la necesidad de nuevos estilos de gestión dirigidos a un cuidado personalizado teniendo en cuenta el entorno, La enfermera que realiza el papel de gestora debe guiar sus actividades a partir de los conocimientos que brindan las ciencias administrativas, la economía y las políticas de salud , sin dejar de lado los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina. Se

debe considerar ejercer un liderazgo positivo que motive al personal de enfermería para mejorar el cuidado.

Entrevista N° 5

Para mi opinión cualquier tiempo pasado fue mejor, aunque parezca increíble. Se daba cumplimiento a las indicaciones médicas y según plan de trabajo de enfermería se priorizaba la atención y se brindaba la atención del cuidado de enfermería tanto de rutina, como de procedimientos realizados en el mismo servicio o a realizarse según programación en áreas diferentes del servicio y los que requerían preparación previa se registraba en el Kardex y se preparaban a los pacientes, registrado también en la historia clínica, durante la jornada laboral el cuidado del paciente era integral y se contaba con el apoyo del técnico de enfermería. El reporte del paciente se daba en forma general en donde participaban el personal que entrega y que recibe el turno. Había un momento de verificación del estado del paciente, el cuidado de enfermería era continuo y guardaba relación con la continuidad de los procedimientos

Para brindar el cuidado de enfermería enfrentamos algunas limitaciones como: la dotación de RRHH era muy limitada con la fuga de enfermeros al extranjero, Personal de enfermeras y técnicos insuficientes, mucha presión de los familiares para brindar atención, insuficiente material médicos para brindar atención, las gasas se preparaban, los algodones también, los guantes se preparaban, escasos de agua caliente, teníamos que calentar agua en ollas muy grandes. En esta época hubo apagones porque se vivía la época de terrorismo, teníamos linternas recargables, las mudas de ropa eran insuficientes, los colchones muy antiguos, frazadas y almohadas insuficientes.

A pesar de tanta limitación, cuando se tiene vocación de servicio cualquier dificultad se supera, solo la muerte no se puede superar. A pesar de todo ello se

cumplía con el trabajo y había más humanización, había mucha empatía con los pacientes. La relación médico- Enfermera era de mucho respeto y nos tomaban en cuenta porque veníamos estudiando lo que tenían los pacientes y participábamos en la visita con opiniones, había un sentido de compañerismo

Luego del año 2000 con el auge de la formación universitaria, el incremento de nuevas escuelas Académicas, la horizontalidad se ha entendido mal poco a poco, se está resquebrajando los niveles de dirección lo que perjudica a la gestión del cuidado del paciente. En este periodo a nivel nacional los sueldos eran muy bajos lo cual se reflejaba en la recesión económica e inflación ocurrida en la administración del Ex Presidente Alan García.

Los determinantes políticos sociales intervinieron en la gestión del cuidado, permitiendo que la formación Académica sea con muchos valores y centrada en la atención del cuidado del paciente (ahora incluso es más mercantilista).

Decisión política: había mayor respeto para la profesión de Enfermería a nivel político e institucional.

Mayor identificación con el trabajo y con la institución, la razón de ser del cuidado era el paciente.

Con la inflación en el tiempo del Ex Presidente Alan García y a inicios del Ex presidente Fujimori, la fuga de talentos de enfermería al extranjero desestabilizó la organización de enfermería por la escasez de profesionales contando con una restricción de personal y el exceso de trabajo agotaba a los enfermeros no obstante la calidad de atención se mantenía y mejor trato a los pacientes.

La falta de control en las entidades formadoras por parte de las instituciones abocadas a ello no cumplió su rol rector.

En la formación académica no había y a la fecha se ve el problema no hay correlación entre la parte académica con la realidad de los servicios.

La gestión del cuidado ha sufrido un estancamiento, en los años 1981 al 1985 aun se mantenía la vocación de servicio en la gestión del cuidado de Enfermería, había un proceso de enseñanza aprendizaje, las enfermeras quienes dirigían cumplían con su rol de administradoras hoy gestoras.

La evaluación del desempeño laboral se constituía en un elemento de competitividad y no de hechos punitivos, para mejorar la gestión de los servicios. Enfermería tuvo un despliegue muy amplio en la gestión del cuidado.

Aspectos más importantes que puedo señalar al analizar los hechos y antecedentes relacionados a la gestión del cuidado de enfermería en la institución que yo trabajaba son:

Que al ocupar cargos gerenciales las enfermeras estaban capacitadas, desempeñando su función de manera competente, había compromiso con la institución. Había más mística de trabajo a pesar que no existía bonificación por el cargo.

Considero que hay retos muy importantes para la gestión del cuidado de enfermería para los próximos años, tales como: los valores éticos-morales, desde que el enfermero se convierta en una persona humana y no mercantilista así como reactiva ante los cambios en la gestión. Se debe actualizar en sistemas informáticos hay mucha resistencia para este cambio.

Impulsar a la investigación en todo nivel con un enfoque centrado en el cuidado del paciente siendo innovadores, encontrar utilidad al sistema de registro del

Proceso de atención de Enfermería (PAE) a la fecha no es utilizado para la toma de decisiones. Incursionar en el tema de costos por actividad de enfermería para mejorar nuestra programación en todo orden de cosas, recursos humanos, consumo, gasto, programación de horas extraordinarias en caso de ser necesario. Implementar el premio a la investigación que evidencie el trabajo de enfermería. El proceso de planificación del cuidado debe ser difundido y deben conocerlo todos, los grandes desaciertos de la gestión del cuidado es creer que la enfermera es enemiga de la propia enfermera y bajo ese falso concepto estamos perdiendo espacios como gestoras y como enfermeras dentro de la sociedad.

Contar con una plana curricular de las escuelas académicas que se acerque a la realidad y que la brecha entre la formación y la práctica asistencial guarde un equilibrio lógico, las docentes deben tener experiencia asistencial no deben ser solamente teóricas.

También considero que hay perspectivas para la gestión del cuidado de enfermería para los próximos años, por ejemplo las enfermeras gestoras deben ser líderes con visión de futuro, conocimiento del contexto y realidad nacional, que se adapten constantemente a los cambios tan vertiginosos que le permita tener dominio y capacidad para la gestión del cuidado de enfermería

Adecuar un modelo de gestión del cuidado tomando con crecimiento y desarrollo potencial y sostenible, la generación y desarrollo del conocimiento con la finalidad de cuidar a los usuarios, ir en el camino de la eficiencia en la calidad del cuidado de enfermería para fundamentar las decisiones asistenciales y de gestión.

Que la gestión de los valores del cuidado vayan de la mano con la práctica y el cuidado de la enfermería, articulando las relaciones interpersonales considerando la ética del cuidado y la moral.

Lograr una gestión por resultados y ocupar espacios de gestión pública y de gobierno que actualmente los estamos perdiendo, para lo cual las enfermeras debemos estar preparadas académicamente así como tener un amplio juicio crítico. Ser propositivas asertivas dignas representantes de la profesión.

De nosotros depende que enfermería avance.

Entrevista N° 6

Una de las características relevantes de la gestión del cuidado de enfermería en esa época era que la enfermera ofrecía un cuidado humanizado, dando prioridad a la personas antes que a las rutinas de la organización del trabajo, modificando el entorno para asegurar un cuidado de calidad y libre de riesgos, reduciendo efectos adversos.

