



EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE RECURSOS HUMANOS

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Ministerio de Salud Pública

Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

División de RRHH del SNIS

Descripción de los programas a evaluar

⇒ Programa 1

1. Nombre de la organización:

Facultad de Enfermería de la Universidad de la República (UDELAR)

2. Título de los programas: Profesionalización de Auxiliares de Enfermería a Nivel de Licenciadas, y Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería, para el tránsito horizontal a la Licenciatura en Enfermería (Carrera Escalonada/Módulo de Enlace Complementario (MEC))

3. Introducción:

La Facultad de Enfermería de la UDELAR cuenta con distintos programas para facilitar la carrera de Licenciada de Enfermería a los auxiliares de enfermería. El objetivo es describir las distintas propuestas y analizar, según los datos obtenidos y las entrevistas realizadas, los aspectos positivos y negativos de cada uno.

4. Misión, metas y objetivos de los programas:

- La misión de estos programas es reconvertir a las Auxiliares de enfermería que cuentan con el bachillerato completo en Licenciadas de enfermería.
- La meta es aumentar la dotación de Licenciadas de Enfermería en Uruguay para contar con personal calificado en la tarea, con el cometido de brindar una correcta atención de salud en todo el territorio nacional.
- “El objetivo es fortalecer la formación de Licenciados en Enfermería a través de la reconversión del Auxiliar de Enfermería que cumpla con los criterios de admisión a la Universidad de la República. El producto esperado con la implementación del programa, es profesionalizar a los Auxiliares de Enfermería y profundizar la estrategia asistencia-docencia. Se busca que se sustente el mejoramiento de la calidad y la eficiencia en la atención a la población.”¹

5. Descripción de las acciones concretas que se han adoptado para lograr los objetivos fijados:

La facultad de enfermería cuenta desde 1990 con el “Programa de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería a Nivel de Licenciado”. Se han realizado distintas ediciones de este programa en diferentes puntos del país.

¹ <http://www.fenf.edu.uy/index.php/profesionalizacion/96-caracteristicas-del-programa>

La primera edición se realiza en 1990 en Montevideo, Salto y Rivera, con ingreso ilimitado y una modalidad educativa que combinó educación presencial y a distancia. Contó con 515 inscriptos y unos 190 egresados. Esta edición se realizó con apoyo financiero de la fundación Kellogg, la cual estaba dando este apoyo en distintos países de América Latina. (OPS, 2005).

La segunda edición de este programa se realiza en 1999 con modificaciones en su modalidad de enseñanza como en la forma de ingreso. El programa se realizó a través de un convenio entre la UDELAR (Facultad de Enfermería)² y el Ministerio de Defensa. La modalidad fue solamente presencial y con un número reducido de estudiantes pertenecientes a Sanidad Militar. Contó con veinte estudiantes de los cuales egresaron 17.

En el 2001 se realiza nuevamente este programa, esta vez a través del Proyecto Institucional de la UDELAR, por lo cual fue financiado por el Hospital de Clínicas (Hospital Universitario). Contó con unos 50 inscriptos. En este caso los estudiantes fueron trabajadores del propio hospital universitario.

En el 2005 se inicia una cuarta edición esta vez con convenio con el MSP para formar auxiliares de enfermería que trabajaran en el sector público.

La última edición fue en el 2009 con ingreso abierto tanto para trabajadores del sector público como privado. Se realiza una preselección de estudiantes según la evaluación que cada servicio haga del trabajador. El convenio se realizó con instituciones del sector privado que ya tuvieran convenios con la Facultad de Enfermería para la realización de las prácticas de sus estudiantes.

En todas las ediciones de este programa se ha solicitado a los estudiantes la experiencia documentada de ejercicio de auxiliar de enfermería (mínimo de tres años), así como una buena evaluación de los servicios en los que trabajan.

En el correr de las distintas ediciones se han realizado modificaciones en la curricula así como en la modalidad de enseñanza a través de las evaluaciones de los cursos realizados. Se ha conformado un grupo de trabajo con los docentes del programa que realizan estas modificaciones así como el acompañamiento de los estudiantes en el transcurso por el programa. Se pone énfasis en la integración docencia-asistencia, por lo cual los distintos servicios con los cuales se han establecido convenios han sido actores partícipes del proceso.

