

# Cuidado de enfermería en personas con diabetes *mellitus* tipo 2, según la Teoría de la Atención Burocrática

## RESUMEN

**Objetivo:** describir las características de la práctica de enfermería en el cuidado de personas con diabetes *mellitus* tipo 2 en la atención primaria de salud, según la Teoría de la Atención Burocrática. **Material y método:** investigación cualitativa que exploró la práctica de enfermería en el cuidado del paciente con diabetes *mellitus* tipo 2, por medio de la observación no participante; se realizó durante tres semanas en dos centros de salud familiar en la región de Atacama, Chile; se utilizaron notas de campo y se analizó la información por medio de comparación constante, según el referente filosófico seleccionado. **Resultados:** el cuidado de enfermería en personas con diabetes *mellitus* tipo 2 en los centros de salud familiar se encuentra vinculado a todos los factores señalados en la Teoría de la Atención Burocrática, es decir, factores educativos, físicos, socioculturales, legales, tecnológicos, económicos y políticos. **Conclusiones:** por medio de la Teoría de la Atención Burocrática es posible describir la práctica del cuidado de enfermería en personas con diabetes *mellitus* tipo 2. Enfermería debe considerar los factores propios a la burocracia de toda organización, especialmente al momento de gestionar el cuidado en este tipo de pacientes.

## PALABRAS CLAVE

Enfermería; diabetes *mellitus* Tipo 2; observación; filosofía en enfermería; atención primaria de salud (Fuente: DeCS).

DOI: 10.5294/aqui.2018.18.1.3

## Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Guerrero-Núñez S, Valenzuela-Suazo S, Cid-Henríquez P. Cuidado de enfermería en personas con diabetes mellitus tipo 2, según la Teoría de la Atención Burocrática. 2018;18(1):20-31. DOI: 10.5294/aqui.2018.18.1.3

1 [✉](mailto:svalenzu@udec.cl) orcid.org/0000-0002-1308-4835. Universidad de Concepción, Chile. svalenzu@udec.cl  
2 orcid.org/0000-0001-5004-3760. Universidad de Atacama, Chile. sara.guerrero@uda.cl  
3 orcid.org/0000-0002-2821-0558. Universidad de Concepción, Chile. patcid@udec.cl

# *Nursing Care for Persons with Diabetes Mellitus Type 2, According to the Theory of Bureaucratic Care*

## ABSTRACT

**Objective:** describe the characteristics of nursing practice regarding the care of persons with diabetes mellitus type 2 within the scope of primary health care, according to the Theory of Bureaucratic Caring. **Materials and method:** A qualitative study was done to explore nursing practice with respect to the care of patients with diabetes mellitus type 2, through non-participant observation over a period of three weeks at two family healthcare centers in the Atacama region of Chile. Field notes were used and the information was analyzed through constant comparison, according to the selected philosophical referent. **Results:** Nursing care provided at family health-care centers to persons with diabetes mellitus type 2 is linked to all the factors indicated in the Theory of Bureaucratic Caring; that is, educational, physical, sociocultural, legal, technological, economic and political factors. **Conclusions:** The Theory of Bureaucratic Caring can be used to describe nursing practice in the care of persons with diabetes mellitus type 2. Nursing should consider the factors inherent in the bureaucracy of any organization, especially when managing care for patients of this type.

## KEYWORDS

Nursing; diabetes mellitus type 2; observation; philosophy in nursing; primary health care (Source: DeCS).

# *Cuidado de enfermagem em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2, segundo a Teoria da Atenção Burocrática*

## RESUMO

**Objetivo:** descrever as características da prática de enfermagem no cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 na atenção primária de saúde, segundo a Teoria da Atenção Burocrática. **Material e método:** pesquisa qualitativa que explorou a prática de enfermagem no cuidado do paciente com Diabetes Mellitus tipo 2 por meio da observação não participante; realizou-se durante três semanas em duas unidades de saúde da família na região de Atacama, Chile; utilizaram-se anotações de campo e analisou-se a informação pela comparação constante, conforme o referencial filosófico selecionado. **Resultados:** o cuidado de enfermagem em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 nas unidades de saúde da família encontra-se vinculado com todos os fatores apontados na Teoria da Atenção Burocrática, isto é, fatores educativos, físicos, socioculturais, legais, tecnológicos, econômicos e políticos. **Conclusões:** por meio da Teoria da Atenção Burocrática, é possível descrever a prática do cuidado de enfermagem em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. A enfermagem deve considerar os fatores próprios à burocracia de toda organização, em especial, no momento de administrar o cuidado nesse tipo de paciente.