A pesar que el personal era reducido y con predominio femenino, enfrentando a múltiples roles sociales (esposa, madre y profesionista), alta rotación del personal, escasos equipos; la enfermera era la líder del equipo y coordinaba las acciones de todos los integrantes, basadas en las necesidades del paciente, quienes requieren de cuidados de acuerdo a sus hábitos y costumbres. El trabajo en equipo era una característica esencial del cuidado

En 1984 – 1985 se produjo la afiliación académica de las escuelas de enfermería a las universidades, con cambios en la formación acordes a las políticas de salud, generando conocimientos, basados en el método científico, que se evidencia en el proceso de atención de enfermería y en desarrollo de modelos y teorías de cuidados de enfermería.

La gestión del cuidado de enfermería en el hospital materno infantil donde trabajo ha evolucionado acorde al avance de la tecnología, así vemos que se cuenta con tecnología de alta complejidad y las enfermeras están en constante capacitación a través de diplomados, especialidades y maestrías con una visión de superación

Uno de los aspectos relevantes de la gestión de cuidado de enfermería en esa época era que el conocimiento científico y las técnicas para el diagnóstico,

tratamiento y rehabilitación del paciente eran altamente flexibles, manteniendo una gran sensibilidad humana, que se reflejaba en el proceso de atención de enfermería.

Los retos para la gestión del cuidado de enfermería para los próximos años deben ser con una concepción dirigida hacia la gestión del cuidado:

- Se requiere un proceso de integración profesional.
- Investigación basada en evidencias científicas.
- Una nueva estructura del sistema de salud que favorezca la práctica de enfermería hacia el cuidado.
 - Evaluar continuamente la satisfacción de los usuarios, como mecanismo para mejorar.
 - Crear una conciencia y cultura ética y de calidad para lograr un comportamiento responsable del personal.
 - Participación y trabajo en equipo, buscando la integración en los trabajadores.

Las perspectivas para la gestión del cuidado de enfermería para los próximos años son:

- Mejorar las limitantes de infraestructura, recurso humano y económico que tiene la enfermera para gestionar el cuidado de manera eficiente.
- Contar con una importante inversión en el potencial humano para su capacitación y el mejoramiento de sus condiciones de trabajo

Fortalecer los procesos de monitoreo, supervisión y evaluación compartida del desempeño de los servicios en la aplicación de los instrumentos de la gestión de calidad y la mejora continua de la profesión.

Entrevista N° 7

Durante los años 80, época que coincidió con el terrorismo, y un proceso de crisis económica en nuestro país, según se recuerda que se atravesó con muchas carencias en todos los niveles, no siendo ajeno a ello el sector salud. El cuidado de enfermería en el periodo 1984-1994. Fue particularmente difícil, pues a la par que se iba recuperando la democracia en el país, luego de un gobierno militar, atravesamos una crítica situación social (atentados terroristas) y económica (hiperinflación), lo que repercutió desfavorablemente en la vida de la población, así como en los servicios brindados en los diferentes sectores, como es el sector salud, traduciéndose en tasas de mortalidad infantil y materna elevadas, a predominio en mujeres con escasa nivel educativo de las madres y en las zonas de mayor pobreza, las cifras de desnutrición infantil en niños menores de 5 años, eran altas, y caracterizaba esta época.

En las actividades preventivas promocionales durante la época, se dio énfasis a las jornadas de vacunación masiva, logrando mejorar las coberturas y de esta manera proteger la salud de la población infantil de enfermedades inmuno prevenibles, de esta misma manera se buscó proteger la salud de la población MEF (mujeres en edad fértil) con la vacuna antitetánica, a pesar de estar afectados por la restricción presupuestaria, o por las malas condiciones de saneamiento en el país, que favorecían la propagación de epidemias como el cólera, Enfermería comprometida con los objetivos del sector salud, brindó cuidado a la población, con las campañas de vacunación y en el tratamiento y prevención de la epidemia del cólera y otras enfermedades infectocontagiosas.

Las actividades preventivo promocionales se abordó con gran responsabilidad promover y preservar la salud, así como evitar las enfermedades, tomando en consideración sea para el paciente, familia o comunidad, la valoración inicial, diagnóstico, objetivos, plan de actividades y evaluación de lo ejecutado, de tal manera que se tomaban las decisiones para actuar.

Posteriormente el Cuidado de enfermería se fortalece con las especialidades, buscando la calidad en la atención, así mismo se da mayor empeño en recordar el cuidado humanizado, afrontando los retos de la época.

Dentro de las actividades del cuidado de enfermería se puede

citar: -Vacunación intra y extramural.

-Atenciones de crecimiento y desarrollo.

-Sesiones educativas en temas relevantes a la población. -

Sesiones demostrativas de preparación adecuada de alimentos.

-Capacitaciones a las agentes comunitarios.

-Capacitaciones al personal.

Para brindar el cuidado de enfermería en los periodos mencionados, se tuvo que enfrentar algunas limitaciones de infraestructura. Problemas de procesos de atención, que fueron mejorando con las guías de procedimientos, así como con las normas de atención y capacitaciones permanentes, escasas de personal.

La infraestructura de la mayoría de los establecimientos de salud hera en condiciones precarias. En este periodo se observan problemas financieros, falta de acceso a los servicios de salud y violencia política, los cuales son considerados como los problemas más importantes que influyeron directamente en la salud de la población y por ende en la gestión del cuidado de enfermería.

La población aumento y las enfermedades transmisibles también se incrementaron, en esta época la población enfrento la epidemia del cólera teniendo un impacto tanto en el aspecto económico como en la salud de la población que afecto a las personas más pobres, todos estos aspectos tenían una relación directa con la gestión del cuidado de enfermería .No obstante, a partir de 1990, se realizaron esfuerzos destinados a la recuperación de los servicios de salud, el Estado plantea la Reforma del Sector Salud, teniendo como objetivo mejorar la disponibilidad y calidad de los servicios.

Cuando yo brindaba el cuidado de enfermería me sentía útil de brindar atención al usuario, satisfecha en algunos momentos por los resultados, frustrada en otros por el escaso apoyo de las autoridades para mejorar infraestructura, equipamiento básico, o por la población que dejándose llevar por los medios de comunicación adoptaba estilos de vida no adecuados, entre ellos la alimentación inadecuada.

Se inicia los seguros escolar gratuito durante el gobierno de Alberto Fujimori, de acuerdo a las necesidades de la población más pobre del país, el cual fue extendiéndose y actualmente se cuenta con el seguro integral de salud (SIS), denominándose a la fecha AUS (Aseguramiento universal de salud)

Frente a la problemática nacional, en el sector salud, y por ende en Enfermería, surge la necesidad de profesionales especialistas para brindar la atención en beneficio de la población en general.

En los últimos años se ha dado un gran avance a la tecnología, y a la par se da mayor énfasis al cuidado humanizado, revalorando a la persona, en sus diferentes dimensiones (bio-psicosocial y espiritual) evitando la rutina en el cuidado.