El programa tiene 3000 horas de actividades teóricas y prácticas; distribuidos en cinco semestres más un semestre para el internado y la tesis final. Se pone énfasis en la adquisición por parte del auxiliar del "rol" de licenciado como sustento pedagógico, en dónde se intenta ubicar al estudiante como sujeto protagonista de su formación y el docente como mediador. (OPS, 2005).

La facultad de enfermería en su plan curricular general de licenciados de enfermería desde su programa de estudio del año 1993 incorpora aspectos relacionados al fortalecimiento de la

² La Facultad de Enfermería de la UDELAR aún era Instituto de Enfermería (INDE).

APS, dando prioridad a la formación en distintos lugares del país, fomentando la descentralización de los estudiantes y con esto la permanencia en su lugar de residencia. El programa de profesionalización de auxiliar de enfermería a nivel de licenciadas antes descripto sigue los mismos parámetros que la carrera curricular. Éste se enmarca en la búsqueda de respuestas desde la UdelaR a las necesidades sociales así como a la democratización de la educación para la mejora de la atención de la población. Pone énfasis en el trabajo de equipo para mejorar la eficiencia en la atención.

Por otra parte desde el 2002 la facultad de enfermería crea otro proyecto para el pasaje de auxiliares de enfermería a licenciadas, denominado: “Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería, para el tránsito horizontal a la Licenciatura en Enfermería”. (Carrera Escalonada/Módulo de Enlace Complementario (MEC)). El objetivo de este programa fue realizar una estrategia para unificar la formación inicial, compartiendo los requisitos de ingreso, exigencias académicas realizando un pasaje horizontal hacia el plan curricular de la licenciatura. Se puso énfasis en la descentralización de la formación inicial. (Facultad de Enfermería-UdelaR, 2009).

Este programa también se ha realizado en diferentes ediciones y departamentos del país. Surge en el departamento de Rivera financiado por la comisión de la UDELAR, mediante un llamado para el desarrollo de carreras en el interior del país. La carrera escalonada tiene tres etapas. Una primera etapa que es la de formación de auxiliares de enfermería, donde obtienen el título de auxiliar de enfermería. Terminado éste se realiza el MEC en un semestre y terminado este los estudiantes ingresan al cuarto año de la licenciatura del plan curricular de 1993, en dónde cursan con los estudiantes que han realizado desde un inicio la licenciatura en enfermería. Por lo que se realiza el cuarto año más el internado.

Para este programa, a diferencia del anterior, no se solicita experiencia en la tarea. Los estudiantes también deben de contar con el bachillerato completo. Tiene una alta carga de enseñanza a distancia. La primera edición contó con una matrícula pequeña, luego se abre en el 2007 y otro en el 2009 en Salto, Rivera y Montevideo con una matrícula mayor. El último fue abierto en el 2011 en el departamento de Rocha el cual se encuentra en curso.

A la vez existen diferencias hacia adentro de este programa: se puede ingresar a cursar auxiliar de enfermería, realizar el MEC y el cuarto año de la carrera de licenciada; o se puede ser auxiliar de enfermería a través de las escuelas privadas habilitadas por el Ministerio de Educación y Cultura y comenzar en la Facultad de Enfermería a partir del MEC más cuarto año en el plan curricular 93.³

³ “En el 2002- Carrera escalonada de enfermería con formación en primera fase de Auxiliares de enfermería, Luego Módulo de Enlace complementario e ingreso a la Licenciatura de Enfermería, obteniendo por esta vía el título de licenciado en Enfermería. Aprobación 2002 Facultad de Enfermería, 2003 aprobación de su convalidación con el plan 93, 2004 aprobación por el CDC de su primera fase y en el 2009 su aprobación total incluido el transito horizontal a la licenciatura de enfermería.” Facultad de Enfermería-UdelaR, Avanzando en la mejora continua de la calidad de la enseñanza superior en enfermería, pág. 155. 2009).