## PALAVRAS-CHAVE

Atenção primária de saúde; Diabetes Mellitus tipo 2; enfermagem; filosofia em enfermagem; observação (Fonte: DeCS).

## Introducción

La comprensión de los conceptos de cuidado y enfermería ha evolucionado a través del tiempo, en función de los cambios históricos, políticos y científicos, entre otros. Nightingale describió a la enfermera como gestora del medio ambiente para promover la salud y prevenir complicaciones (1), pero hoy enfermería, a través de su disciplina, concibe el cuidado según diversas miradas paradigmáticas, que han estructurado el conocimiento enfermero en filosofías, modelos y teorías de diverso alcance (2). Es importante comprender el cuidado teniendo presentes las concepciones teóricas desarrolladas, pues abordan el metaparadigma de la disciplina, lo cual permite una comprensión integradora de los elementos que participan en este fenómeno.

La disciplina de enfermería guía y orienta la práctica, y genera un conocimiento propio por medio de la investigación (3), muy útil para la comprensión del cuidado, especialmente en condiciones de salud que producen alta carga sanitaria y económica en la población y el sistema de salud. Tal es el caso de la diabetes mellitus tipo 2 (DM 2), que tiene una alta prevalencia (4, 5) y mortalidad a nivel global (6-9). Si bien en Chile se garantiza el acceso a la atención en salud de personas con DM 2, persisten elementos como la alta descompensación (10, 11), que hacen del sistema y de las estrategias sanitarias medidas e intervenciones que no garantizan efectividad. Por esta razón, es fundamental comprender el cuidado de enfermería en este contexto, no solo para describirlo, sino también para intervenir en los factores o elementos clave, pues la evidencia científica muestra el importante rol de enfermería en el control metabólico de la DM 2 (12-14). En esta vía, la Teoría de la Atención Burocrática de Marilyn Anne Ray permite una comprensión del cuidado en un escenario complejo como lo es un centro de salud familiar, donde surge un orden implícito (el todo) y un orden explícito (la parte), representados en la interconexión del cuidado espiritual y ético con la estructura social de la organización (15). El cuidado está influenciado por la estructura social de la organización, donde intervienen elementos burocráticos como factores educativos, físicos, socioculturales, legales, tecnológicos, económicos y políticos. Sobre este escenario se desarrolla este artículo, que tiene por objetivo describir las características de la práctica de enfermería en el cuidado de personas con DM 2 en la atención primaria de salud, según la Teoría de la Atención Burocrática.

## Materiales y métodos

Investigación cualitativa que, por medio de la observación no participante, exploró la práctica del cuidado de enfermería en personas con DM 2. La observación se realizó por un periodo de tres semanas en dos centros de salud familiar de la región de Atacama, Chile, posterior a las reuniones de coordinación con la Dirección y el equipo del Programa de Salud Cardiovascular de cada establecimiento. Este estudio corresponde a la primera etapa de la tesis doctoral de una de las investigadoras, y es el fundamento para la aplicación de otras técnicas de recolección.

El proyecto de investigación donde se enmarca el actual estudio fue aprobado por el comité ético científico del programa académico, y posteriormente se recibió la aprobación de las autoridades de salud regional donde se realizó la observación, además de los consentimientos informados aplicados a enfermeros y pacientes que aprobaron ser observados durante el control en salud.

Las observaciones fueron realizadas por una de las investigadoras, quien contactó a las personas que deseaban participar. La investigadora se mantuvo ajena a la situación observada en lo que respecta a ejecución de intervenciones, fueran estas procedimientos clínicos, educativos u otras.

La observación fue no estructurada, estableciendo con anticipación los contextos por observar, a saber: actividades de enfermería señaladas en el listado de prestaciones garantizadas para este tipo de pacientes; consulta o control; educación de grupo y Consulta para curación por pie diabético. Este listado de prestaciones se enmarca en la Ley 19.966, donde se estandarizó la atención de patologías priorizadas, a fin de garantizar acceso, calidad, oportunidad y apoyo financiero. Respecto a esto último, la DM 2 es una de las patologías con listado de prestaciones garantizadas, donde los beneficiarios poseen protección financiera dependiendo del tipo de afiliación al sistema previsual. Los afiliados al Fondo Nacional de Salud (Fonasa) de los tramos A y B no deben pagar por las prestaciones en salud, los afiliados del tramo C pagan un copago del 10% del arancel establecido, y los del tramo D, junto a los afiliados a instituciones de salud previsual (Isapre), pagan el 20% de copago.

La consulta para curación por pie diabético no fue observada debido a la inasistencia de pacientes en los días programados. A pesar de ello, se entrevistó a la enfermera y al personal que

participa de las curaciones, quienes explicaron la dinámica y permitieron el ingreso al *box* de curaciones.