Aspectos más importantes que puedo señalar en relación a la gestión del cuidado de enfermería son los programas maternos infantil que surgieron, dándose mucha importancia a la alimentación del recién nacido y el niño, en nuestro hospital estaba prohibido usar biberones, el único alimento para los recién nacidos y lactantes era la leche materna en esto la enfermera desempeño un papel importante dando consejería a las mamás y sus familiares , también las enfermeras de Crecimiento y Desarrollo muy reconocidas , posteriormente surgen las UCIS, determinando las enfermeras especialistas en cuidados intensivos, podría mencionar muchos hechos pero requeriría de más tiempo para poder recordar, espero que Ud. me comprenda.

Los retos para la gestión del cuidado de enfermería para los próximos años, **son:** Seguir mejorando en el trato humanizado evitando que los avances en la tecnología nos hagan profesionales sumidos en la cotidianidad.

Que los entes de formación (universidades del país) aperturen una mayor gama de especialidades y sub-especialidades.

Que los estudios de segunda especialidad sean remunerados a fin de incentivar la actualización del personal. Las perspectivas para la gestión del cuidado de enfermería para los próximos años, es contribuir a que la profesión de enfermería sea revalorada por la sociedad, y afianzar las actividades independientes de la profesión, como los consultorios privados en atención primaria.

Entrevista N°8

En aquellos años de 1984-1985 en el Hospital San Bartolomé el Personal que laboraba tenía mucha vocación de servicio, principios, valores, formadas para dar un cuidado humanizado, a pesar del escaso recurso humano, insuficiente insumos y materiales, no contábamos con equipos alta tecnología, los salarios bajos, sin embargo era un personal muy motivado, mucho respeto y compañerismo en la parte asistencial con las enfermeras jefas y supervisora .El liderazgo de la Jefa de Dpto. Supervisoras y Jefas de Servicio tenían su espacio ganado dentro de la institución.

Algo importante que se dio en esa época fue La promulgación de la ley del trabajo de enfermería N.º 27 669,

La formación de enfermería a nivel universitario, lo que obligo a las escuelas de enfermería afiliarse a las universidades.

Las Enfermeras se desempeñaban en los diferentes ámbitos Docente Asistencial, e Investigación.

La Enfermera cumplía un rol importante, imponía su liderazgo estaba siempre en la visita médica sugería y opinaba durante la misma y otros profesionales tenían presente nuestras aportaciones.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera PAE.

Los aspectos más importantes que puedo señalar al analizar los hechos y antecedentes relacionados a la gestión del cuidado de enfermería materno infantil en nuestra institución en el periodo indicado son Los Post grados que se dan en las Universidades incrementan el desarrollo de la profesionales preparándolas en la Investigación, docencia, administración y gerencia. Creación de unidades de

cuidados intensivos hace que tengan que especializarse, así como de implementarse de documentos como manuales, protocolos y guías de atención, lo cual hace que sean reconocidas con el incremento económico.

Agradezco su respuesta. Esta servirá para conocer más, aquellos sucesos trascendentales que se dieron en el desarrollo y evolución de la gestión del cuidado de enfermería materno infantil.

Los retos para la gestión del cuidado de enfermería para los próximos años, son: Como profesionales de la salud las enfermeras debemos proponer estrategias a fin de dar respuesta a las demandas sociales de mejora de la calidad del sistema de salud. Pensemos en un ejercicio profesional independiente y renovado que requiere de una acción proactiva, es decir acciones de gestión que atiendan las necesidades de salud y de cuidado de los usuarios reales y potenciales de los servicios de salud.

Las perspectivas para la gestión del cuidado de enfermería para los próximos años que

La gestión del cuidado requiere de un proceso de integración profesional, profundizar en la investigación basada en evidencias científicas, una nueva estructura del sistema de salud que favorezca la práctica de enfermería hacia el cuidado y que la enfermería se transforme y se muestre con un quehacer profesional y humanizado del importante papel que desempeña en el ámbito de la salud dentro de la sociedad.

Entrevista N° 9

Por aquellos años el personal de enfermería se identificaba mucho con la profesión y la Institución, brindaba un cuidado de enfermería evitando que haya eventos adversos, siempre pensando en nuestra profesión y en nuestra institución que trabajamos es decir que en nuestro hospital siempre ha existido la cultura organizacional, sobre todo en las enfermeras, la gestión del cuidado de enfermería era monitorizado por las enfermeras jefes y supervisoras, había mucho respeto a la línea de autoridad y lo mejor que se respetaba la estructura de enfermería, en esto jugaba un rol muy importante la jefa del Dpto. de enfermería, hasta la actualidad en nuestro hospital se respeta al Dpto. de Enfermería eso me da mucha satisfacción

Las Enfermeras se desempeñaban en los diferente ámbitos: Asistencial, Docente, Administrativo e Investigación. Los aspectos políticos y sociales de ese entonces fueron determinantes importantes para adoptar decisiones en el desarrollo de la profesión de enfermería ya que la enfermera por ser uno de los principales integrantes del equipo de salud tenía que estar presente en todas las estrategias que se adoptaban como políticas de salud, la enfermera cumplía un rol importante en la atención del paciente se priorizada la atención según el grado de dependencia, es necesario recalcar que se daba mucho énfasis a la educación del paciente y su familia sobre cómo cuidar su salud como medida preventiva, recuerdo que en esos tiempos la enfermera desempeñaba un papel muy importante, en crecimiento y desarrollo, rehidratación oral, inmunizaciones y lactancia materna..

Es importante su respuesta sobre todo por los aspectos que ha explicado con claridad y buen discernimiento, lo cual me satisface y al mismo tiempo me hacen

pensar sobre el desarrollo de la gestión de enfermería en los años posteriores a 1984-1985 y desearía

Los hechos y antecedentes que caracterizaron la trayectoria evolutiva de la gestión del cuidado de enfermería materno infantil, en nuestra institución desde 1984 al 2004 fue su liderazgo, siempre su actuar estuvo acorde a los cambios que había , recuerdo por ejemplo la lucha por el cuarto nivel , las enfermeras de mi hospital participamos casi en su totalidad, lo bueno de esta lucha es que logramos nuestro objetivo, " el cuarto nivel y porque lo logramos ? porque nos unimos todas las enfermeras , enseñanzas que hoy en día se debe tener presente. otro aspecto que debo mencionarlo es la capacitación, muestra de ello es que en el año 2000 si no me equivoco fueron las enfermeras que con la intención de mejorar la gestión del cuidado fuimos las primeras de nuestro hospital en realizar un evento científico a nivel internacional, lo cual nos sirvió de soporte para fortalecer la atención de enfermería, resumiendo, estoy convencida que hay que saber llegar a las colegas para lograr nuestro objetivo que es la buena gestión del cuidado de enfermería sobre todo en el área materno infantil, por ser la población más vulnerable.

los aspectos más importantes que puedo señalar al analizar los hechos y antecedentes relacionados a la gestión del cuidado de enfermería materno infantil en nuestra institución en el periodo indicado son: Los Post grados que se dan en las Universidades incrementan el desarrollo de la profesionales, se empieza a trabajar por competencias, la enfermera como profesional unifica su formación, es decir que las universidades asumen la formación de enfermería lo que permite que ya no exista la diferencia de enfermeras egresadas de escuela y de Universidad. Debido a los aspectos sociales de ese entonces el estado da políticas de salud con la finalidad que

la atención de salud llegue a todos y así disminuir las enfermedades y mortalidad materno infantil, por tal motivo en nuestro hospital se crea 03 UCIS: Materna, Pediátrica y Neonatal, también un hecho importante es que nuestro hospital se vuelve como centro de capacitación a nivel nacional en el área materno y neonatal, donde la enfermera formo parte de este equipo de monitores, como consecuencia de la especialidad en administración y gestión se da inicio a otros documentos de gestión: manuales, protocolos y guías de atención, con la finalidad de mejorar la gestión del cuidado de enfermería.