Tabla 1: Comparación de las tres modalidades existentes para obtener el título de Lic. En enfermería

	Plan 93	Programa de Profesionalización	Programa MEC
Años de estudio	5 años	3 años	1-1,5 años
Horas de estudio	4248	3200	1600
Tesis	Si	Si	No

Datos extraídos de <http://www.fenf.edu.uy/fenf/diba/carrera.html>

6. Describir la magnitud de los problemas de RRHH de la salud a que el programa se dirige:

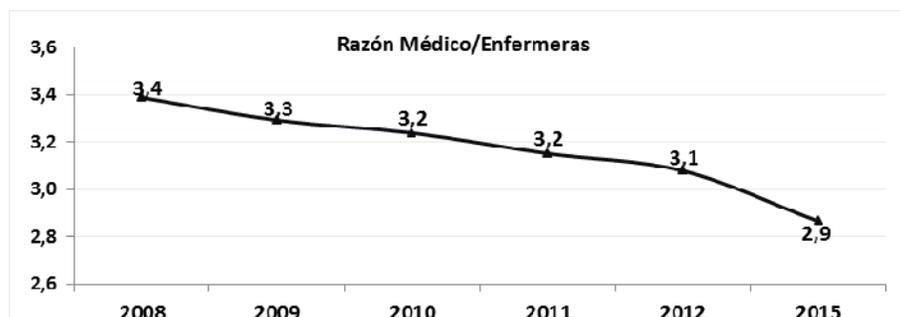
La falta de licenciadas en enfermería en Uruguay es visto como un problema estrechamente ligado a la calidad en la atención que se presta. Los distintos servicios de salud ante la dificultad de contratar el personal capacitado, cubren sus servicios con personal auxiliar, que cuentan solo con ciclo básico aprobado de secundaria y 18 meses del curso de auxiliar de enfermería.

Por otra parte desde la esfera educativa se debe mencionar que se han multiplicado las escuelas de enfermería que dictan el curso de auxiliares en todo el territorio. El fácil acceso al mercado de trabajo de las auxiliares hace que éstas hayan aumentado, mientras que siguen faltando las enfermeras profesionales. Se evidencia una relación no proporcional entre profesionales y auxiliares de enfermería, que afecta en la calidad de la atención así como en el desarrollo de la disciplina. (DRRHHSNIS, 2012).

7. Identificar cuáles de las 20 metas están relacionadas al programa:

Se identifican dos metas y un desafío al cual están muy relacionados estos programas:

- Meta 4: La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la región.



Gráfica extraída del "Los desafíos de Toronto. Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015 Uruguay.

La gráfica presentada muestra la relación de 3 médicos por cada 1 licenciada de enfermería, que si bien empieza a disminuir, está lejos de cumplir con la meta planteada. Los programas de profesionalización descriptos tienen como uno de sus objetivos aumentar la disponibilidad de licenciados en enfermería.

- Meta 11: Todos los países de la Región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud.

Siguiendo con el punto anterior estos programas también se relacionan con las políticas de autosuficiencia de RRHH planteada en las Metas Regionales.

- Desafío 2 de las Metas Regionales: *“Ubicar a las personas idóneas en los lugares adecuados, de manera de lograr una distribución equitativa de acuerdo a las necesidades de salud de la población.”* A la vez estos programas apuntan claramente a colaborar con la redistribución de RRHH en el territorio. En Uruguay la formación de las auxiliares es la que está más descentralizada, lo que se refleja luego en su mejor distribución en los distintos departamentos del país. (DRRHSNIS, 2012). La Facultad de Enfermería a través de sus distintas ediciones de los programas de profesionalización y tránsito de auxiliares a licenciadas en distintos puntos del país colabora a la redistribución de este RRHH.

8. Identificar si el programa está en desarrollo, culminado o se encuentra actualmente en operación

Ambos programas se encuentran vigentes y en distintas etapas de ejecución. Los estudiantes del programa de profesionalización de la última generación están egresando, y se encuentra en el consejo de la facultad la fecha de inscripción para la próxima edición. Mientras que los estudiantes de la carrera escalonada tiene en este momento estudiantes de las generaciones 2007, 2009 y 2011. A la vez dentro de la facultad de enfermería en el marco de los requerimientos de la UdelaR y modificaciones de su plan de estudio, se encuentra en una etapa de discusión y re planificación tanto de la carrera curricular como de los proyectos de profesionalización con el objetivo de unificar las distintas formas de obtener el título de licenciadas en enfermería. (Información extraída de la entrevista realizada a la Decana de la Facultad de Enfermería Lic. Mercedes Pérez).

