

**Entrevista Decana de Facultad de Enfermería-Lic. Mercedes Pérez**  
**Programa de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería**

**(Viernes 23 de agosto de 2013)**

- ***Podría describir brevemente los distintos programas de profesionalización de auxiliares de enfermería con los que cuenta la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República (UDELAR), el contexto de cada uno...***

Hay como tres opciones de programas y de realizar la carrera. Los tres títulos tienen un título intermedio de auxiliar de enfermería. Y los tres títulos tienen características diferentes en su génesis, en su desarrollo y financiamiento. Uno es el plan 93 (de 1993) curricular, es el común de la licenciatura, que en el tercer año emite el título intermedio de auxiliar de enfermería. Esa es una carrera con una 4000hs aproximadamente. Y tiene las características de un programa universitario. Ese es el que está vigente hoy. Se está trabajando con un nuevo plan de estudio que está muy relacionado a la ordenanza de grado de la UDELAR, y que probablemente se pondrá en curso en el 2014. La UDELAR emitió una ordenanza para todas las carreras y tenemos que amoldarnos a eso, incluye flexibilidad curricular, transito horizontal entre diferentes carreras, materias opcionales y electivas, materias que van a cursar en otros servicios. Entonces cambia un poco la modalidad que se viene teniendo. La universidad puso plazo para llegar al año que viene con esto. El nuevo programa igual va a tener títulos intermedios. El de auxiliar seguro, el resto no se sabe aún, todavía son ideas. El plan anterior era de 1971.

En el año 90 hubo a nivel regional un movimiento para profesionalizar las auxiliares de enfermería. Y en varios países se comenzaron a llevar adelante. En Uruguay hubo en los 90 la primera edición del llamado "Programa de Profesionalización", que fue financiada por la fundación Kellogg. Esa fundación hizo toda una apuesta a la reconversión de RRHH. En Uruguay trabajó con esta propuesta y lo que tiene que ver con el APEX (Programa de aprendizaje y extensión de la UDELAR), por el tema de la APS.

En esta primera profesionalización el estudiante tenía que tener una experiencia de 5 años de auxiliar de enfermería documentada para ingresar, y tenían que tener secundaria completa. Fue una matrícula abierta, se inscribieron unos doscientos y pico de estudiantes, con una modalidad a distancia, fue la primera vez que se dictaron cursos a distancia pero de una forma muy precaria, no había mail ni nada, se le daba guías de estudio para que los estudiantes estudiaran. Esto fue en Montevideo, Salto, Rivera y Mercedes. En donde hubo más cantidad de inscriptos fue en Montevideo. Surgieron varios problemas: gente que estaba en ejercicio de auxiliar de enfermería pero en realidad no eran, eran educadores para la salud, otros higienistas ambientales, etc...hubo que hacer toda una cuestión ahí para no perder a la gente que quería estudiar, pero para también ajustarnos y poder acompañarlos en el proceso.

En el 93 se terminó ese curso que tuvo unas dos mil y pico de horas, tiene un poco más de la mitad que el plan curricular. Se les valoraba la experiencia que tenían. Había algunas pruebas

que eran con el material teórico y se partía de la base de que ellos ya tenían la experiencia, se tomaba como una prueba de aplicación de eso en la práctica.

Los resultados fueron buenos en el sentido de que si bien abandonó mucha gente, por las problemáticas que ya sabemos (multiempleo, muchas mujeres, etc.). Pero fue un éxito porque se graduó mucha gente, fue una oportunidad para mucha gente. Se hacía en un horario de 16 a 20, y ya tenían más opción de acomodar horarios y eso.

Esto llevó a todo un reacomodo de la facultad porque había muchas dificultades en cuanto a organización, era un grupo muy numeroso con características particulares: eran adultos, trabajadores, eran diferentes.

- ***¿Se insertaban en algún curso con los que estaban haciendo la carrera?***

Este grupo era totalmente aparte del resto. Egresaron una cantidad importante de personas, si bien se perdió mucha gente también. Después ese programa se discontinuó. Hubo mucha resistencia de parte de los egresados. Había mucha distancia entre los auxiliares y los licenciados. Dos cosas generaban mucha dificultad y desconfianza: eso de que eran auxiliares y ahora cambiaban de rol, de repente en el mismo servicio; y además el tema de la educación a distancia causaba mucha incógnita porque acá en Uruguay no había experiencia.

- ***¿También la cantidad de horas de auxiliar de enfermería es distinto no? ¿Cómo llegan al título intermedio con el plan 93 es distinto de las privadas?***

Porque en esa época eran escuelas aprobadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) no por el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), igual había diferencias en la formación. Hubo mucha gente muy mayor que se graduó y nunca ejerció. De todas formas creo que fue bueno haberlo hecho.

En el año 2000 me parece o 2001 se empezó una nueva edición del programa de profesionalización pero en base a la evaluación del anterior, o sea reformulado. Se presentó un proyecto en la comisión sectorial de enseñanza de la UDELAR que lo validó y financió. Este fue un convenio con el Hospital Militar (HM). Fue un pedido del HM con quien se realizó un convenio. Se hizo para sus propios auxiliares. Fue un número reducido de estudiantes (30 más o menos) no hubo casi pérdida de estudiantes. La institución le facilitaba esto, con horas por ej. Esta edición tuvo muy buen resultado con respecto a la permanencia de la gente. Fue el que tuvo menos deserción.

Luego de tres años, se hizo uno específico para el Hospital de Clínicas (HC), tuvo como 60 estudiantes, por el 2004 más o menos. De todas formas hubo bastante deserción con los paros de la rendición de cuentas, y bueno se fueron los calendarios.

A partir de la experiencia del HM se conformó un grupo de trabajo de estos cursos, o sea del programa. Creo que ha sido uno de los programas que más ha logrado irse reconfigurando en su propia marcha, analizando y mejorando.

- ***¿Estas versiones del HC y HM tuvo carga horaria no presencial?***

Sí, todos tenían algo, todos de diferente forma porque cuando empezamos a trabajar más con la parte informática ya fue diferente para todos, ya sea para estudiantes como para profesores. Después hubo otra versión más abierta que incluyó el MSP y algunas instituciones con convenio. Este fue cuatro años después.

- ***¿Instituciones de qué tipo?***

Las prestadoras de servicios que nosotros (por la Facultad de Enfermería) teníamos convenio, la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM), creo que en esa versión fueron solo públicos. Porque después está la última que fue abierta a todos los prestadores con convenio, también los privados. Ingresó gente del CASMU, de Salud Pública, la IMM, fue más variada la composición. Fue en el 2011 porque están terminando ahora. 70 fueron los matriculados y creo que los que abandonaron fueron pocos. Ahora terminaron los cursos, están con informes y con las tesis. Es la última versión.

- ***¿En esta última versión también se reformuló el programa?***

Sí se reformuló. Se analizó el tema de la deserción. Las causas siguen siendo el multiempleo, las responsabilidades familiares, etc...Cosas que desde la academia no se pueden solucionar.

- ***¿Cuándo hacen convenios con instituciones, ¿éstas le asignan a las personas cierta cantidad de horas para estudiar por ej?***

No. Porque ellos son instituciones con las que ya tenemos convenios porque hacemos distintas actividades, prácticas, cursos de educación permanente. Pero en realidad se las invita como participantes pero después son un estudiante más. Se le pide a las instituciones que se las apoye pero no mucho más. A veces cuando llega el momento por más buena voluntad que se tenga se precisa la gente y punto.

Esto que te hablé hasta ahora es lo que se denomina como profesionalización de auxiliares de enfermería. Y tiene una buena evaluación de los servicios, de los estudiantes que tienen mucha satisfacción, está estudiado y ha sido bueno, el rendimiento y la escolaridad. Se hace un seguimiento con el estudiante cuerpo a cuerpo, tratan de reinsertarlo, todo el grupo de trabajo del programa realiza un seguimiento. De cada versión se ha recogido los estudiantes, o sea no pueden cambiarse de plan porque si no tienen que hacer mucho más materias, entonces en las nuevas versiones a veces vuelve algún estudiante.

- ***¿En cada etapa qué actores participaron?***

Facultad de enfermería, UDELAR...