Agradezco su respuesta. Esta servirá para conocer más, aquellos sucesos trascendentales que se dieron en el desarrollo y evolución de la gestión del cuidado de enfermería materno infantil.

Los retos para la gestión del cuidado de enfermería para los próximos años, son que la Enfermeras como profesionales sean reconocidas por la sociedad como consecuencia de una buena gestión del cuidado.

Las perspectivas para la gestión del cuidado de enfermería para los próximos años son que cada día seamos más competitivas empoderadas del conocimiento, formar Enfermeras Líderes, retomar el trabajo en equipo y enfermeras identificadas con la Profesión e Institución. También tiene mucha importancia la toma de decisiones, por lo que la enfermera tiene que ser un profesional competente para que tome decisiones asertivas al momento de realizar la gestión del cuidado.

Entrevista N°10

La enfermería en la década de los ochenta y noventa es influenciada por la política de ese entonces, así vemos en lo que respecta a la educación de enfermería estaba a cargo de las escuelas, estas escuelas en esta época algunas desaparecen y otras se afilian a las Universidades, con la finalidad de adquirir el grado y/o título de licenciadas en enfermería.

El liderazgo en enfermería era horizontal, la responsabilidad recaía en la jefa del Dpto. de enfermería, las enfermeras eran más comprometidas con la profesión, eran más humanas, tenían valores y principios, existía amor a la profesión y al paciente, la enfermera era la líder del equipo y coordinaba las acciones de todos los integrantes, basadas en las necesidades del paciente, quienes requieren de cuidados de acuerdo a sus hábitos y costumbres. El trabajo en equipo era una característica esencial del cuidado que brindaba la enfermera.

El recurso humano se desplazaba de acuerdo a la necesidad del servicio, en esa época no existía las enfermeras especialistas, las enfermeras jefas o las responsables movilizaban recurso humano con la finalidad de que el paciente sea atendido de la mejor manera, la gestión del cuidado de enfermería estaba enfocado a la prevención, recuperación y rehabilitación. Posteriormente la gestión del cuidado va evolucionando de acuerdo a las políticas de salud y a los cambios tecnológicos, así vemos por ejemplo que la enfermera que realiza función administrativa la programación de sus actividades las realiza en base al POA, el cual se va evaluando constantemente.

En el periodo 1984, 2004, se observa que había más compañerismo y trabajo en equipo, gracias al trabajo en equipo se pudo afrontar las limitaciones del recurso

humano de ese entonces. A inicios de esta época en el hospital que trabajo no había UCUS, posteriormente se crea las UCIS, por lo que las ucis dan lugar a que las enfermeras realicen su especialidad.

Los retos para la profesión de enfermería es que en la profesión de enfermería no debe haber división entre las enfermeras que desempeñan funciones asistenciales y funciones administrativas, es decir que haya unión en la profesión de enfermería, se debe trabajar en coordinación con el Dpto. De enfermería. Para la gestión del cuidado de enfermería se debe hacer uso de los documentos de gestión que existen, también se debe hacer uso de los indicadores.

La enfermera debe estar inmersa en las diferentes esferas políticas y sociales, también consideró un reto muy importante defender y definir las estructuras de enfermería y se debe participar activamente con el Colegio de Enfermeros.

Las perspectivas para la profesión de enfermería, es que la enfermera incurrió o participe activamente en las diferentes políticas de salud que hay para el binomio madre niño, adolescentes y del adulto mayor.

Otra perspectiva sería que nuestras entidades representativas de enfermería propongan nuevos modelos de gestión con tendencia a mejorar la productividad y a mejorar los servicios de enfermería

En estos años se observa la aparición de nuevas enfermedades, dando lugar a la creación de nuevos programas de salud donde la gestión del cuidado es muy importante para el desarrollo de estos programas, como perspectiva se debe trabajar en la parte preventiva, la gestión del cuidado de enfermería debe orientarse hacia un nuevo estilo de gestión promoviendo una cultura organizacional con liderazgo y

valores que este centrada en el cuidado del paciente, en la parte preventivo promocional, recuperativa y de rehabilitación.

Entrevista 11

Bueno, en la década de los 80 se inició la transición de la dictadura militar a la democracia iniciada por el presidente Belaunde Terry. Hubo gran expectativa en el sector salud, y al mismo tiempo se tuvo una inflación en los años 1984-1985.

Lic. Miriam, quiero empezar esta entrevista definiendo qué es gestión del cuidado: gestión del cuidado se define como la aplicación de un juicio profesional en la Planificación, Organización, Motivación y control de la provisión del cuidado, el mismo que debe ser oportuno, seguro, integral que asegure la continuidad de la atención y se sustente en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la Salud

Al dar inicio a mi carrera profesional en el servicio de medicina pediátrica del hospital San Bartolomé veo que la enfermera aplica el PAE, que es la herramienta útil para brindar un cuidado organizado, de tal manera que se pueda ver al paciente como un ser holístico, atendiendo sus necesidades y solucionando sus principales problemas de salud. En el hospital, para fortalecer la gestión del cuidado de enfermería, se hizo una capacitación del PAE para todas las enfermeras a nivel del Dpto. de Enfermería, posteriormente se formó una comisión de elaboración de los formatos para evidenciar la aplicación del PAE en la HC del paciente, luego se fue aplicando en los servicios, en mi servicio el formato que utilizamos es el de anotaciones de enfermería mediante el SOAPIE. Los demás formatos no le dimos uso.

En esta época que Ud. está realizando su estudio, las políticas de salud se mantenían sin un desarrollo formal, pero el trabajo sostenido y el afán de mejora hicieron de nuestro hospital una institución innovadora, tal como lo es en la

actualidad. Por otro lado, nuestra institución no fue ajena a los acontecimientos y a los reclamos reivindicatorios de la sociedad en aquel momento. La situación política y social enfrentó grandes cambios que incidieron en el desarrollo laboral. Y en la gestión del cuidado de enfermería. El proceso de la gestión del cuidado de enfermería materno infantil en el hospital que trabajo ha sido dinámico, porque ha ido cambiando acorde a las políticas de salud, es decir que el Dpto. de Enfermería (porque todas pertenecemos al Dpto. de enfermería) siempre ha trabajado articulado a los objetivos estratégicos de la institución y por ende a los del MINSA. En la década de los 80 y 90 por ejemplo, en la gestión de los recursos no se cuantificaba los egresos, solo se cuantificaba los ingresos, no se aplicaba el costo beneficio, que hoy en día se aplica en salud, como Ud., vera la gestión del cuidado de enfermería ha ido cambiando acorde a las políticas de salud y al ámbito social; otro aspecto que puede sustentar lo referido anteriormente, es por ejemplo que en salud partir del año 2000 se empieza hacer uso de la economía de la salud, incluso algunas colegas entre ellas Ud. hicieron la especialidad en esta ciencia. Posteriormente, nuestro hospital empieza a preocuparse por la certificación, siendo la enfermera un actor muy importante en este proceso a través de la gestión del cuidado materno infantil, concluyendo esta parte de manera resumida manifiesto que el proceso de gestión del cuidado de enfermería materno infantil en el hospital que trabajo, estuvo ligado estrechamente al concepto Salud Enfermedad con conocimiento propio y con responsabilidad.