Se utilizaron notas de campo con dos tipos de registros no sistemáticos: *notas descriptivas*, que reflejaban lo que sucedía en el contexto (conducta, diálogo o situaciones que llamaron el interés de la investigadora), y las *notas reflexivas*, que reflejaban los propios pensamientos y percepciones (fueron analíticas e interpretativas). La jornada de observación se dividió en observación directa, transcripción y análisis preliminar de lo observado.

Los registros se consolidaron en un documento word y fueron analizados durante el mes de diciembre de 2015 por medio de comparación constante de la codificación, utilizando la Teoría de la Atención Burocrática (2), con la intención de organizar los resultados según los siete factores del referente filosófico. La codificación se realizó por medio de lectura repetitiva de las notas de campo, añadiendo un comentario preliminar dirigido a las características de la práctica del cuidado de enfermería en el paciente con DM 2. Las categorías emergieron después de la lectura y comparación constante de los comentarios preliminares. En la medida que avanzó la relectura y comparación de las notas

de campo y de sus respectivos comentarios, las categorías tendieron a la saturación.

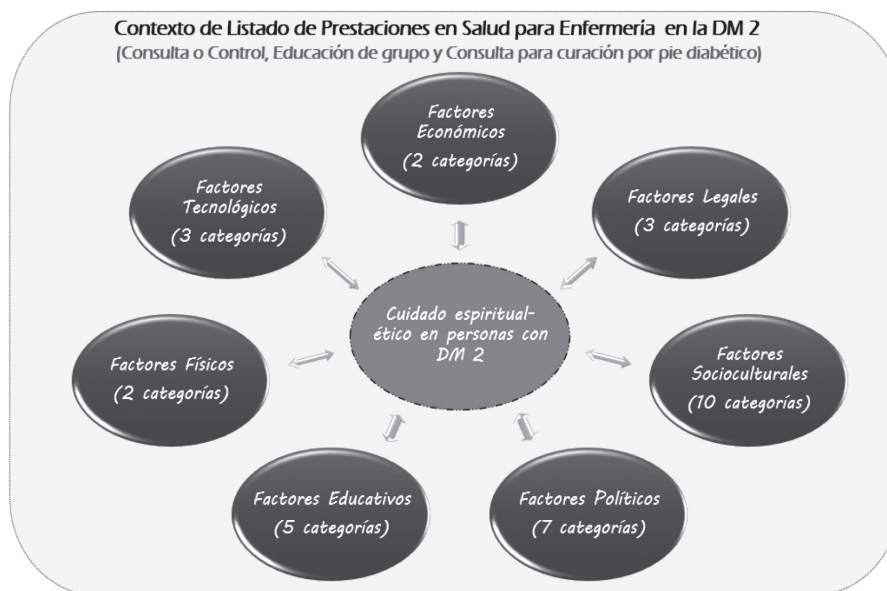
Emergieron 32 categorías que representan las principales características de la práctica del cuidado de enfermería en el paciente con DM 2. Las categorías se agruparon en los siete factores de la Teoría de la Atención Burocrática, asignándoles un significado que corresponde a la interpretación dada por las investigadoras a lo observado en el contexto del referente filosófico, y sobre lo cual es posible de ahondar por medio de otras técnicas como entrevistas, con la intención de profundizar en el fenómeno de estudio.

## Resultados

Los resultados descritos inicialmente en la figura 1 manifiestan una relación entre el cuidado espiritual-ético y la estructura social de la organización.

La tabla 1 incorpora las categorías emergentes según factor, que representan las características de la práctica del cuidado de enfermería en el paciente con DM 2.

**Figura 1.** Cuidado de enfermería en la diabetes mellitus tipo 2 según la Teoría de la Atención Burocrática



Fuente: extraído con modificaciones de la presentación holográfica de la Teoría de la Atención Burocrática (16).

**Tabla 1.** Categorías emergentes que describen las características de la práctica del cuidado de enfermería en el paciente con diabetes mellitus tipo 2, según factores determinados por la Teoría de la Atención Burocrática