- ***¿Hay alguno más que hayan apoyado o discutido programas, etc.?***

Hacia adentro de la UDELAR la comisión sectorial de enseñanza ha sido y ha hecho un seguimiento del proyecto y han trabajado con nosotros. Hacia afuera en el MSP se ha planteado como de interés, desde las instituciones ha sido bienvenido pero no intervinieron en el proyecto. Quizá puntualmente en alguna actividad pero nada más. Otra cosa que no te mencioné es que en una época en algunas de las versiones...por ej. El HM exigía que los estudiantes hicieran la experiencia práctica fuera del horario, en la edición del HC se intentó que fuera en su horario pero fue muy complejo, porque estaban cumpliendo un rol como trabajador y se sumaba el rol de estudiante y cambiando de rol...era mucho. Se intentó pero no se pudo, solo en caso puntuales más personales. En general se tuvo que separar las dos cosas, en otra área, en otro servicio u horario.

- ***¿Y hacia adentro de la facultad de enfermería por ej. El orden estudiantil?***

En la primera versión hubo mucha resistencia del orden estudiantil. El orden de egresados también, desconfianza de la metodología. De parte de los estudiantes había resistencia, porque dentro de la carrera curricular teníamos algunos que eran auxiliares y estaban haciendo toda la carrera común. Cuando apareció el programa algunos se pasaron pero otros no, y eso generó tensiones. Por las diferencias de horas por ejemplo.

Inclusive, este proyecto fue financiado por la fundación, en un momento en que la facultad tenía falta de docentes e inclusive algunos cursos parados. Y en cambio en este se empezó como un reloj, generándose problemas.

- ***¿Ahora se tiene otra financiación que no sea la UDELAR?***

No. Después de la fundación Kellogg solo la UDELAR.

Bueno ahora con la ordenanza de grado se creó la comisión de la carrera escalonada que antes era un grupo de trabajo, porque cada programa tiene que tener su comisión, por ejemplo plan 93 tiene su comisión, la carrera escalonada tiene su comisión. Eso se crea ahora por la ordenanza. Es bien nuevo. Esa comisión está conformada por el mismo grupo que estaba antes, que monitoreaba y analizaba el programa, con reuniones semanales que evaluaban y organizaban todos los cursos, esto lo han hecho siempre y son casi las mismas personas por lo que le ha dado continuidad a esto. Esto de la comisión es nuevo, se abren espacios son estudiantes, pero en las comisiones se da como más espacios a los estudiantes, a los estudiantes de la propia carrera del programa digamos.

O sea hay una comisión de plan 93, otra de profesionalización y otra de carrera escalonada. Cada una tiene los docentes y estudiantes de esa propia carrera.

- ***Si me puede aclarar mejor: ¿existe el plan 93, la profesionalización; y la ¿carrera escalonada?***

De la carrera escalonada aún no te hablé. Es otra. La carrera escalonada surgió en el 2001-2002 en el departamento de Rivera.

- ***¿La carrera escalonada es lo mismo que el Modulo de Enlace Complementario (MEC)?***

No, es otra cosa. Porque la escalonada tiene tres etapas. Una primera etapa que es la de formación de auxiliares de enfermería, donde obtienen el título de auxiliar de enfermería. Cuando tienen ese título (ya ingresan teniendo como requisito la secundaria completa), cuando terminan ese curso sin experiencia y sin nada, a diferencia de la profesionalización, hacen una cosa que se llama MEC, módulo de enlace complementario, que es un semestre en donde lo que se hace es una puesta en línea y profundización en algunos aspectos de lo que se dio como auxiliar para que se puedan enganchar en el plan 93.

- ***¿Acá tienen un semestre?***

Si, que tienen distintas materias, epistemología, metodología....para engancharse con el plan 93.

- ***¿Entonces sería: ustedes lo forman como auxiliar, con secundaria completa, más el semestre, y después el plan 93?***

Si, ingresan en el cuarto año del plan 93. Ven paciente crítico, comunitaria, internado y la tesis...O sea cuarto año más la tesis que es como un año más. El internado es 6 meses. Son las prácticas, es ejercicio pre profesional, supervisado con un docente.

- ***¿Esto también tuvo varias versiones?***

Surgió en Rivera como un proyecto financiado por la comisión de extensión. Era un llamado para desarrollo de carreras en el interior.

- ***¿Y esto en el 2001?***

Si, esa carrera escalonada se empezó a implementar allá y tuvo muchos problemas.

- ***¿Tiene horas de formación virtual también?***

Sí. Este programa tuvo otros problemas. No es el programa en si el que tuvo problemas, sino de gestión y organización del mismo lo que presentó muchos problemas. Por ej. Cuando llegan al plan 93 en cuarto año de la carrera encontramos que no tenían secundaria completa. Se permitió a estudiantes que ingresaran sin todos los requisitos. Fue un entrevero. Se le dio mala información a los estudiantes, y ta, la cuestión es que se abrió una discusión muy fuerte dentro de la facultad.

- ***¿Cómo fue con respecto a la matricula?***

En la versión de Rivera fue chica la matricula, después en el 2009 vuelve a hacerse y se hace en Salto, en Rivera y en Montevideo. Y ahí fue cuando se complicó porque volvió a pasar lo mismo. Se volvió a encontrar gente sin secundaria completa. No pasó esto en Salto, en Montevideo lo estaban manejando en la Escuela Scosería que ahora está adentro de la

UDELAR. Pero pasó a la UDELAR en el 2007. Estábamos tratando de acomodarnos y en eso pasa esto nuevamente.

- ***¿En el 2007 arrancan a hacer auxiliar?***

Bueno, ahí está un poco la historia. Unos ingresan para hacer todo o sea Auxiliar y después se enganchan en la licenciatura, pero otros ya eran auxiliares y se enganchan en la carrera...Ya eran auxiliares egresados de otro lado y en el año 2008 se abren inscripciones para las dos, ingresan para hacer todo o solo para el MEC. Ahí empieza a haber problemas. Cuando empiezan a querer integrarse a bedelía, y allí no te admiten que no tengas secundaria.

- ***¿En cuánto tiempo se forma los auxiliares en esta forma? ¿es igual que en el plan 93?***

Es un poco menor, poco 200 horas menos más o menos que el plan 93. Después hacen el semestre y se enganchan en cuarto año.

- ***¿O sea que en algunos momentos en Salto, Rivera o Montevideo se tienen varios programas a la vez?***

Si todos a la vez. Montevideo es el que tiene todos los programas. Salto tiene carrera escalonada y 93. Pero Salto ya terminó con carrera escalonada y no reabrió.

- ***¿La generación de carrera escalonada del 2009 ya egresó?***

La generación 2007 ya egresó. La 2009 están terminando tesis y ya egresaron muchos.

- ***¿Por qué en el 2009 vemos en los datos que hay tantos matriculados?***

Porque se abre ahí esta versión abierta. Ingresó mucha gente que se insertó en el módulo de enlace complementario y hace el último año. En el MEC muchas veces se han demorado egresar por el tema administrativo. El MEC es mucho más corto. Si quieres aprender de verdad hay que ingresar en la profesionalización.

- ***¿Si pensamos en el 2013 están paralizados los programas o son versiones que están en curso?***

Ni cerca de estar paralizados. Profesionalización ya está en el consejo la fecha de inscripción para la próxima versión. Lo que tiene profesionalización es que hasta que no terminan de egresar no abren otra versión porque es un proyecto que marcha de esa forma. Carrera escalonada tiene en este momento gente del 2007, del 2009 y del 2011. Tenemos las tres generaciones funcionando en distintas etapas. Y el plan 93 está vigente.

- ***¿Los tres planes se cruzan en materias?***

Si, podrían cruzarse.

- ***Por ej. En cuarto podrías tener de profesionalización, el MEC y 93 por ej?***

La profesionalización no se cruza tanto. Como empieza y termina, solo que pierda sino siguen en su propio grupo. Pero 93 y MEC como tienen una parte común a partir de paciente crítico, a partir de ahí son los mismos cursos, son los mismos programas. A veces los separamos solo por cuestiones de tiempo. Pero podrían hacer juntos. Es difícil, porque aparte este programa (MEC) viene como muy desfasado, no es como el 93 que desde hace años es igual, es más rígido. En cambio este otro con los problemas administrativos se ha ido como desfasando. En el 2011 se abrió en Rocha para entrecruzar un poco más. Esa gente está cursando algunos desde cero y otros ya están haciendo la parte del plan 93. Ahora se ha decidido dejar solo todo el plan curricular en ROCHA.