Además, es necesario precisar que a inicio de estos años en nuestra institución aún se mantenía el modelo Biomédico de atención y el cuidado humanizado de enfermería iniciaba su fortalecimiento. Algo muy importante que debo resaltar que

en mi institución desde ese entonces la enfermera se creó la misión de destituir el modelo biomédico que las enfermeras lo practicábamos, sustituyéndolo por un cuidado de enfermería materno infantil holístico.

Uno de los determinantes políticos sociales que intervinieron en la gestión del cuidadoso de enfermería en mi hospital fue la desigualdad del ingreso laboral por parte del gobierno, Esto afectó no solamente al profesional de enfermería, sino también al paciente ya que en ese entonces la atención tenía un costo; no existían los tipos de seguro de salud por parte del gobierno como los hay en la actualidad, por lo tanto, los ingresos al hospital eran bajos y no había incentivos económicos para los trabajadores del hospital. El sueldo de la enfermera creo era 700 soles mensuales y el derecho de guardias nocturnas que ganaba la enfermera era ínfimo, tanto así, que a una enfermera le daba igual hacer turnos de noche o hacer turnos fijos (6 horas diarias). Sin embargo, la enfermera, a pesar de los obstáculos sociales y económicos de ese entonces, siempre ha procurado dar la mejor atención a los clientes, aunque no optaba mucho por el auto capacitación.

Otro de los determinantes fue el desajuste social y económico que vivió el país, ya que afectó en su totalidad el conocido “paquetazo” del en ese entonces Presidente Alan García; pues hubo un incremento y congelamiento hasta diciembre de 1985 de las tarifas y los precios de las cosas, incluyendo la gasolina, los servicios básicos, los alimentos de primera necesidad, la devaluación del dólar, entre otros. Esto produjo un desequilibrio en la economía del hospital, pues hubo una baja en la demanda de pacientes ya que la salud pasó a segundo plano, pues la prioridad era dar de alimentar a la familia.

En 1988, el hospital San Bartolomé se traslada de Barrios Altos al Cercado de Lima (Ex Hospital INEN), la infraestructura del anterior hospital, no guardaba correspondencia arquitectónica con los objetivos funcionales de un hospital Materno Infantil, además, la construcción era muy antigua, esto ha conllevado a que el hospital haga innumerables adecuaciones y mejoramiento de ambientes, procurando un funcionamiento lo más adecuado posible.

Por tener una infraestructura más amplia, la demanda de pacientes fue también aumentando, por lo tanto la necesidad de enfermeras capacitadas también fue mayor. Empezaron a ingresar a la institución, las enfermeras egresadas de las universidades, con una mayor visión de lo que significaba el cuidado del cliente. Esto conllevó también a que las enfermeras de escuela hagan su convalidación de estudios con alguna universidad con la finalidad de obtener un título universitario y actualizarse con los nuevos modelos de atención integral de salud en el país, aplicando también nuevas herramientas de la garantía de la calidad.

Los hechos y antecedentes que caracterizaron la trayectoria evolutiva de la gestión del cuidado de enfermería materno infantil, en nuestra institución desde 1984 al 2004, época que llegué a laborar en la Institución, recuerdo que la enfermera de ese entonces, era quien lideraba los programas de salud acorde a lo que sucedía en el MINSA, por Ej. En el programa de CRED solamente participaba la enfermera y hacía un trabajo extraordinario, ella era quién derivaba a los niños de alto riesgo a la emergencia o a las diferentes especialidades.

En el año 1987, se crea en el hospital San Bartolomé, el programa “Método Canguro” basado específicamente en la lactancia materna exclusiva, calor y estimulación temprana al prematuro; Las enfermeras del servicio de Neonatología

fueron las pioneras, juntamente con los médicos del área en ese entonces, pues eran las enfermeras quienes se encargaban de enseñar a las madres y monitorizar el cuidado del prematuro, incluyendo también la participación paterna. Desde ese entonces, el cuidado del RN mejoró grandemente, ya que los RN con peso inferior a 2 500 g poseían un mortalidad aproximadamente 40 veces superior en relación al RN de mayor peso; y fueron los primeros Neonatólogos de fines del siglo XX, quienes se dieron cuenta que la mortalidad del prematuro estaba asociada al enfriamiento. La enfermera era también quién se encargaba de capacitar a los profesionales que venían de otras instituciones como pasantes, ya que este hospital fue considerado como sede nacional de capacitación en el Método Canguro del MINSA.

La seguridad del paciente es un principio fundamental en la gestión del cuidado y un componente crítico en la gestión de la calidad en estos últimos tiempos. En el año 2000, el HONADOMANI, desarrolló una estrategia integral de salud, el Sistema Informático Perinatal (SIP), la cual ya era recomendada por la OPS desde el año 1983, considerado como el instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante el control prenatal, parto y puerperio y del neonato y/o en el ingreso por aborto, incluyendo el periodo postaborto hasta el alta. Este instrumento se consideró útil para la vigilancia clínica y epidemiológica del binomio madre-niño. La enfermera fue capacitada para llenar los datos del RN en dicha historia, así también podía leer y observar todo lo relacionado a los riesgos tanto de la madre como del niño; asimismo se encargaba de capacitar a los pasantes que venían del interior del país referente a dicho instrumento.

Desde el año 1985 el hospital San Bartolomé es uno de los pioneros en la indicación de la lactancia materna exclusiva al niño menor de 6 meses y especialmente en los RNBP. La enfermera siempre ha sido el brazo derecho del médico, ya que era ella quién vigilaba que esto se cumpla estrictamente ya sea en el servicio de Neonatología, servicios de hospitalización, emergencia, consultorios externos incluyendo al área de programas. Recuerdo que no se permitía el ingreso de biberones a los padres e inmediatamente se los educaba referente a los efectos del chupón y/o tetinas de los biberones.

Aspectos más importantes que puedo señalar al analizar los hechos y antecedentes relacionados a la gestión del cuidado de enfermería materno infantil en mi institución en el periodo indicado en mi opinión son los programas de Método Canguro y Lactancia materna exclusiva. Ambos están muy relacionados y es lo que ha hecho marcar la diferencia del hospital San Bartolomé con los demás hospitales, por tener uno de los índices de morbimortalidad más bajo y es por lo que fue siendo conocido como el hospital amigo de la madre y el niño. Aquí la enfermera tuvo un papel muy importante dando la consejería y educación a los padres y familia sobre estos programas, los que determinaron que nuestro hospital sea uno de los hospitales que tenga la mortalidad más baja.