Factor	Categorías emergentes	N°
Educativo	Intervención de tipo educativo	5
	Educación en el cuidado de la alimentación	
	Educación en el cuidado del tratamiento farmacológico	
	Educación en el cuidado de la actividad física	
	Recurso humano enfermero capacitado	
Físico	Participación del paciente	2
	Medición de parámetros clínicos	
Sociocultural	Integración de personas significativas	10
	Relación enfermero(a)-paciente	
	Valoración del rol de enfermería	
	Comprensión del lenguaje	
	Comprensión del estado de salud	
	Cuidado integral	
	Cuidado centrado en la persona	
	Cuidado que promueve la vinculación a redes de apoyo	
	Credibilidad del profesional	
Manejo de factores protectores		
Legal	Rendimiento del cuidado	3
	Ejecución o derivación a prestaciones garantizadas	
	Consentimiento informado	
Tecnológico	Sistema informático de registro	3
	Sistema de información sobre exámenes clínicos	
	Significado otorgado al procedimiento clínico	
Económico	Pago por atención de salud	2
	Disponibilidad de recurso humano	
Político	Estructura física destinada al cuidado	7
	Continuidad del cuidado de enfermería	
	Articulación entre sistemas	
	Tiempo de espera	
	Criterios de continuidad en la atención de salud	
	Resolución del sistema	
Toma de decisiones efectivas		
Total		32

Fuente: elaboración propia.

A continuación se describen las características de la práctica del cuidado de enfermería en el escenario del estudio:

### **Factores educativos**

1. **Intervención de tipo educativo:** educación realizada al paciente incorporando material educativo como dípticos y trípticos, exposiciones audiovisuales, y el compartir experiencias en los talleres. Esto involucra trabajar conforme a las necesidades del paciente y según su contexto.
2. **Educación en el cuidado de la alimentación:** intervención del profesional enfermero(a) dirigida a alimentación saludable. Es más que una recogida de datos, pues corresponde a una educación significativa y comprensiva para las personas.
3. **Educación en el cuidado del tratamiento farmacológico:** intervención del profesional enfermero(a) dirigida a la adherencia al tratamiento y los cuidados propios de la enfermedad. Es más que una recogida de datos, pues corresponde a una educación significativa y comprensiva para las personas.
4. **Educación en el cuidado de la actividad física:** intervención del profesional enfermero(a) dirigida a la promoción de actividad física. Es más que una recogida de datos, pues corresponde a una educación significativa y comprensiva para las personas.
5. **Recurso humano enfermero capacitado:** profesional capacitado que otorga garantía para una atención conforme a las prestaciones establecidas. Involucra competencias cognitivas, actitudinales y de tipo procedimental que permiten un abordaje integral del paciente y de su contexto familiar o comunitario.

### **Factores físicos**

1. **Participación del paciente:** elementos o factores que condicionan la participación del paciente en las prestaciones garantizadas y que repercuten en la continuidad de la atención de salud.
2. **Medición de parámetros clínicos:** medición estandarizada de parámetros, o según lo establecido en guía clínica. Entre ellos se encuentra la medición de presión arterial, talla, peso y el índice de masa corporal, perímetro abdominal, en

algunos casos la glicemia capilar, y, últimamente, la sensibilidad en los pies.

### **Factores socioculturales**

1. **Integración de personas significativas:** cuando la persona asiste al control con un familiar o persona significativa y el(la) enfermero(a) incorpora el acompañamiento del paciente como actividad elemental del control de salud. También consiste en promover el acceso y la continuidad al sistema de salud (oferta de día y horario favorable al acompañamiento).
2. **Relación enfermero(a)-paciente:** indica el vínculo establecido entre paciente y enfermero(a). Influyen factores como la comunicación (lenguaje y escucha activa, entre otros), confianza, respeto, credibilidad, etc.
3. **Valoración del rol de enfermería:** significado que otorga el paciente y el equipo de salud al control realizado por el enfermero(a) en relación con la compensación de la DM 2.
4. **Comprensión del lenguaje:** comunicación efectiva en cuanto a la comprensión del lenguaje utilizado por el enfermero(a). En el control se establece una comunicación bidireccional, con un diálogo permanente que permite la retroalimentación constante (verificación de la comprensión del lenguaje).
5. **Comprensión del estado de salud:** cuando el profesional es capaz de comunicar comprensivamente el resumen de la información más relevante sobre el estado de salud del paciente, y este es capaz de transmitir la información a otros como la familia o personas significativas.
6. **Cuidado integral:** capacidad del profesional enfermero(a) de reconocer factores que permiten un abordaje integral del cuidado, evitando la búsqueda de causales parciales de descompensación. Esto conlleva una comprensión del paciente sobre la necesidad un cuidado integral y no solo farmacológico.
7. **Cuidado centrado en la persona:** cuando el(la) enfermero(a) otorga una atención centrada en la persona y no en el profesional o sistema. Las intervenciones deben relacionarse con lo experimentado por el paciente y conforme a sus necesidades.
8. **Cuidado que promueve la vinculación a redes de apoyo:** consiste en incentivar la integración del paciente con redes de apoyo formales e informales.

**9. Credibilidad del profesional:** credibilidad que otorga el(la) profesional enfermero(a) al paciente y la familia. También involucra un registro veraz de las intervenciones realizadas en los controles de salud.