- ***¿Los principales desafíos a futuro en general para lo que es profesionalización de las auxiliares?***

En realidad lo que queremos es hacer un solo programa, en donde el estudiante pueda ir transitando como progresivamente, porque además sumamos algo que estaba muy separado y ahora lo estamos sumando que es el programa de auxiliares de enfermería sin bachillerato. Como es en las privadas. Ese programa lo teníamos como muy aislado de la facultad. Estamos intentando para hacer un convenio con secundaria y puedan hacer a la vez las dos cosas. Secundaria y la carrera. Con secundaria y con la UTU estamos conversando, como complementar. Pero esto es a largo plazo, todavía no hay nada. Se tendría una primera etapa que es la formación de auxiliar, y para los casos que no tienen secundaria coordinar para que hagan conjuntamente. Para que después de allí no haya auxiliares sin secundaria. Nosotros creemos que las auxiliares deben tener secundaria, creemos que cada vez se ha complejizado más la atención a la salud, cada vez se requieren más conocimientos, las prestaciones que hay que dar y es necesario que la persona tenga la secundaria completa. Pero no podemos dar ese giro de un momento para el otro, incluso el mercado de trabajo.

El objetivo es que sea una carrera única con distintas etapas, ese es nuestro objetivo. Queremos unificar todos los planes de estudio en uno solo.

- ***¿Cómo se podría mejorar la implementación de los programas?***

Bueno, los temas administrativos si bien se han ido arreglando, falta aún. Por ej. La escuela de Scosería estaba afuera de la facultad ahora está incorporada. Eso va a ser un paso importante para solucionar problemas, como el tema de los estudiantes sin secundaria. Después en los campos de práctica no tenemos dificultades, ha habido más aceptación social a medida que pasa el tiempo no así con la carrera escalonada, que es muy complicado. No se ha evaluado muy positivamente. Nuestra idea es que ese programa irlo sustituyendo por otros. Ya nació mal entonces es difícil. La idea es seguir ahora con el plan 93, la profesionalización y ver cómo viene el tema de elaborar un plan único.

- ***Con respecto a los objetivos de cada programa, resumiendo ¿se han logrado?***

Si, el objetivo está relacionado con el déficit de licenciados, ya sea con el tema de médicos y con auxiliares. Para lo recomendado...la idea es trabajar con esto. Esto es general, nosotros estamos en una situación mala, aunque nosotros tenemos solo dos categorías, esto es bien visto. En otros lugares tienen 3 y hasta cuatro categorías. Nosotros queremos mantener los dos por el momento y después a largo plazo pensar en llegar a tener solo enfermería profesional como en los países desarrollados.

- ***¿Piensa que estos programas han fortalecido al personal de salud, a la atención...?***

Uno visualiza que ha cambiado la actitud y la postura del licenciado en los servicios. Yo creo que es gracias a la formación que tienen. Teníamos un licenciado que estaba preparado en primer nivel que recién con el SNIS se pudo poner en práctica, nuestro plan de estudio del 93 es bastante avanzado con componente de APS. Tienen una fortaleza que en el sistema no estaba siendo bien aprovechada. Eso generaba una disociación entre la academia y los servicios. Creo que esto viene cambiando.

- ***Esto con el programa 93, ¿y con los programas de profesionalización?***

Existe un aumento de licenciadas y si te fijas en los números ha disminuido el número de egresos al plan curricular y aumentado los ingresos a estos de profesionalización. En definitiva han mejorado la cantidad de licenciadas, o sea que este aumento se da por la profesionalización ya sea de una modalidad u otra. Con la ley de reglamentación del ejercicio también todo va a quedar más claro.

- ***¿Cuáles son las principales dificultades para la implementación de los programas?***

Uno de los principales problemas es que estamos teniendo más cargos por el SNIS y no tenemos cómo llenarlos. Creo que esto es un tema importante. La falta de gente es importante, creo que el régimen de trabajo habría que pensarse, esto hace que la gente no elija enfermería. Está estudiado que no es una carrera de primera elección, sino que se tiene pensando estudiar otra cosa. Es una segunda opción. Pero también no la elijen por el sistema de trabajo, muchas veces limita tu vida familiar y social, el horario rotativo, los libres rotativos, es difícil organizarte. Hay un gran volumen de mujeres, que muchas veces son jefes de familia, con dificultades, trabajando en dos lados, etc...Tienen muchos problemas la gente que trabaja en la enfermería, creo que hay cosas que tienen que ver con el sistema de trabajo. Se precisarían cargos más longitudinales, con libres más estables, por ej.

**Entrevista a Prof. Mag. Fany Rocha- Programa de profesionalización de auxiliares de enfermería. Facultad de Enfermería de la Universidad de la República**

**(Viernes 23 de agosto de 2013)**

- ***¿Podría contarnos un poco la propuesta de los programas de profesionalización de la Facultad de Enfermería en sus distintas ediciones?***

En primera instancia aclarar que la facultad de enfermería tiene dos planes de estudio que son profesionalizantes, que toman cosas similares, de los cuales dirijo uno de ellos. Al ser dos planes de los cuales la facultad no ha tomado una definición en torno a cuál plan se mantiene y cual no, esto se está evaluando en el consejo de la Universidad de la República (UDELAR). Hay uno por lo tanto de los cuales yo no voy a hablar, porque yo no lo dirijo, es una discusión que está haciendo la Universidad de la República, para ver cuál mantiene.

Yo estoy desde la primera edición en los '90 del cual fui coordinadora de uno de los ciclos que tenía varias asignaturas. Esta fue abierta en todo el país, con el apoyo de la fundación Kellogg, contó con unos 500 ingresos y unos 190 egresados.

Este programa fue discontinuado por dos cuestiones: una por la evaluación que se hizo de la modalidad de educación a distancia, que si bien fue una buena experiencia no existió el vínculo; y por otra parte no se contó más con el apoyo externo.

La característica que ha tenido la profesionalización es que siempre está desarrollado con fondos extrapresupuestales. En los '90 fue la fundación kellogg, en el 99 se realizó un convenio con las (Fuerzas Armadas) FFAA-UDELAR para realizar la profesionalización con fondos del Ministerio de Defensa y los auxiliares de su Hospital Militar; los profesores y la responsabilidad académica y de los títulos era de la facultad de enfermería. La facultad de enfermería te emitía el título. Los requisitos de ingreso, los regímenes de trabajo, la contratación de los docentes, era la facultad de la UDELAR. Los inscriptos fueron exclusivos de las FFAA, fue cerrado. Eran 20 estudiantes y egresaron 19. Hubo un cambio en el plan de estudios (con relación a la primera edición del programa en 1990).

- ***¿Acá no hubo módulos no presenciales?***

Fue todo realizado con un alto nivel de presencialidad. A veces tenían horas de estudio marcadas. Un nuevo plan de estudio, un grupo pequeño, y con alto nivel de presencialidad, era el ideal de la enseñanza universitaria. Un éxito también de los estudiantes y del seguimiento que se les realizó. Existía una coordinación con un profesional de enfermería que era de las FFAA, teníamos el seguimiento de los estudiantes.

Luego esto se fue reiterando, concursamos a la interna de la universidad en un proyecto de nuevas ofertas de grados, conseguimos fondos extra-presupuestales pero de la propia universidad para la próxima edición.

Nosotros hacemos una edición, cuando terminan de cursar y egresan recién se abre una nueva edición de profesionalización, por cuestiones de recursos básicamente.

Después hubo otra edición con el Hospital de Clínicas (HC), que es parte de la UDELAR, para que se formara a sus propios auxiliares de enfermería, que era una de las metas que tenía la división de enfermería del propio hospital. Se abrieron más cupos, porque había más fondos que era más de la propia universidad, y se cumplió la edición con más número de estudiantes, un poco menos de egresos, pero con muy buena evaluación ya que era la propia universidad formando a sus propios auxiliares de enfermería. Que teóricamente o sea lo que esperábamos es que formaran parte del cuerpo del HC, fortaleciendo la formación de la universidad. Cumplimos con las metas de ambas instituciones, de formar recursos para la atención de la población en la universidad y para la propia universidad.