9. Identificar los socios que han participado en el programa:

- Facultad de Enfermería
- UDELAR (comisión sectorial de enseñanza)

La Facultad de Enfermería es quién elabora y realiza los distintos proyectos apoyada por la UDELAR. A la vez en las distintas ediciones que se han desarrollado en el programa de profesionalización han colaborado otras instituciones como la fundación Kellogg en el financiamiento, así como distintas instituciones prestadoras de salud.

10. Identificar los afectados por el programa incluyendo todos los beneficiarios:

Los programas están enfocados exclusivamente a los auxiliares de enfermería que cuenten con el bachillerato aprobado.

11. Describir cualquier seguimiento o proceso de evaluación que se haya realizado:

- El programa de profesionalización de auxiliares de enfermería a nivel de licenciado ha realizado evaluaciones docentes y a estudiantes a partir de las cuales ha modificado la curricula y/o la modalidad de enseñanza en cada una de sus ediciones. (Extraído de la entrevista realizada a la Prof. Mag. Fany Rocha, encargada del programa de profesionalización de auxiliares a nivel de licenciado).
- Se debe mencionar como indicador de resultado ha existido un aumento de la dotación de licenciadas en el país.

12. Resultados preliminares:

- En el 2009 la cantidad de Ingresos de la Lic. En enfermería ha aumentado en más de un 100%. Mientras en el 2008 ingresaron 410 estudiantes en el 2009 ingresaron 1630. (Facultad de Enfermería- UdelaR, 2009).
- Si bien se sigue con una relación entre médicos y enfermeras no recomendables, de 3 médicos por cada 1 enfermera, se observa que esta relación viene descendiendo. (DRRHHSNIS, 2013).
- En el 2009 más del 60% de las entradas se dan por la modalidad de carrera escalonada.

“En el 2009 más del 60% de las entradas se dieron por la modalidad de carrera escalonada (CEE); de alguna forma esta nueva modalidad de realizar la licenciatura es lo que estaría explicando el importante aumento en los ingresos a enfermería. En promedio, en estos tres años casi la mitad (48,4%) de los ingresos a la licenciatura se dieron por medio de la CEE”.⁴

Modo de ingreso a la Licenciatura en Enfermería % (año 2009)

⁴ “Los desafío de Toronto. Medición de las Metas Regionales de RRHH para la salud 2007- 2015”. Pág. 15. División de RRHH del SNIS. Uruguay- 2013.

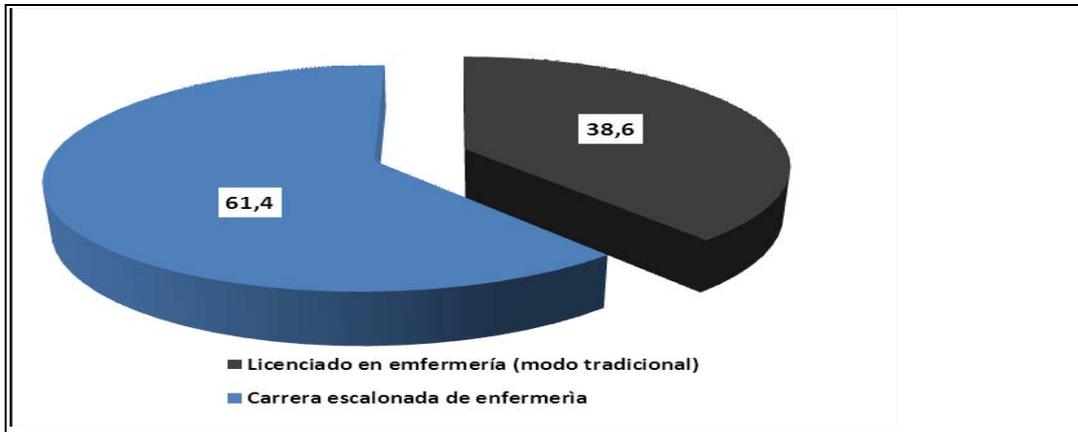


Gráfico extraído de: La Formación en el Área de la Salud de la Udelar. DRRHHSNIS. MSP. 2011