**10. Manejo de factores protectores:** refuerzo positivo que el(la) profesional enfermero(a) realiza para trabajar con los activos en salud, fortaleciendo los factores protectores y motivando al paciente por tales condiciones o por logros en salud alcanzados.

### *Factores legales*

**1. Rendimiento del cuidado:** control realizado por el(la) enfermero(a) en el tiempo establecido.

**2. Ejecución o derivación a prestaciones garantizadas:** realización de las intervenciones garantizadas por profesional enfermero(a), además de orientar y derivar a prestaciones garantizadas para personas con DM 2, sean estas controles de salud e intervenciones establecidas.

**3. Consentimiento informado:** corresponde a la autorización del paciente para ser atendido por persona (estudiante) externa al centro de salud.

4. Factores tecnológicos

**5. Sistema informático de registro:** consiste en el sistema de apoyo tecnológico que contiene información clínica del paciente. Relacionado con ello surge la percepción de utilidad y eficiencia del sistema informático, en tanto opinión de paciente y profesional enfermero(a).

**6. Sistema de información sobre exámenes clínicos:** información clínica del paciente, digital y de fácil acceso para el profesional enfermero(a).

**7. Significado otorgado al procedimiento clínico:** apreciación del paciente sobre el procedimiento clínico al cual se expone.

### *Factores económicos*

**1. Pago por atención de salud:** desembolso que realiza el paciente y familia por una atención de salud privada, que resuelve lo que el sistema público no logra hacer, o por descon-

fianza en este. Estas situaciones son conocidas cuando el(la) profesional enfermero(a) consulta al paciente por su ausencia al control anterior. La no resolución del sistema público consiste en la no disponibilidad de horas en el centro de salud familiar, ocasionada por ausentismo laboral de los profesionales, entre algunos de los factores señalados. La desconfianza se dirige principalmente al tratamiento farmacológico y la utilización de recursos materiales en procedimientos clínicos, lo que ocasiona que algunos pacientes acudan a la consulta esporádica en el sector privado.

**2. Disponibilidad de recurso humano:** acceso al recurso humano necesario para prestaciones garantizadas.

### *Factores políticos*

**1. Estructura física destinada al cuidado:** espacios específicos que permiten la visibilidad del cuidado, siendo identificados por los pacientes como propios de ese tipo de atención en salud. Esto facilita el acceso de la población al cuidado de la salud.

**2. Continuidad del cuidado de enfermería:** condiciones organizacionales del establecimiento que permiten la continuidad del cuidado durante el control de salud realizado por el enfermero(a), y también a través del tiempo, conforme al calendario de control establecido por el centro de salud familiar.

**3. Articulación entre sistemas:** cuando el paciente asiste al sistema privado por mayor confianza en el mismo, o para resolver problemas que el sistema público no logró solucionar, y luego continúa con la atención en el centro de salud familiar. Lo anterior genera una aparente desarticulación por falta de comunicación, con dificultad para integrar las modificaciones al tratamiento o a nuevas indicaciones.

**4. Tiempo de espera:** tiene relación con el tiempo de espera en la atención de salud (cuidado oportuno).

**5. Criterios de continuidad en la atención de salud:** continuidad de la atención de salud según criterios definidos y comprensibles para quienes participan de la atención en el centro de salud familiar, y que no obedecen a la arbitrariedad o a criterios personales del profesional enfermero(a).

**6. Resolución del sistema:** atención que da solución a los problemas o las necesidades del paciente. Responsabilidad indelegable del sistema. Repercute sobre la confianza del paciente y la familia en el sistema y el profesional.



**7. Toma de decisiones efectivas:** percepción de la efectividad de las decisiones clínicas y de gestión realizadas por el(la) enfermero(a).

## Discusión

Al considerar el cuidado de personas con diagnóstico de DM 2 en el contexto de la Teoría de la Atención Burocrática, se debe entender que el cuidado es el todo, pero, asimismo, es parte de la complejidad organizacional (15) de la atención primaria de salud. De esta manera, el cuidado de enfermería se enfrenta a una relación con factores de la burocracia propia al centro de salud familiar. El referente filosófico del estudio define un proceso relacional transcultural complejo, asentado en un contexto ético y espiritual, con múltiples entradas en el sistema, interconectadas con el cuidado en el conjunto de la cultura de la organización (16). De esta manera, el cuidado de enfermería en pacientes con DM 2 se enfrenta a factores propios del establecimiento de salud.