En la tercera edición los fondos que nos dio la UDELAR se consolidaron y pasaron al programa. Van directos al servicio. Pero sin los aumentos. Pensamos en ese momento que era importante formar en principio a personal del sector público ya que la universidad es pública e invierte para formar para el sector público. Nos reunimos con la Ministra Dra. Muñoz y se definió que los recursos (humanos) fueran del propio ministerio, nos definieron de qué servicios tenían que venir porque no podíamos formar a todos, esperábamos una contrapartida del MSP para poder formar, porque teníamos una alta demanda, y había que responder también en el interior. En ese momento participé como directora del programa, la ministra quería fortalecer el primer nivel, eligió un hospital generalista, el hospital Maciel, y después eligió el Piñeyro del Campo, era coincidente con las necesidades propias de RR.HH. a la interna del MSP, ya que ASSE aún no estaba descentralizado. Por lo tanto trabajamos con una población del MSP-ASSE.

- ***En qué año fue esta profesionalización?***

En el 2005 iniciamos en el MSP. En el 2003 es el del HC y en el 2009 es la generación que está terminando ahora. Y ahí dijimos bueno: vamos a mantener la UdelAR, nosotros en la universidad no podemos hablar de cupos, porque no existen, son programas abiertos pero no tenemos fondos. Entonces lo que hacemos es que las instituciones recomienden a quién promueven, a aquellos auxiliares con buena evaluación para que entren. Tiene que venir una buena evaluación, eso hace que deje de ser abierto. Se selecciona por la buena evaluación que tengan del servicio de donde vienen. Si bien no existe cupos el requisito de evaluación del servicio es imprescindible, y también el servicio se tiene que comprometer a colaborar, algunos en horas, en becas, en cambios de turnos, etc...en el acompañar al estudiante, ya que esto lleva a una mejora también para ellos.

- ***¿Realizan prácticas estos estudiantes?***

Nosotros trabajamos siempre tratando de que conozcan distintos temas. O sea no formamos para tal o cual institución, ni siquiera en la edición de las FFAA. Ningún estudiante puede hacer solo la práctica en su servicio, sino que tiene que pasar por otro tipo de servicios. Son formados para el país, no formamos "para", si bien tomamos este criterio por los fondos que tenemos.

Entonces en la última edición trabajamos nuevamente con el MSP-ASSE y con los privados elegimos algunos porque no podíamos trabajar con todos. Elegimos a aquellas instituciones que tienen convenios con la facultad de enfermería, son convenios donde nuestros estudiantes realizan las practicas, ahí nosotros teníamos un retorno, le devolvíamos a estos servicios que nos reciben, y que ponen mucho para atender a nuestros estudiantes (FEMI, por ej., Casa de Galicia, CASMU), que muchas veces ponen ellos recursos. Tomamos Maldonado, Canelones y Colonia.

***-¿Esta última se realizó solo en Montevideo?***

En el 2009 como tomamos FEMI se dio en institutos de Colonia, San José y Maldonado.

***-¿Pero el curso se da en Montevideo?***

El curso se da en Montevideo. A partir del análisis hecho de la primera edición a distancia que fue evaluada como malo, y también teníamos evaluado la presencialidad absoluta; así como por la formación que tenemos (yo hice pasantías internacionales en educación a distancia); tomamos la opción de la modalidad semi-presencial controlada. Donde definimos qué podía ser a distancia y qué obligatoriamente tenía que ser presencial. Porque todas nuestras carreras tienen un 40% de teoría y un 60% de práctica. Las prácticas tenían que ser presenciales, y también definimos que fueran con los servicios que ya teníamos convenio, con los cuales ya teníamos experiencia de estudiantes allí. En esos lugares que teníamos docentes referentes aceptamos que los docentes cumplieran funciones docentes del programa. Pero no quería decir que nosotros no tuviéramos en control de la enseñanza. Y algunas prácticas más al final de la carrera necesitan más de los docentes, algunos de ellos viajaban pero eso se complica. Por ej. No es lo mismo en el caso la atención del niño y el adolescente no es lo mismo hacerlo en un hospital de referencia como el Pereyra Rossell que en un lugar privado que atiende un x número de población. Valorábamos el contexto y qué materia, eso fue un seguimiento muy importante. Teníamos que saber cómo era el desarrollo de los estudiantes, hubo buena respuesta de los servicios.

Pero la consigna es que estamos formando para el sistema, para el país no para una institución. Lo que tuvimos a favor en esta edición es la instalación muy fuerte dentro de la universidad de las tecnologías de la información, todos los docentes y estudiantes fueron formados para trabajar en la plataforma de la UDELAR. Entonces la educación a distancia no era en solitario como en la primera vez, que nosotros definíamos los materiales didácticos y lo leían. Esto tiene una alta demanda docente, tenemos una unidad de enseñanza virtual. Teníamos que cumplir con las normas y con los protocolos para decir que hizo un curso.

Las fortalezas que nosotros tenemos es que tenemos una pirámide invertida que tenemos que cambiar, y que tenemos una auxiliar de enfermería que provienen de distintos centros pero mayoritariamente en esta última edición provenían del sub sector público, con una formación de auxiliar que nosotros conocemos. Sabemos lo que exige la ordenanza 930 para la formación de las auxiliares y conocemos las instituciones tanto públicas como privadas de formación. Eso fue muy favorable porque conocemos la población. Partimos de saberes previos. Esos saberes previos lo que nosotros hacemos es un diagnostico al ingreso, porque lo que tiene a favor es

que la persona tiene el conocimiento de auxiliar, pero a la vez tiene que dejar algunos de ellos, que por la práctica se han ido desvirtuando, lo que le llamamos la desconstrucción y construcción de un nuevo conocimiento desde el punto de vista pedagógico para que el estudiante logre estar al nivel profesional para llegar a la identidad profesional. Porque a nosotros no nos sirve un auxiliar de enfermería mejorado, eso es un estándar. Nosotros queremos un “estudiante universitario” por lo que le damos al inicio la introducción a la universidad, y le reconocemos lo que sabe y por eso es el menor tiempo, se le reconoce en su desarrollo. Si viene de trabajar más que nada en el primer nivel vamos a estar atentos a que su práctica sea más que nada en el segundo nivel y viceversa.

- ***¿En esta edición del 2009 se sigue pidiendo la experiencia, o sea la recomendación de la institución?***

Si siempre son tres años de graduados como auxiliares de enfermería documentados y la evaluación del servicio. Se hace una prueba diagnóstica para saber de dónde partimos. Se valora mucho la actuación, lo actitudinal, que no haya tenido sumarios u otros problemas. Nosotros en la facultad nos basamos en la coordinación docencia- asistencia. Se coordina con el servicio, y que vean cual es el desarrollo de sus auxiliares en la carrera, y viceversa ver los problemas que puede tener en el servicio; para tratar de apoyarlos en todo lo posible. Al final de la carrera inclusive está el servicio en la etapa de evaluación. Esto rige desde el principio y lo dejamos en estas nuevas ediciones.

- ***Así como están los logros, si tuvieras que decir las debilidades del programa... ¿cuáles serían?***

Las debilidades del programa son por un lado que el programa está muy bien evaluado, a través de las investigaciones y estudios de evaluación a estudiantes y docentes, tiene un seguimiento muy directo porque trabajamos con poblaciones acotadas. Para cubrir todo el país con este programa es necesario revisar el programa. Porque se puede hacer pero hay que revisarlo. La debilidad que tenemos es de fondos, no del equipo. Con los fondos que tenemos podemos hacer esto no más y con estos niveles de calidad. Otra debilidad es el logro de la identidad que si bien no es del programa en sí mismo son de las propuestas de profesionalización en general, que depende de la institución formadora pero también depende de la población que es diferente. Es la adquisición del rol. Depende de las instituciones donde se desarrolla el profesional, es de contexto. El contexto importa mucho. Lo trabajamos mucho pero no podemos asegurarlo...capaz que con el estudiante regular tampoco pero es diferente.

En el resto nosotros estamos ahora junto con toda la universidad en una etapa de reforma curricular. Nosotros trabajamos un mismo perfil curricular... (Son los mismos conceptos de hombre por ej. Partimos de la misma base. Como el plan de estudio está en análisis en el claustro y la ordenanza de la UDELAR prevee que hayan pasarelas en donde un estudiante pueda ingresar en distintos momentos, eso lo tenemos que estudiar una vez que el plan de estudios regular se apruebe para incorporarlo nosotros en el programa de profesionalización. Estamos en un proceso de cambio para que se adapte al cambio general de la facultad.