Los retos para la gestión del cuidado de enfermería para los próximos años: primero quiero manifestar que la enfermería, como profesión de salud está profundamente condicionada tanto por los cambios sociales como en las organizaciones sanitarias y en los servicios en que está inmersa; por lo tanto, las enfermeras tendremos que ser capaces de afrontar con competencia y eficiencia las

demandas de los clientes y los retos de la profesión, en un entorno de constante evolución.

La calidad de las intervenciones de enfermería, exige profundizar en un cuidado individualizado (cuidados expertos, integrales, personalizados y de calidad), mirando al usuario como un ser holístico, es decir desde sus cuatro ámbitos: biológico, psicológico, social y espiritual. Para esto, se requiere que la enfermera tenga conocimientos en tecnología sanitaria, ética clínica, relaciones interpersonales, evaluación de la satisfacción y en trabajo interdisciplinario.

Para ello todas las enfermeras deberán tener una segunda especialización, además deberán conocer los instrumentos de gestión de la calidad, elaborar indicadores de la calidad en los diferentes servicios, que son los que nos ayudarán a medir el cuidado que se está brindando. Además deberán estudiar el inglés, ya que eso hará que la profesión esté inmersa siempre dentro del equipo de atención de salud.

Las perspectivas para la gestión del cuidado de enfermería para los próximos años son: La enfermera debe participar en las estrategias de salud de la institución, asegurar el respeto por la autonomía y los derechos de la persona, ofrecer acompañamiento al usuario, respetar los valores y estilos de vida, mirar al cliente como único, perseguir el bienestar, la calidad de vida, la continuidad de los cuidados y el trabajo en equipo, como aspectos inherentes del cuidado profesional.

Estamos en la era de la globalización, por lo tanto, este desafío nos conduce a defender la atención enfermera desde la gestión global del cuidado; y esto será posible solamente desde un proceso de integración profesional, del dominio de las

competencias propias y de la investigación basada en evidencias científicas que favorezcan el garanticen el cuidado que brinde la enfermera.

Entrevista N° 12

En la década de los ochenta el Perú atravesaba por una profunda crisis económica, el Hospital San Bartolomé no era ajeno a esta crisis, funcionaba en Barrios Altos, con muchas carencias pero cumpliendo con su misión; dentro de este ambiente el rol de la enfermera responsable de la gestión del cuidado era organizar, supervisar y monitorear a las enfermeras encargadas de brindar cuidados humanizados a la paciente.

La estructura jerárquica era firme y se enfrentaba a los retos, de un entorno caracterizado por múltiples problemas y obstáculos y dentro de este buscar alternativas con un enfoque de gestión dirigido a garantizar la calidad del cuidado. Su participación en la parte administrativa de la Institución, no era tan visible. Enfermería siempre buscó mejorar el bienestar de las madres y los niños; el cuidado que se brinda desde ya es una atención especializada. La difícil situación económica y social por la cual se atravesaba, era una limitación; al no contar con los recursos necesarios y por otro lado la paciente no contaba con los medios para afrontar esta situación.

El trabajo de la enfermera ha ido evolucionando durante estos años; actualmente se brinda una atención especializada, la profesional es más competente, su preparación va de acuerdo al nivel de la Institución sin perder su esencia el cuidado humanizado. La Gestión del Cuidado de Enfermería, se refleja en una atención integral, oportuna y segura teniendo como pilar el Proceso de Atención de Enfermería. Asimismo, cuenta con herramientas de gestión e indicadores que miden la calidad de atención que se brinda.

El Hospital San Bartolomé está catalogado como una Institución Altamente Especializada y como un Centro de Referencia a nivel nacional; la profesional de enfermería está preparada para desempeñarse en este nivel de atención, contamos con enfermeras especialistas. Se trabaja de manera organizada de acuerdo a un Plan de Gestión, que va acorde a los objetivos estratégicos de la Institución. Se monitoriza la Calidad de Atención mediante indicadores de gestión que se evalúan mensualmente.

El profesional de enfermería debe poseer un conjunto de conocimientos avanzados que le permitan desempeñarse correctamente; lo que significa que los profesionales requieren capacitación permanente, para orientar la práctica del cuidado de los individuos. Conocimientos que le permitan seguir construyendo un quehacer profesional con pretensiones disciplinares, que está en proceso continuo de evolución y transformación

El cuidado de enfermería entre los años de 1984- 1994 que se brindaba era enfocado a la recuperación y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico; así como, una atención oportuna, segura e integral aplicando el PAE.

En el periodo de 1994-2004 el cuidado de enfermería es planificado, utilizando todos los recursos disponibles, fijando objetivos, metas y estrategias. Se refuerza el potencial, el compromiso y la identidad de la enfermera y también se asegura la calidad del cuidado que se otorga a la usuaria y a su familia. Para brindar el cuidado de enfermería me organizaba aplicando competencias técnicas y de gestión del cuidado, derivadas de una capacitación continua (diplomados, estudios de Postgrado); para organizar evaluar y promover el mejoramiento de la calidad de los

cuidados de enfermería, brindando una atención segura, oportuna y continua en concordancia con los objetivos de la Institución, trabajando en equipo y haciendo uso de una comunicación eficaz, ya que la calidad de atención que reciben las pacientes es el resultado de un proceso en el que intervienen muchas personas.

Al realizar la gestión del cuidado se contó con limitaciones de recursos humanos y/o materiales, pero en la práctica siempre se buscó soluciones y/o alternativas de solución; la responsabilidad como enfermera es asegurar que la usuaria reciba una atención de calidad.

Algo relevante que al realizar la gestión del cuidado me sentía Satisfecha y comprometida con mi profesión. A pesar de estar laborando en el Servicio de Gineco-Obstetricia donde se tiene que lidiar con otro profesional (obstetra); con mayor vehemencia se siente el orgullo de ser Enfermera y demostrar que a lo largo del tiempo, Enfermería es quien lidera y es la responsable de los Servicios de hospitalización en nuestra Institución.

Como perspectiva para la gestión del cuidado deseo que el personal de Enfermería, esté comprometido e identificado con la profesión; que tenga como cultura brindar un cuidado humanizado, que respete los derechos de la usuaria.