En los factores educativos se encuentra la formación del profesional de enfermería, que conlleva una mirada integral del paciente y su contexto. Las competencias desarrolladas por medio de la educación continua capacitan a los(as) enfermeros(as) en la oferta de un cuidado de calidad, en tanto prestaciones garantizadas. También son parte de este factor las intervenciones educativas realizadas durante el control de salud. Si bien el control es registrado digitalmente en un sistema informático de apoyo, que podría limitar el tiempo destinado a la atención, dando importancia al registro antes que a las necesidades de las personas, es necesario intervenir con programas educativos formales (talleres de educación grupal) e informales (intervenciones educativas durante el control de salud) para evitar las complicaciones ocasionadas por el desconocimiento (17). Tanto las intervenciones educativas grupales como las individuales han demostrado ser efectivas (18, 19), y resultan más beneficiosas cuando utilizan medios o estrategias que favorecen la construcción del conocimiento, antes que la transmisión del mismo realizada en el modelo tradicional (18). Es importante acercarse a una comprensión dialogada de los saberes y eliminar la transmisión de información de manera unidireccional, pues esta ha demostrado no ser suficiente en el autocuidado del paciente, e incluso en la capacitación profesional (20). Una intervención efectiva se orientará hacia una educación integral que propenda por la compensación metabólica y el bienestar de las personas que adolecen de DM 2.

Los factores físicos hacen referencia a un estado físico de la persona, incluidos patrones biológicos y mentales. Este factor tiene relación con elementos que condicionan la participación del paciente en las prestaciones garantizadas, y que repercuten en la continuidad de la atención de salud, entre ellos, condición física, creencias o patrones mentales que favorecen la integración y continuidad. Estudios evidencian que el comportamiento de estos pacientes es acompañado de sus creencias en torno a la enfermedad y el contexto (21). También surge la medición de patrones clínicos que son parte de la atención de salud, lo cual entrega una información sobre la condición de salud del paciente.

Los factores socioculturales se enlazan al rol que el(la) enfermero(a) ejerce, desde la relación o el vínculo con el paciente, hasta las características del cuidado, en tanto orientación y características propias de esta intervención. La relación entre enfermero(a) y el paciente diabético es fundamental, especialmente debido al rol educativo, al personalizar la intervención con cada paciente y hacerlo partícipe del control de su enfermedad (22). De esta forma, la comunicación con el paciente contribuye a alcanzar la eficacia y satisfacción del mismo. Además, “el ejercicio del diálogo y de la comunicación llevará a una mejor comprensión del problema y la mejor aceptación de las orientaciones y recomendaciones” (23), siendo esto relevante en el cuidado de personas con DM 2. Este factor también incorpora principios del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, tales como el cuidado centrado en la persona y la integralidad (24).

Los factores legales están estrechamente relacionados con las prestaciones garantizadas para este tipo de pacientes, incorporando el tiempo destinado al control (rendimiento), y así también el resguardo de la autonomía del paciente en cuanto a la elección de ser atendido por personal externo al establecimiento de salud. El Régimen de Garantías Explícitas (25) y el listado de prestaciones específicas establecen la participación de los(as) enfermeros(as), consulta o control, educación de grupo y consulta para curación, en caso de herida de pie diabético. En este sentido, es fundamental que enfermería gestione adecuadamente los elementos legales que son parte de la dinámica organizacional, y que les dé cumplimiento para garantizar un cuidado ético.

En lo que respecta a los factores tecnológicos, estos reflejan los elementos de apoyo tecnológico que acompañan la oferta de cuidado. Los centros de salud familiar poseen un sistema informático que favorece la actualización de los registros y el acceso a la información del paciente, fortaleciendo los procesos clínicos de

los establecimientos, y, asimismo, sirviendo de apoyo a las necesidades del paciente, es decir, facilitar el acceso a la información por parte del paciente o familia. Los profesionales de enfermería sienten que los sistemas sanitarios han incorporado una cultura y herramientas empresariales (26), donde priman criterios mercantilistas sobre los valores humanistas, es decir, “los sistemas de control burocrático existentes han generado una demanda de actividad burocrática tan alta que ha desestabilizado el equilibrio entre actividad clínica y burocrática en favor de la segunda. Las enfermeras han dejado de mirar al paciente para mirar la pantalla del ordenador” (26); por esta razón, es fundamental dar un correcto uso a las herramientas tecnológicas, por ser ellas un medio y no un fin (27), pues estas contribuyen al estado de salud del paciente (28), sin sustituir el cuidado relacional que este requiere. Además, estos factores están relacionados con las percepciones de los pacientes al momento de exponerse a los procedimientos clínicos que incorporan el uso de tecnologías. El temor, la ansiedad, y, entre otros, las creencias propias del paciente, son elementos que intervienen en esta percepción.