***-¿La currícula específica en materias, programas, etc.. se han realizados cambios desde los 90 hasta ahora?***

En el 99 cambiamos de plan de estudio. En el 90 fue uno y en el 99 fue otro. Del 99 a ahora sigue siendo el mismo. Desde el punto de vista teórico precisamos de una cantidad de cohortes para poder evaluar y modificarlo. Ya estaríamos en condiciones de hacerlo. Pero no podemos hacer modificaciones porque no nos permite los estatutos universitarios. Sí lo que hemos hecho es incorporar todo lo que es flexibilización es decir de qué manera un estudiante por ej. que pierde una asignatura independiente que no tiene práctica, si esa asignatura se está haciendo en otro plan lo pueda tomar. Se han producido medidas de flexibilización curricular, modificaciones de los programas analíticos, las modalidades de dictado de las clases, pero no podemos cambiar asignaturas porque no nos permiten. Eso ha sido bueno para los estudiantes, este es una carrera de alta exigencia, porque los estudiantes del curso regular pierde un año y se engancha con la siguiente generación, pero el de la profesionalización tiene que esperar la próxima edición para incorporarse. Tiene que esperar la próxima edición de la profesionalización.

***- ¿Si quiere sumarse al plan general?***

Hay un plan de convalidaciones votado por el consejo, que le dice qué asignaturas se le pueden convalidar y cuál no. Pero también puede...una vez que se cambia de plan no puede volver al otro. Lo que puede hacer es cursar materias que no son previaturas. En general se mantienen.

***- ¿Hay materias en las que se crucen generaciones del plan curricular y el de profesionalización?***

Si, cuando evaluamos la primera cohorte del plan 99, el consejo definió que hubiera actividades en conjunto. Es decir: si se está dictando una materia y es coincidente que se comparta, por ej. También si hay conferencistas...Están juntos en la práctica también.

***- ¿La carrera curricular a la vez tiene un título intermedio de auxiliar de enfermería? ¿Ahí existe un punto de partida igual en cargas horarias con los que vienen del privado?***

Ese es otro tema que si tenemos. La escuela de enfermería...sé que con las públicas y algunas de las privadas tenemos cargas horarias similares, con las privadas no te podría informar. Sé que existe un problema con nuestras auxiliares porque existen cargar horarias diferentes.

***- ¿Desafíos a futuros que se hayan planteado?***

Visualizar y poder aportar a la formación un mayor número de profesionales pero con los estándares de calidad que marca la UDELAR. Estamos trabajando en la comisión de profesionalización del consejo, participan los estudiantes, y lo tenemos previsto no solo desde el punto de vista económico sino también tenemos que ver cómo hacerlo. Y esto está muy atado al nuevo plan de estudio con respecto a las pasarelas que pide la Udelar inclusive prevee

tránsito entre otras carreras. Por lo tanto nosotros estamos visualizando esto y ver la profesionalización con esta nueva ordenanza. Es muy importante lo económico porque son programas caros, con grupos docentes específicos. El consejo pide que sean docentes con formación pedagógica que permita trabajar con adultos y con experiencia en la carrera. Eso tendríamos que revisar porque no podemos decir vamos a abrir muchos cupos porque son programas caros. Para cada edición tenemos un informe de evaluación, investigaciones cualitativo y cuantitativamente. Esto en cada edición. Me apasiona trabajar en esto con gente que eligió dos veces la carrera, eso es una fortaleza. Es altamente satisfactorio para el docente, el esfuerzo de los estudiantes...

Trabajamos mucho con el proceso de tutorías y esto sirve para los estudiantes que tienen problemas, son como profesores de consulta.

- ***Con respecto a los objetivos del programa ¿se han logrado?...***

El objetivo general es profesionalizar, contar con más licenciados...y poder responder a la necesidad primero de la profesión, lo ideal es encontrar un programa que nos diera vuelta la pirámide, trabajar con los estándares de calidad, no puede haber profesionales de primera y de segunda, y después trabajar con los servicios que muchas veces tiene al licenciado trabajando como auxiliar para no pagarle más.

- ***¿En qué medida el programa ha mejorado en la calidad de los servicios?***

Nosotros no tenemos el estudio de impacto que lo tenemos que hacer ahora pero lo que si observamos durante el proceso formativo es que ya hay una mejora de la prestación porque el estudiante ya empieza a comportarse como profesional. Por otro lado con respecto a la prestación y las políticas de salud visualizan las políticas de prevención. Estaban metidos en un CTI y no sabían de la importancia del primer nivel, algunos se incorporan a este nivel. No tenemos documentación pero sí lo que tenemos es la entrevista con los colegas. No podemos medirlo. Formamos recursos en general, para todos los servicios, no formamos solo para la gestión ni solo para un cti, etc. Formamos para todos los servicios. De cada edición hemos tenido alumnos que se vuelven docentes, toman modelos, el docente es un modelo.

- ***¿La descentralización de la facultad de enfermería cómo es?***

La facultad tiene tres polos. Una es la Regional Norte, después está la de Rivera, y el centro universitario de Regional Este. Esos son los polos. Profesionalización se desarrolló en Regional Norte en Salto, con muy buena evaluación, la población iba de Paysandú, estaba georeferenciada, con buen seguimiento. En Rivera no se desarrolla, solo está la carrera escalonada, y en Rocha también está la carrera escalonada tampoco está el de profesionalización. Y en Salto solo se hizo una vez, fue en los 90.

- ***¿Y a futuro...cómo piensan seguir?***

No sabemos, depende cómo se desarrolle los cambios. Nosotros somos pocas de las facultades que tenemos presencia en otros departamentos. Nosotros tenemos el compromiso de llevar

licenciaturas, y llevar licenciaturas implica tener profesores muy bien formados, en eso la universidad apuesta a tener investigadores en el lugar, por más que uno de apoyo a nivel central se precisen docentes en el lugar. En ese sentido nosotros tenemos la licenciatura completa en la regional norte, docentes bien formados. El centro universitario de rivera tiene más tiempo, realiza la carrera escalonada y hay que evaluar, y tuvimos el plan 93 también. Pero nunca hemos dejado de estar. Y regional este son los primeros años que está, entonces estamos en una etapa de direccionamiento, evaluación, formación docente. Eso: son políticas que trascienden al programa de profesionalización, están a nivel de consejo de facultad.

La propuesta que tenemos en el consejo es el mismo plan, porque si bien tenemos que adelantarnos, no podemos paralizar todo hasta que algo suceda. Hay demandas, tenemos los fondos.

- ***¿Cuáles han sido los actores involucrados en los programas de profesionalización?***

Facultad de enfermería hace el proyecto y lo lleva adelante. La primera vez edición con la fundación Kellogg en América latina, luego lo toma las FFAA, después la facultad y después la propia universidad.

- ***¿Y dentro de la facultad cuando se pautan los cambios, quienes intervienen?***

¿Qué cambios?

- ***¿Los de programas?***

Cuando evaluamos el plan 99 el consejo definió que se creara un equipo de evaluación. En ese momento empecé a trabajar como directora con las cátedras. Después se formó un equipo de cada una de las cátedras. Como la ordenanza del año 2011 de la UDELAR pide que para cada carrera o programa exista una comisión, este equipo se transformó en comisión, están integradas, pero no es cogobernadas. Tiene que haber estudiantes de este programa, pero no son cogobernadas. De alguna manera respondemos a la comisión de grado superior y al consejo.

Pensando nuevamente en los problemas del programa, parte del programa que no hemos podido resolver es la situación de multiempleo de los estudiantes. Eso es un problema fuerte que tenemos. Son adultos, cumplen muchos roles sociales, se trabaja en dos lugares por lo que deberían existir políticas de país, para que los estudiantes puedan ser ayudados con becas para tener un rendimiento acorde, se desvinculan por los horarios, por las familias. Creo que esto es importante para un organismo como OPS, de hacer políticas se debería hacer políticas país, sino se tendría que ver cómo hacer para que estas personas puedan tener un beneficio porque es bueno para el país. Es un impedimento. Esto es uno de los temas importantes para llevar adelante una política de aumento de la enfermería profesional. Sino es imposible mantener 500, que permanezcan cursando. Es una carrera feminizada, tienen roles en el hogar y eso hace que se desvinculen de la carrera.