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

ILUSTRACIÓN 9

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

“Camino a la Excelencia”



Mg. Miriam Ortiz Espinoza

Jefa del Departamento de Enfermería



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

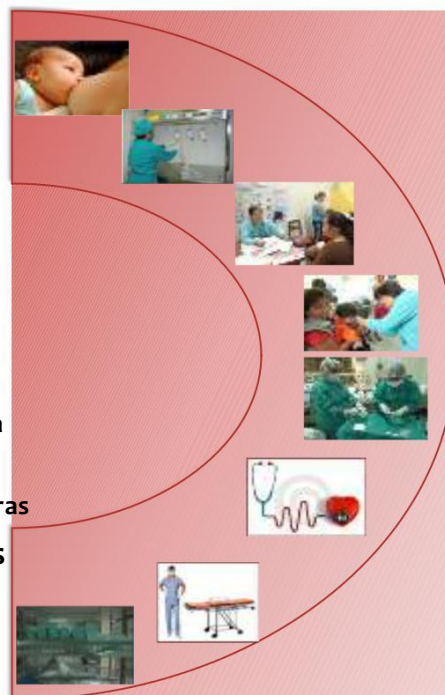
**PROGRAMA DE DOCTORADO EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

ILUSTRACIÓN 10



CARTERA DE SERVICIOS

- **Lactancia Materna**
- **Nutrición Parenteral**
- **Estimulación Temprana**
- **Inmunizaciones**
- **Colocación de Catéter Percutáneo**
- **Apoyo en Procedimientos endoscópicos**
- **Exámenes Cardiológicos**
- **Consejería en Pacientes Quirúrgicas de Ginecología**
- **Transporte Asistido**
- **Servicios de Esterilización a alta y bajas temperaturas**
- **Atención altamente especializada en las UCIS**
 - **Instrumentación en Cirugía Laparoscópica**





UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

PROGRAMA DE DOCTORADO EN

CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ILUSTRACIÓN 11



Esto se expresa en los discursos de:



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

PROGRAMA DE DOCTORADO EN

CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ILUSTRACIÓN 12





UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

PROGRAMA DE DOCTORADO EN

CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ILUSTRACIÓN 13

Lactancia Materna
Certificación de Hospital Amigo de la Madre y el Niño

La propaganda de la comercialización, causando probablemente más morbilidad y muertes que el fumar, en los países sub-desarrollados, donde la desnutrición agrava las enfermedades infecciosas que son altamente prevalentes.

Es más difícil aún cuantificar el daño hecho por el pobre desarrollo intelectual que la desnutrición y la falta de estimulación ocasionan al no dar leche materna, lo que determinará una mala calidad de vida y falta de desarrollo en las personas y sus familias, sumándose al círculo vicioso de la pobreza y el atraso.


Lo que más lamentamos es que esto ha sucedido en nuestras propias narices y que los médicos no solamente lo hemos permitido, si no es más, algunos han propiciado.

Lo sucedido es una prueba que si no hacemos el esfuerzo por cambiar de mentalidad y contribuir al estudio e investigación para determinar causas y solucionar nuestros problemas, vamos a sentirnos más culpables aún por que en muchos casos las soluciones son tan sencillas que da vergüenza el no haberlas tomado hace mucho tiempo. Verbigracia: las sales de rehidratación oral para las diarreas y en este caso tan especial, promocionar la lactancia materna, que además es tan ancestral en nuestra cultura.

Hace pocos años, las infecciones intra-hospitalarias producidas por la contaminación de biberones eran frecuentes y tan graves que diezaban a los recién nacidos en todos los hospitales; ocasionadas muchas veces por errores tan flagrantes como tener portadores sanos de salmonella en la preparación de las fórmulas. En el caso de nuestro hospital las contaminaciones se sucedían periódicamente y recuerdo con mucha indignación, que como jefe de guardia detectara al constatar una altísima incidencia de mortalidad y morbilidad en neonatos, lo que me impulsó a enviar un Memorandum al Jefe del Departamento de Pediatría y al Director, pidiendo que cerraran la atención de partos en el Hospital, por que los recién nacidos estaban expuestos a un mayor riesgo de enfermar y morir que en sus casas.

Presiones semejantes fueron las que motivaron luego en 1982, los pediatras del servicio de recién nacidos, La Dra. Blanca Pardo y el Doctor Mario Castañeda, implementaran el alojamiento conjunto de la madre con el niño desde el nacimiento, permitiendo así la lactancia materna desde los primeros momentos de vida, desterrando para siempre los biberones, las cunitas y las guarderías. Algo de lo que el Hospital San Bartolomé se siente orgulloso por haber sido uno de los primeros hospitales en dar los primeros pasos en este campo.

En 1987 el Dr. Raúl Urquiza trae desde Colombia una técnica también barata y sencilla, "La Familia Canguro", para permitir lograr a prematuros, que cobijados en los pechos de sus madres, con calor, amor y alimento suplieran de esa manera natural a las incubadoras y la alta tecnología; método con el



350 Años al Servicio del País

Clases 02
1. Escuela Rodríguez de la Cruz



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

PROGRAMA DE DOCTORADO EN

CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ILUSTRACIÓN 14

cual nuestro hospital también es pionero y siente el orgullo de haberlo diseminado al país y con el cual sobreviven miles de niños canguritos.

En 1992, con la importante R.D.No004-D-HMI-SB-92, del 4 de Julio, delineamos nuestra política de salud, y asumimos el compromiso en apoyo a la lactancia materna, de cumplir los diez pasos del decálogo para conseguir la certificación internacional de "Hospital Amigo del Niño", tal como se llamaba por entonces. Para inicios de 1993 nosotros ya nos sentíamos complacidos, por lo que habíamos cumplido y mucho más, al haber construido lactarios en las salas de recién nacidos y también una sala destinada a albergar a la madre que da de lactar llamada "Sala de la Madre Acompañante".

Cursos de Capacitación se dan todos los días en una sala especial para los padres, ayudados por un televisor de 33" adquirido con el producto de cursos sobre la lactancia materna. Existe un consultorio que funciona como "Clínica de Lactancia para Casos Problema". Cursos frecuentes al respecto son realizados por Profesionales, Médicos, Enfermeras y Técnicas que con devoción que emociona, salen también a provincias contribuyendo a capacitar 34 Hospitales del País.

Todos podremos comprender el porqué desde 1993 se oficializa intra-institucionalmente el Hospital San Bartolomé como "Hospital Amigo de la Madre y el Niño, No lo Olvides" esto último porque es algo que no necesariamente es un título si no una práctica diaria y para siempre, como un recordatorio constante también para el buen trato y afecto que debemos dar a nuestros pacientes.

Por todo lo referido, nuestro Hospital es reconocido como pionero, lo que ha sido certificado el 5 de agosto de 1994, por el Ministerio de Salud y las Agencias Internacionales, con el título también de "Amigo de la Madre y el Niño", en lo cual nuestra institución, como lo reconocen todos los hospitales del país, fue la primera en promover la lactancia materna, lo que nos satisface mucho más, al haber contribuido como maestros a que otros Hospitales del País sigan siendo certificados también con dicho título.

El agradecimiento a todos los que contribuyeron con esta noble tarea en favor de los niños del Perú.

Dr. J.F.R. Presidente del Comité de Lactancia Materna.

ENFERMERA

Alergia en Emergencia Pediátrica :

Hacemos lo mejor que podemos aplicando los conocimientos. Ante la llegada de una madre angustiada y desesperada que trae a su niño enfermo, con crisis respiratoria, fallo cardíaco, deshidratado; hipertermia, hemorragia, heridas, caídas, accidentes, etc. Estamos alerta y en cuestión de segundos le brindamos los cuidados inmediatos, cada a cargo con el médico y personal paramédico sin dejar de lado la parte humana, conocemos de cerca el valor de la vida, de la muerte, peleamos por la vida y cuando ésta se nos escurre por entre las manos somos capaces de enfrentar con fuerza y respeto el dolor, sufrimiento de las madres, ... sentimiento que hacemos nuestro.

Alergia colegas que no nos agobie el cansancio y no nos endurezca la rutina; tenemos mucho que ofrecer, juntos podemos lograrlo !

Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé


66 Cebosa



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

PROGRAMA DE DOCTORADO EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ILUSTRACIÓN 15



cual nuestro hospital también es pionero y siente el orgullo de haberlo diseminado al país y con el cual sobreviven miles de niños canguritos.

En 1992, con la importante R.D.No004-D-HMI-SB-92, del 4 de Julio, delineamos nuestra política de salud, y asumimos el compromiso en apoyo a la lactancia materna, de cumplir los diez pasos del decálogo para conseguir la certificación internacional de "Hospital Amigo del Niño", tal como se llamaba por entonces. Para inicios de 1993 nosotros ya nos sentíamos complacidos, por lo que habíamos cumplido y mucho más, al haber construido lactarios en las salas de recién nacidos y también una sala destinada a albergar a la madre que da de lactar llamada "Sala de la Madre Acompañante".

Cursos de Capacitación se dan todos los días en una sala especial para los padres, ayudados por un televisor de 33" adquirido con el producto de cursos sobre la lactancia materna. Existe un consultorio que funciona como "Clínica de Lactancia para Casos Problema". Cursos frecuentes al respecto son realizados por Profesionales, Médicos, Enfermeras y Técnicas que con devoción que emociona, salen también a provincias contribuyendo a capacitar 34 Hospitales del País.

Todos podremos comprender el porqué desde 1993 se oficializa intra-institucionalmente el Hospital San Bartolomé como "Hospital Amigo de la Madre y el Niño, No lo Olvides" esto último porque es algo que no necesariamente es un título si no una práctica diaria y para siempre, como un recordatorio constante también para el buen trato y afecto que debemos dar a nuestros pacientes.

Por todo lo referido, nuestro Hospital es reconocido como pionero, lo que ha sido certificado el 5 de agosto de 1994, por el Ministerio de Salud y las Agencias Internacionales, con el título también de "Amigo de la Madre y el Niño", en lo cual nuestra institución, como lo reconocen todos los hospitales del país, fue la primera en promover la lactancia materna, lo que nos satisface mucho más, al haber contribuido como maestros a que otros Hospitales del País sigan siendo certificados también con dicho título.

El agradecimiento a todos los que contribuyeron con esta noble tarea en favor de los niños del Perú.

Dr. J.F.R. Presidente del Comité de Lactancia Materna.

ENFERMERA

Alerta en Emergencia Pediátrica

Hacemos lo mejor que podemos aplicando los conocimientos. Ante la llegada de una madre angustiada y desesperada que trae a su niño enfermo, con crisis respiratoria, falta de apetito, deshidratación, hipotermia, hemorragia, heridas, caídas, accidentes, etc.

Estamos alerta y en cuestión de segundos le brindamos los cuidados inmediatos cada a cada con el médico y personal paramédico sin dejar de lado la parte humana, conocemos de cerca el valor de la vida, de la muerte, peleamos por la vida y cuando ésta se nos escurre por entre las manos somos capaces de enfrentar con fuerza y respeto el dolor, sufrimiento de las madres, ...

sentimiento que hacemos nuestro.

Alerta colegas que no nos apobie el cansancio y no nos endurezca la rutina, tenemos mucho que ofrecer, juntos podemos lograrlo!

Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

99 Chile



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

PROGRAMA DE DOCTORADO EN

CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ILUSTRACIÓN 16

La Institución nombró a la Sra. Congressista, Dra. Martha Chávez "La Madre Representante de la Lactancia Materna" y nos sentimos muy orgullosos cuando el día que tenía que recibir su curul de representante al Congreso de la Nación, elegida con la más alta votación en el país, prefirió como excelente mujer, profesional y madre, acudir a nuestro hospital a recibir nuestra distinción, y engalanar una hermosa ceremonia de certificación de nuevas "Hospitales Amigos de la Madre y el Niño" de diferentes regiones del país, presidida por el Sr. Ministro de Salud, Eduardo Yong Motta, que tuviera la gran gentileza en nominar a nuestra institución como sede de este importantísimo evento.



*La Madre Representativa de la Lactancia Materna
Del Hospital Nacional Docente San Bartolomé*



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

PROGRAMA DE DOCTORADO EN

CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ILUSTRACIÓN 17

Lactancia Materna y Factores que Mayormente Influyen en Madres Primerizas

Por ADA DELGADO BEJAR
Colaboradora: TERESA BORJA
FANNY JURADO



CONSIDERACIONES BASICAS

De acuerdo con los datos bibliográficos sobre lactancia materna hechos en diferentes lugares del país, señalan, que si bien un gran porcentaje de niños inicia la lactancia natural; sin embargo este porcentaje disminuye considerablemente después del tercer mes.

Sabemos actualmente que la alimentación del niño con leche materna es inigualable, por una serie de razones que van, desde los aspectos biológicos hasta los socio-económicos, y si tenemos en cuenta que el promedio de atención de partos es de 2,500 por mes, en la Maternidad de Lima, veremos que los objetivos y propósitos del estudio están plenamente justificados.

OBJETIVOS

- 1.- Conocer el tipo de lactancia que ofrecen y prefieren las madres primerizas del Hospital Maternidad de Lima.
- 2.- Identificar el o los factores que mayormente priman, para que las madres lacten a sus niños.
- 3.- Conocer la información que las madres primerizas tienen acerca de la lactancia materna.
- 4.- Identificar las dificultades y los problemas más comunes que las madres primerizas tienen al lactar al niño.

PROPOSITO

Propiciar la lactancia materna en el Hospital Maternidad de Lima, con el fin de favorecer una alimentación adecuada en el recién nacido y contribuir a su crecimiento y desarrollo normal.

CONSIDERACIONES TEORICAS

Se toma en cuenta principalmente, los datos que señalan las últimas investigaciones y que muestran claramente las ventajas de la leche humana; tanto en el aspecto biológico como psicológico y la implicancia que tienen los factores socio-económicos sobre la práctica de la lactancia materna, dando énfasis a los problemas de alimentación, industrialización, trabajo, comunicación masiva, fenómenos migratorios del campo a la ciudad, y lo relacionado con la actitud del equipo de salud y la estructura, organización y funcionamiento de las instituciones de salud.

CONSIDERACIONES NORMATIVAS

Se toman en cuenta las principales normas dadas por el Ministerio de Salud, en lo que a alimen-

tación infantil se refiere, específicamente las normas de la protección de la lactancia materna, de la preparación para la lactancia materna, de la alimentación de la madre y de la técnica de alimentación al pecho.

METODOLOGIA

Se utiliza el método descriptivo y se obtiene la información utilizando una encuesta tipo entrevista, que se aplica durante dos semanas del mes de agosto de 1985.

La población la constituyeron 200 madres primerizas puerperas que en esas semanas eran atendidas en los 7 servicios de puerperio del Hospital Maternidad de Lima.

RESULTADOS

Después de realizar la tabulación de los datos, se encontró que de un total de 200 madres encuestadas, 179 (89.5 o/o) inicia la lactancia natural, sin embargo hay un número considerable 20 (10 o/o) que inician lactancia artificial, lo que probablemente se reduciría, mediante medidas que



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

PROGRAMA DE DOCTORADO EN

CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ILUSTRACIÓN 18