Respecto a los factores económicos involucrados en el cuidado de estos pacientes, es necesaria la disponibilidad de recursos para otorgar un cuidado de calidad, y para derivar a las prestaciones garantizadas. Entre estos factores se encuentra la disponibilidad de recursos materiales y profesionales. Por otra parte, como factor económico también se destaca el desembolso que los pacientes y las familias deben hacer para resolver sus problemas de salud, o para recibir atención de salud segura y de calidad. Esto se da a conocer durante la interacción del profesional enfermero(a) con el paciente en el control de salud. Los pacientes señalan que la consulta en el sector privado se debe a imprevistos en el centro de salud familiar, como no disponibilidad horaria en el tiempo que le corresponde el control, o bien, debido a su interés por realizar en el sector privado procedimientos clínicos como curaciones o consultas por ajustes al tratamiento farmacológico. Esto surge por el deseo de recibir, conforme a su percepción, una atención segura y de calidad. Es importante tener presente este factor, porque la relación enfermero(a)-paciente es considerada como un recurso económico en la estructura sanitaria (29, 30).

En relación con los factores políticos involucrados en el cuidado de enfermería del paciente con DM 2, estos contemplan elementos políticos y estructurales en la administración y gestión sanitaria, los cuales influyen en la imagen y valoración de enfermería en la atención sanitaria. Este factor también se relaciona con las condiciones que hacen posible, o dificultan, el acceso del paciente al sistema de cuidado. Es necesario que enfermería considere este escenario, con el fin de hacer ver la importancia del rol profesional, defendiendo el derecho universal a la salud y a los cuidados seguros y de calidad (31).

Cardoso (32) señala que la síntesis dialéctica del cuidado tiene como tesis el cuidado humanístico, educativo, ético y espiritual, y la antítesis (la burocracia) del cuidar, donde influyen los factores económicos, políticos, legales y tecnológicos que son parte de la gestión organizacional de una institución. Conforme a lo expuesto, el cuidado de la persona con DM 2 en el contexto de la Teoría de la Atención Burocrática sintetiza un cuidado espiritual y ético (orden implícito), integrado a estructuras de la organización (orden explícito) de tipo educativo, físico, sociocultural, legal, tecnológico, económico y político.

## Conclusión

El cuidado de enfermería en la persona con DM 2 debe ser considerado como el todo y como parte de la atención sanitaria. Existen elementos de la estructura burocrática de los centros de salud familiar que influyen en la oferta de cuidado, los cuales han sido descritos en la Teoría de la Atención Burocrática como factores educativos, físicos, socioculturales, legales, tecnológicos, económicos y políticos.

Para ofertar un cuidado de calidad, y conforme a las necesidades de las personas con diagnóstico de diabetes, enfermería debe tener presentes estos factores al momento de planificar y ejecutar el cuidado. De esta forma se proporcionará un cuidado espiritual y ético, tal como lo describe la filosofía de Ray.