## **Entrevista Dr. Álvaro Giordano creador del proyecto de reorganización del trabajo de medicina intensiva en el Hospital Español.**

**(Lunes 19 de agosto de 2013).**

- ***Marco político, técnico y financiero en el que se propone el programa (breve resumen descriptivo y explicativo del programa). Nos puede describir la situación de inicio del proyecto, el contexto.***

En el 2008 abre el CTI en el Hospital Español, en el 2007 se reabre el hospital. Este hospital era un sanatorio que había quebrado como consecuencia de la crisis mutual y la pérdida de clientes, por lo que cuando llegamos no había nada, estaba todo por hacer.

Dicho sanatorio fue comprado por Administración de Servicios del Estado (ASSE), que como tenía déficit de camas críticas-camas de CTI compraba este servicio permanentemente. Las cuentas cerraban por ese lado, aumentar las camas críticas y disminuir la compra de camas.

Lo nombran a él para llevar adelante el proyecto en el Hospital, junto a Javier Hurtado. En esta etapa ASSE estaba en el ministerio de salud aún.

- ***¿Cuál fue el proceso seguido para desarrollar el programa?***

A fines del 2006 se presenta el proyecto a la ministra, y ahí nos aprueban el proyecto para el Español, que en ese momento no funcionaba como hospital. Quedaron los funcionarios del viejo sanatorio ocupando el edificio.

Para poder tener un CTI, que era el objetivo del proyecto, tenes que tener otras cosas, block quirúrgico por ejemplo, diálisis, o sea un hospital funcionando. Sin embargo el proyecto de CTI llegó antes y era bien recibido por la carencia de camas críticas en ASSE. Cuando nos nombran para armar el CTI nos vimos obligados a participar en toda la reapertura del hospital. Por lo que nuestro equipo también fue creador de estas cosas, participando de los concursos del nuevo personal, de la reforma edilicia, etc. Hubo un año de discusiones con los arquitectos, administradores, funcionarios, etc. O sea el proyecto se enmarca en un proyecto mucho más amplio de creación de un nuevo hospital.

El 20 de octubre del 2008, abre el CTI, ahí comienza una segunda etapa, el proyecto en ejecución. Un CTI nuevo, un hospital nuevo que solucionaba una carencia del sector público que era la falta de camas, dando respuestas al barrio inclusive.

- ***Con respecto al programa de MI, ¿los trabajadores eran de ASSE que pasaron para el Hospital Español, o se llamó a concurso? Más que nada pensando en los cambios en los regímenes de trabajo.***

Hubo un concurso en el cual los únicos que no estamos por concurso somos los que presentamos el proyecto. El director, Javier Hurtado y yo. Se hace un concurso especial para los cargos de Alta dedicación, aumentar la carga longitudinal, concentrar su trabajo en un lugar y hacerlo en un sistema longitudinal, estando todos los días y además una guardia por semana.

- ***¿El régimen de trabajo clásico es de guardia de 24hs?***

Típicamente sí, hay un coordinador, y guardias de 24 hs. lunes, martes, miércoles, etc...Con médicos diferentes. Nosotros le pusimos coordinadores de alta dedicaciones que venimos todas las mañanas y nos quedamos un día. Mantenemos una presencia siempre. La relación entre longitudinal y transversal en el régimen común es de 15% y 85 %. Hay que tener en cuenta que en ese 15% longitudinal se hacen otras cosas que no son asistenciales, tiene que reunirse con la dirección, dar pautas, arreglar las llegadas tarde, etc. Lo transversal no desaparece, las guardias siguen existiendo, pero pasamos a 50% de presencia longitudinal. Para llenar esos cargos que son 4 más además del mío, se hizo un concurso que tuvo ciertas características, porque queríamos médicos con distintas orientaciones, todos son intensivistas, pero algunos se dedican más a lo cardiológico, a la Infectología, al medio interno. Para que fuera complementario el concurso tuvo algunas características que también presentaron críticas. Se presentó pila de gente.

- ***¿Cuántos intensivistas hay en el hospital?***

En total 19 titulares. Un jefe, que es el director, 5 cargos de Staff de alta dedicación, 13 médicos de guardia.

- ***¿Cuántas camas hay hoy en el CTI?***

Tenemos 18 camas, está proyectada la ampliación a 23 a fines de este año.

- ***¿Los otros médicos que sistema de trabajo tendrían?***

Son médicos de guardia con cargos de 24 hs. Semanales. Son guardias de 20 hs. por semana, y hacen un domingo cada 6 domingos, lo que completa las 24hs. Y los cargos de alta dedicación son de 48 hs. semanales.

- ***¿Qué organizaciones o instituciones han participado en el proyecto?***

ASSE y el MSP en la compra del hospital y en la aprobación del proyecto. Después en el proyecto mismo la SUMI (Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva) y la Facultad de Medicina participaron e integraron los llamados a concurso, al inicio, un apoyo puntual. Incluso ASSE, que es la institución que lleva adelante el proyecto no ha tenido un seguimiento directo.

***¿Qué quiere decir? ¿cómo se organizan?, ¿le pasan fondos?***

Nosotros tenemos el mismo sueldo que tenían todos los intensivistas, el valor hora es igual al resto de los intensivistas de ASSE. Ahora en un acuerdo que surge con el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), se aumentó el valor hora de los cargos de AD. Todos estos años han sido un poco a pulmón con gente que se la jugó con el nuevo sistema de trabajo. No hay un pago por concentrar el trabajo. La concentración de trabajo tiene otro valor, la persona no llega tan cansada como cuando viene de otro lado. Uno de los condicionamientos del proyecto para no tener problemas con los colegas era no cambiar el valor hora. Uno de los temas fundamentales es cómo generar los cambios sin generar roces y problemas con los colegas. Si se generan ingresos diferentes surgen problemas. Nosotros tuvimos ese cuidado. Es decir que el proyecto no tiene dinero extra, lo que se paga son las horas trabajadas. Quizás hubiera sido necesario dejar fondos específicos para el seguimiento del programa.

- ***¿Con respecto al programa en sí y los resultados más sanitarios, tienen evaluaciones, han podido comparar con otros sistemas?***

Nuestra percepción es que aquí se trabaja y se trabaja bien. La mortalidad es muy buena y acorde a la gravedad con la que ingresan. O sea se trabaja bien, pero decir que se trabaja mejor es difícil, es difícil comparar incluso por falta de costumbre, de cultura en ese aspecto. Y nuestros pacientes tienen sus características particulares, los hospitales públicos son diferentes entre sí y a su vez con los privados. El indicador de la mortalidad predicha y el de mortalidad observada, al vincularlos se obtiene la razón estandarizada de mortalidad que en nuestra unidad obtiene buenos resultados, es un indicador duro porque traduce todo lo que hacemos y estamos muy satisfechos. Después hay indicadores de estadía, de infecciones etc. Son indicadores de proceso que ayudan a evaluar resultados. Tenemos encuesta de satisfacción de los usuarios también. Podemos decir que estamos trabajando dentro de los mejores estándares y en general en todo el país se trabaja bien. No pretendemos decir que los resultados asistenciales son “mejores” pero sí que son buenos y estamos satisfechos, aunque siempre se puede mejorar.

- ***Uno de los objetivos que tienen en el proyecto es disminuir costos; ¿esto se ha logrado?***

Ese es un objetivo que quizá fue muy ambicioso. Si la comparación se hace con comprar las camas afuera, con el mercado que está claro en las licitaciones de ASSE, si se disminuyen mucho los costos. Ahora comparando con otras estructuras es más difícil. No sabemos los costos de otras unidades. Después hay que relacionar con respecto a pacientes, a pacientes recuperados, etc. Este concepto de costo por paciente “recuperado” debemos introducirlo en el análisis. Los costos de ASSE bajaron sin duda, relacionado a comprar camas a otros prestadores de salud.

- ***¿También tienen planteado en los objetivos instancias de evaluación de los trabajadores?***

La evaluación interna es permanente. La evaluación sistematizada con el planteo proyectado la hicimos en el 2010. Y la vamos a repetir este año. La realidad nos ha superado y el año pasado no pudimos hacerlo de forma sistemática. El problema es que el año pasado se presupuestaron algunos médicos y se presupuestaron mal, hubo problemas administrativos que complicaron mucho las cosas, nos consumió mucha energía. Eso conspiró mucho. En este sentido ASSE no colabora. O sea falta apoyo institucional, más allá que las autoridades defienden mucho el proyecto, estas cosas complican.

A la vez los trabajadores que ya son presupuestados están siendo evaluados por el mecanismo de la Oficina de Servicio Civil que no difiere mucho de los ítems que están en el proyecto orque fueron tomados de esa forma de evaluación. Después está la evaluación de los estudiantes de posgrados y residencias. En esto el programa ha sido muy fuerte, en la parte educativa, se han formado residentes.

También hay resultados relacionados a la investigación científica, publicaciones científicas, presentaciones, etc. Otro aspecto que tenemos como resultado que pensamos debe ser mejor,

es la integración en diferentes comités del hospital. Integramos comités que funcionan para apoyar todo el hospital, del funcionamiento general en donde hacemos aportes.

- ***¿Cómo evalúan los objetivos planteados, han sido saldados, qué acciones quedaron para hacer, como ven el programa hacia atrás, pero también ha futuro, las expectativas digamos?***

Nosotros estamos conformes, creemos que lo principal es el tema de ASSE que nos deja un poco solos. Esto es lo más negativo, como el tema de la presupuestación en donde algunos cobramos la mitad del sueldo durante 5 meses, también a otros le pagaron de más. Esto te crea problemas internos. El trabajo administrativo para que salga y salga bien lo tenemos que hacer nosotros.

Después ha habido desafíos impuestos por la realidad, como la pandemia de H1N1 hizo que se aumentaran las camas. Después se volvió a las mismas 18 camas, ahora está planificado aumentar de nuevo las camas, a fin de año. Hubo desafíos que enfrentar como la pandemia y lo de los homicidios de los enfermeros que llevó a falta de confianza por parte de los usuarios. Tuvo un impacto importante. Ahí trabajamos y colaboramos en la reglamentación de la ley de voluntades anticipadas para dar un marco jurídico claro a los pacientes que mueren en CTI; el tema de los cuidados paliativos, el uso de la morfina, etc. Se pasó de una época en que el médico hacía lo que quería, a que se cuestionara todo.

Es difícil resumir las expectativas, creo que al consolidar lo asistencial y lo docente tenemos que pensar en mejorar la investigación y apuntar a mejorar la enfermería, a colaborar con ese aspecto.

- ***El proyecto tiene incluido cuatro subprogramas, ¿los han desarrollado?***

En el proyecto los subprogramas parecían muy claros pero la realidad nos pasó un poco por arriba. El programa por ej. De información consistía en crear una historia clínica (HC) electrónica y atarlo al nuevo sistema de trabajo. Eso se hizo. Se hizo una nueva HC. Y ahora estamos en proceso de ampliar esta HC a todos los CTI. Es creado acá pero no está en todo ASSE. Se incorporaron nuevas cosas como la imagenología digital. Eso fue un aporte que recibimos desde ASSE y desde el hospital.

Sin embargo el proyecto de Historia Clínica se ha estancado. Hay demoras ligadas a otros problemas, como cambios de directores, tuvimos cuatro directores. Esos cambios perjudican sumado a períodos de acefalía. Fueron cambios vinculados a cambios en ASSE. Eso enlentece todos los procesos. Estamos en un proyecto de I+D para ponerle una computadora a cada paciente, pero esto está en curso.

El programa de normalización clínica lo tenemos, tenemos un número importante de pautas que fueron elaboradas acá. Todos los jueves se hacen revisiones de donde salen pautas de atención.

Después de la parte de costos, lo que hicimos fue medir los costos por sector, y también ahora estamos haciendo una segunda etapa que es estudiar el costo por patología.

Con respecto al programa de bioética integramos la comisión de bioética del hospital, y se dieron algunas pautas generales de trabajo, se hacen programas de investigación. Acá en el CTI lo que se hace es que una parte de la reunión clínica se dedica a analizar problemas de la limitación del esfuerzo terapéutico, si un paciente está en la fase final, irreversible, etc., esa discusión es la base del planteo para el final de la vida. Fuimos al ministerio para discutir estos temas, y trabajamos para la reglamentación de la ley de voluntades anticipadas.

Estos cuatro programas a la vez habría que ampliarlos, pero después vinieron mucho más cosas.

- ***Con respecto al proyecto en general de organización de trabajo ¿se va a empezar a trabajar en los Consejos de Salarios?***

Sí. Ya se ha estado trabajando buscando acuerdos en la línea de trabajo del Plan Piloto.

- ***¿Entonces el objetivo sería poder ampliar este sistema de trabajo a todos los CTI?***

En nuestros objetivos estaba que un plan piloto pusiera un ejemplo y pusiera en discusión el tema de la organización del trabajo médico en general y de la MI en particular. Hay un convencimiento que estar saltando de un trabajo a otro no es lo mejor. Ni en medicina intensiva ni en nada. Nosotros tuvimos la suerte de calzar en un momento especial. En que pudimos meter este proyecto, se elaboró el proyecto escrito, y tuvimos la capacidad de convencimiento para ponerlo en práctica.

Eso se logró. La SUMI hizo una jornada de RRHH y nosotros presentamos el proyecto. De ahí salieron conclusiones y en general la gente lo ve con buenos ojos, aunque por supuesto que hay críticas. Desde el punto de vista ideológico la gente cree que esto puede ser bueno, además es la única propuesta alternativa que hay y hay un convencimiento de que esto no puede seguir así. Hay un crecimiento sostenido de la MI, se precisa organizarla mejor. No es que lo otro sea todo malo, pero se precisa una reorganización, no se puede mantener así. Antes hacíamos cuatro o cinco guardias seguidas, por suerte ahora no tanto, pero las próximas generaciones no aceptan eso y entonces si no cambiamos no se puede sostener los RRHH.

- ***Con respecto a los trabajadores, ¿cómo evalúan haberse cambiado a este régimen? Cómo se ha contribuido al fortalecimiento del personal de salud.***

Hay evaluaciones realizadas, con respecto al fortalecimiento de nuestra calidad de vida. Un tema no menor es que si se generaliza el sistema de trabajo, llegaría a casi la mitad de los intensivistas, es decir que tiene un efecto muy importante.

- ***¿La enfermería sigue trabajando igual?, ¿no está dentro de este régimen?***

Sí sigue trabajando igual. Inclusive se ha analizado pero existen problemas gremiales. En la idea original también habíamos puesto que se hicieran cambios en enfermería. Nosotros tuvimos a nuestra gremial de acuerdo, eso ayudó mucho.

- ***¿La mayoría de los médicos que tomaron los cargos en el 2008 siguen trabajando o cambiaron?***

Seguimos todos y uno que se incorporó con la pandemia del 2009 en dónde se amplió el CTI.

En el 2002 hubo un estudio en dónde teníamos casi 2,9 trabajos por médico. Con trabajos rotatorios. A la vez como no puede una persona bancar este sistema genera suplencias. A la vez es difícil trabajar en equipo, y con el cambio de sistema se facilita. A la vez, no existían normas, indicadores, etc. Estaba todo concentrado en la atención, y está demostrado que esto tiene impacto en la mortalidad. A la vez si analizamos como se ven los MI ellos mismos ven la especialidad estancada.

El régimen longitudinal permite la coordinación y la planificación y la toma de decisiones sobre los pacientes. Se tienen reuniones con todo el equipo.

- ***¿Participa el equipo de enfermería?***

Si, en todas las reuniones clínicas, a medio día, está planificado que participen de la reunión. A veces cuesta la integración, pero si participan...

A la vez, hemos modificado los objetivos, en realidad el primero fue dar respuestas a las necesidades de ASSE. La MI debería tender a que el médico tuviera el mismo ciclo que la unidad, que estuviera todos los días de lunes a viernes, etc.

Tenemos datos que enviamos a la Comisión Honoraria Asesora de Medicina Intensiva (CHAMI) y los compartimos y comparamos con datos generales. Se realizan también ateneos con el resto de los servicios, se realizan reunión del equipo todo los jueves, se han hecho cursos cortos, investigaciones, presentaciones en congresos, publicaciones y proyectos de investigación.

- ***¿Quiénes son los usuarios del Hospital Español?***

Derivan de ASSE, enmarcados en cómo se organiza ASSE.