**Conflicto de Interés:** los autores declaran no tener ningún conflicto de interés

## Referencias

1. Frello A, Carraro T. Florence nightingale's contributions: an integrative review of the literature. *Esc Anna Nery*. 2013;17(3):573-579.
2. Marriner A, Raile M. *Modelos y teorías en enfermería*. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
3. Aguayo M, Castelló M, Monereo C. La identidad del académico de enfermería: entre la docencia y la investigación. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(2):241-249.
4. Federación Internacional de la Diabetes (FID). *Atlas de la Diabetes de la FID, 6º ed.* [Internet]. FID; 2013 [Acceso 2014 nov 20]. Disponible en: [http://www.idf.org/sites/default/files/SP\\_6E\\_Atlas\\_Full.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/SP_6E_Atlas_Full.pdf)
5. Yang S, Wang S, Yang B, Zheng J, Cai Y, Yang Z. Weight loss before a diagnosis of type 2 diabetes mellitus is a risk factor for diabetes complications. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(49):e5618.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación* [Internet]. Ginebra: OMS; 2011 [Acceso 2014 oct 14]. Disponible en: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/es/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/)
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014, una mina de información sobre salud pública mundial* [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [Acceso 2014 oct 19]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO\\_HIS\\_HSI\\_14.1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf)
8. World Health Organization. *Diabetes Programme* [Acceso 2014 oct 14]. Disponible en: <http://www.who.int/diabetes/en/>
9. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Situación de Salud en las Américas, 20 años Indicadores Básicos 2014*. Washington, D.C: OMS-OPS; 2014.
10. Ministerio de Salud (Minsal). *Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010* [Internet]. Santiago: Minsal; 2011 [Acceso 2014 oct 19]. 1064 p. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
11. Ministerio de Salud (Minsal). *Guía Clínica Diabetes Mellitus tipo 2. Serie Guías Clínicas* [Internet]. Santiago: minsal; 2010 [Acceso 2014 oct 10]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c3e23d1e04001011f011398.pdf>
12. Solano G, Pace A, García C, Castillo A. Efectos de un protocolo aplicado por Enfermeras en el control metabólico a personas con diabetes tipo 2. *Cienc. enferm*. 2013;XIX(1):83-93.
13. Galiano M, Calvo M, Feito M, Aliaga M, Leiva S, Mujica B. Condición de salud de pacientes diabéticos y su satisfacción con el tratamiento para la enfermedad. *Cienc. enferm*. 2013;XIX(2):57-66.
14. Juul L, Terkildsen H, Frydenberg M, Kolding J, Sandbaek A. Quality of type 2 diabetes management in general practice is associated with involvement of general practice nurses. *Prim Care Diabetes*. 2012;6(3):221-28.
15. Ray M, Turkel M. A transtheoretical evolution of caring science within complex systems. *International journal for human caring*. 2012;16(2):28-49.
16. Martínez J. *Percepción de las enfermeras y enfermeros del clima ético hospitalario en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo, Bogotá 2012* [Tesis magíster]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2012.
17. Rodrigues F, Dias F, Zuffi F, Borgues M, Lara B, Ferreira L. Cuidado de los pies: conocimiento de los individuos con diabetes mellitus. *Enferm Global*. 2014;13(35):41-51.
18. Manoel M, Nascimento B, Oliveira G, Aparecida C, Silva S. Efectividad de las intervenciones individual y en grupo en personas con diabetes tipo 2. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(2):200-7.
19. Imazu M, Faria B, Arruda G, Sales C, Marcon S. Efectividad de las intervenciones individual y en grupo en personas con diabetes tipo 2. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(2):200-7.
20. Sánchez S, Medina J. La interacción entre la perspectiva epistemológica de las enfermeras educadoras y los participantes (en programas educativos): límites y oportunidades en el desarrollo del empoderamiento para el fomento del autocuidado en salud. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(2):301-9.

21. García C, Cruz E, Gómez D, Toxqui M, Sosa B. La percepción de un grupo de hombres sobre la diabetes mellitus: contribuciones a la enfermería. *Esc Anna Nery*. 2014;18(4):562-9.
22. Galiano M, Calvo M, Feito M, Aliaga M, Leiva S, Mujica B. Condición de salud de pacientes diabéticos y su satisfacción con el tratamiento para la enfermedad. *Cienc. enferm*. 2013;XIX(2):57-66.
23. Coelho M, Zanetti M, Campos E, De Souza C, Moura M, Garcia A. La comunicación terapéutica entre profesionales y pacientes en la atención en diabetes mellitus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(4):685-92.
24. Ministerio de Salud (Minsal), Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la planificación y programación en red, 2016 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2016 [Acceso 2016 feb 24]. Disponible en: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/BASES\\_CONCEPTUALES\\_PARA\\_LA\\_PLANIFICACION\\_Y\\_PROGRAMACION\\_EN\\_RED.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/BASES_CONCEPTUALES_PARA_LA_PLANIFICACION_Y_PROGRAMACION_EN_RED.pdf)
25. Ley 19.966/2004 de 25 de agosto. Establece un Régimen de Garantías en Salud. Ministerio de Salud de Chile (Minsal). *Diario Oficial* de 03/09/2004.
26. Rich M, Martins M, Rodríguez M. Tecnología y comunicación en el cuidado hospitalario a enfermos crónicos desde la perspectiva de Habermas. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(3):704-11.
27. Kuerten P, Do Prado M, De Almeida P, Jatobá A, Anders J. El cuidado y la tecnología en las unidades de cuidados intensivos. *Index Enferm*. 2013;22(3):156-60.
28. Da Silva R, Ferreira M. Tecnología en la atención de enfermería: un análisis desde el marco conceptual de Enfermería Fundamental. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(1):111-18.
29. Turkel M, Ray M. Relational complexity: From grounded theory to instrument development and theoretical testing. *Nurs Sci Q*. 2001;15(4):281-87.
30. Turkel M, Ray M. Relational complexity: A theory of the nurse-patient relationship within an economic context. *Nurs Sci Q*. 2000;13(4):306-13.
31. Pires D. Transformações necessárias para o avanço da Enfermagem como ciência do cuidar. *Rev Bras Enferm*. 2013;66:39-44.
32. Cardoso A. Referencial de cuidar em enfermagem psiquiátrica: um processo de reflexão de um grupo de enfermeiras. *Esc Anna Nery*. 2009;13(1):51-5.