- ***¿Si tuvieras que marcar las brechas que aun persisten con los objetivos del programa? ¿Qué es lo que todavía no se ha logrado?***

Yo creo que el apoyo político ha estado, el problema ha de instrumentación más que nada problemas administrativos. La coordinación si falta, la coordinación somos nosotros, no existe más nada. La implementación no es un problema, se ha implementado, claridad de los objetivos también hubo, el diseño del programa está bien. Creo que lo que falla es la instrumentación con respecto a lo administrativo. La falta de claridad de rol capaz que está relacionado con ASSE con decir..."tenemos este programa vamos a apoyarlo o extenderlo". La falta de información puede ser hacia el resto de ASSE porque desde aquí se ha creado y sistematizado bastante información.

- ***¿En qué medida el programa ha ayudado a mejorar la prestación de los servicios de salud?***

Yo creo que los servicios han mejorado, la efectividad también, la equidad también porque mejora la capacidad de camas, el acceso a los servicios, la integralidad también, la satisfacción del paciente no puedo afirmarlo pero creo que sí, los tiempos de espera también, las tasas de

reingreso no las tenemos medidas. Se logró poner en discusión el tema. Eso sí se logró. Los niveles de participación si faltan, es malo, pensando en otros actores; incluso el rol de nosotros ha tenido algunas dificultades, a veces nos ganan nuestras precondiciones al trabajo, encerrarse en la atención, la investigación cuesta más, etc. No todo el mundo se integra igual, a hacer reuniones fuera del CTI dentro del hospital. Hay una tendencia, una inercia a trabajar de acuerdo a la organización anterior del trabajo.

- ***¿Cuáles han sido para ustedes los resultados negativos del programa, algo que hayan reevaluado con respecto a la organización del trabajo?***

Sí, el tema de que cuando haces la guardia tienes 6 hs. más, por lo que haces 30 hs, de corrido. Eso habría que revertirlo, es un problema. Es necesario afirmarse más en una evaluación permanente del programa, porque hay una inercia a ir a la vieja organización. Otro tema es que la mayoría de los que coordinamos no teníamos experiencia en trabajo longitudinal, esto puede ser bueno y malo a la vez. Bueno porque no teníamos preconceptos, pero es malo porque también había una dificultad para tomar decisiones, para esto ayudaron las reuniones clínicas para tomar decisiones. Otra cosa que no previmos fue la parte administrativa, no tuvimos personal administrativo por mucho tiempo.

**Entrevista a equipo de enfermería del CTI del Hospital Español. (21 de agosto de 2013). Lic. Silvia Esquibel y Lic. Enf. Regina Portantier**

- ***¿Ustedes están desde el principio, desde que abrió el hospital y en esta misma área?***

Sí. Desde el principio.

- ***¿Cómo evalúan la nueva organización del trabajo de la medicina intensiva con relación a la atención del paciente, al relacionamiento con la enfermería, con los resultados sanitarios?***

Esta organización transversal de los cargos de alta dedicación creo que es una muy buena experiencia, porque los médicos vienen todos los días, excepto sábados y domingo, en general siempre hay un coordinador médico, esto le da una continuidad con relación a los criterios en la atención. Estábamos acostumbrados a que cada día hay una guardia distinta y cada uno viene con su librito. Y cuesta dar así una continuidad al paciente. Creo que este modelo es muy positivo. Y también se combina con el trabajar con un mismo equipo, con las cabezas del equipo. Acá por ej. Rotan por las cuatro unidades, los tenemos divididos por las cuatro unidades. Por sectores, A y B que se componen de 8 camas de cuidado intensivo, C con dos camas de cuidados intensivos y 4 de cuidados intermedios, y el sector D con 4 camas de cuidados intensivos. Ellos (los médicos) rotan todos los meses. El licenciado de enfermería también rota. Las cabezas del equipo (el médico y el licenciado en enfermería) están alineadas. Es notoriamente mejor para el cuidado del paciente. Sabes qué es lo que tenes que hacer. Es el mismo seguimiento. Sabes lo que el coordinador quiere, el objetivo que tiene. Otras veces sino venían las guardias diferentes y te cambian de procedimientos. Los coordinadores hacen de 8 a 14 hs. A las doce se hace la reunión clínica y todos los días hay un coordinador de guardia las 24hs. Le dan continuidad a lo que hay que hacer.

- ***¿En las reuniones intervienen todos, el personal de enfermería también?***

Sí, con el equipo médico y los licenciados en enfermería. Hace un tiempo que venimos en un debe flaqueando en la participación de los licenciados por motivos que ya sabemos. Los licenciados tienen 6 hs. El licenciado cuando empieza la reunión clínica está llegando a tomar la guardia de enfermería, se dificulta la participación en la reunión. Los turnos de enfermería son de 6 a 12 y todo trabajamos en dos lugares, y corremos de un lugar a otro. Si los Lic. Enfermería lograra cargos de alta dedicación sería más fácil cumplir con estas reuniones.

- ***¿Esto sería como un desafío a futuro del programa?***

Sí, pero tiene dificultades, porque con los salarios que hay se trabaja en dos o tres lados. Son muy bajos los salarios. Los médicos lograron esto porque con los cargos de alta dedicación con los salarios que tienen les permite concentrar su carga horaria en una institución sin necesidad de trabajar más. Si en enfermería tuviéramos los salarios adecuados se podrían tener cargos de 8 hs. por día. Se tendría que ganar el doble. Los médicos lo pudieron lograr. Estos cargos le permiten hacer docencia e investigación. Enfermería no, es más es un gran debe la docencia y la investigación en cuidados intensivos; cuando hacemos los llamados califican con esfuerzo dos o tres personas. No hay con quién trabajar.

Es muy difícil si trabajas doce horas, hacer docencia, estudiar, etc. No tenemos pago por áreas, ganamos lo mismo acá que en otras áreas, son pacientes totalmente dependientes, críticos. Otro problema es que no existe diferencia entre el salario del auxiliar de enfermería y el licenciado, y el licenciado tiene todos los pacientes a su cargo.

Creemos que si ASSE no toma la decisión de estudiar el tema del personal enfermería se le va a complicar, no va a tener con quién trabajar.

- ***Por lo que si tomamos la evaluación de este proyecto de MI, por ej. El tema de ampliar a más camas: un impedimento o desafío ¿sería el tema de la enfermería?***

Si claro, va a ser un cuello de botella el personal de enfermería. Por ej. En planes de invierno que se aumentan las camas, lo hemos logrado por los conocidos, porque acá está bien valorada las condiciones de trabajo, es de las pocas unidades intensivas que se trabaja con todos los procedimientos de enfermería, protocolos, etc... está visto como un buen lugar para trabajar, el tema es lo salarial, la gente que se ha ido y es por eso. Vuelven por las condiciones de trabajo y se van por el salario.

- ***¿Ha rotado mucho el personal de enfermería desde el comienzo hasta hoy?***

Si cada vez más se van y los más calificados. Por más que te dicen que le encantan las condiciones de trabajo, se van.

- ***Con respecto al programa médico de MI con su nueva organización del trabajo, ¿ha fortalecido al personal de salud?***

Si para los médicos, para el personal de enfermería no. No genera cambios en la parte de enfermería, se tienen los mismos problemas que en otros lados.

- ***¿Y con respecto a las prestaciones de salud?***

Para los usuarios sí, es significativo, para la atención la continuidad es muy significativa.

- ***¿Y con respecto a los resultados no deseados del programa?***

Al principio costó un poquito que los médicos de la guardia que venían después de las 12 se alinearan con los procedimientos de los coordinadores, después se logró. Ahora todos los médicos hacen lo que dicen los coordinadores. Al principio les costó a ellos el cambio. Era una experiencia nueva. Ahora hay un alineamiento. Más allá que al medio día ingresan dos médicos de guardia, la cabeza del equipo médico es el coordinador, por más que no tenga la atención directa de todos los usuarios sí conocen a todos los usuarios, porque todos los días en el pase de guardia ven la evolución de todos los pacientes. Aparte cada coordinador más allá de la MI tiene su formación específica, hay intensivistas y cardiólogos, intensivistas y infectólogos, etc...la interconsulta entre ellos es favorable. Sino el pase de guardia en el otro sistema de trabajo es a veces hasta por teléfono.

Esto sería importante para la enfermería también, para mejorar el programa inclusive. En enfermería el pase de guardia lo hacemos rápido no como se debería hacer, el colega se tiene que ir a otro trabajo.

Así como este grupo médico tiene una evaluación muy positiva en atención, investigación y docencia; así hay un debe muy grande con la enfermería, no tenemos disponibilidad de carga horaria para la docencia o para estudiar. Podríamos tener residentes de enfermería por ej.