- Han existido discusiones en torno a la calidad de la formación a través de la modalidad de carrera escalonada, al tener exigencias distintas tanto del programa curricular como del Programa de Profesionalización de Auxiliares a Nivel de Licenciadas, contar con más carga horaria semipresencial, no exigir experiencia documentada ni evaluación del servicio. (Extraído de la entrevista realizada a la Decana de la Facultad de Enfermería Lic. Mercedes Pérez).
- Se ha discutido el problema de tener licenciadas en enfermería egresadas de diferentes programas con distintas cargas horarias y exigencias curriculares

Bibliografía:

- División de RRHH del SNIS. “La Enfermería en el Uruguay. Características actuales y perspectivas de desarrollo.” MSP, 2011.
- División de RRHH del SNIS. “Dotación y Condiciones de trabajo de Enfermería en el Uruguay”. MSP, 2012.
- Facultad de Enfermería. “Avanzando en la mejora continua de la calidad de la enseñanza superior en enfermería”. UdelaR, 2009.
- Núñez, S. “La Formación en el Área de la Salud de la UdelaR”. MSP, 2011.
- Núñez, S. “Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007 – 2015”. MSP, 2013.
- Organización Panamericana de la Salud. “Profesionalización de auxiliares de enfermería en América Latina”. 2005.



EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE RECURSOS HUMANOS

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Ministerio de Salud Pública

Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

División de RRHH del SNIS

⇒ Programa 2¹

1. Nombre de la organización:

Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)- Hospital Español

2. Título del programa:

Reforma de la organización del trabajo de medicina intensiva. Plan Piloto en Medicina Intensiva (MI), Hospital Español-ASSE.

La MI ha presentado un desarrollo creciente a nivel mundial y nacional. En menos de treinta años se ha distribuido por todo el país integrándose como pieza clave de los recursos terapéuticos del paciente grave. En octubre de 2005 se realiza el primer censo nacional en MI que registra 60 unidades de MI con 604 camas, de las cuales 312 son de cuidados intensivos (CTI) y 292 de cuidados intermedios (CI). Este crecimiento no se ha detenido y en 2011 ha llegado a las 670 camas. Sin embargo, el crecimiento en recursos de todo tipo y pacientes que acceden a la medicina intensiva, no ha sido acompañado de un modelo de adaptación organizacional al crecimiento.

La organización del trabajo de la medicina intensiva en Uruguay generalmente se da de manera transversal, un jefe coordina en una visita diaria de variable duración y los médicos a cargo de las camas trabajan en régimen de una guardia semanal de 24 horas de trabajo corrido, a las que se suman guardias de sábado o domingo en forma intercalada. De esta manera una unidad básica tiene como mínimo un jefe y 5 a 6 médicos intensivistas de guardia titulares que realizan 120 a 144 horas mensuales cada uno. El multiempleo es la regla en el trabajo médico en general y de los intensivistas en particular. A su vez, el sistema actual es generador de muchas horas de suplencia, ya que el ritmo “comprometido” por los titulares es muchas veces insostenible si consideramos que muchos médicos acumulan 4 cargos y más.

3. Misión, metas y objetivos:

A partir de esta problemática se puso en marcha un plan piloto en uno de los Hospitales del país -Hospital Español “Juan José Crottogini”-, que tiene como meta principal implementar una nueva organización del trabajo de la MI en CTI-CI, que priorice la coordinación en MI y el aumento de la carga longitudinal médica, a través de cargos de alta dedicación.

¹ La descripción del programa se realiza a partir de los documentos:

- “Plan Piloto en Medicina Intensiva”. Dr. Javier Hurtado, Dr. Álvaro Giordano.
- “Propuesta del MSP para la reforma del mercado de trabajo de medicina intensiva de adultos y pediátrica y neonatología. Versión 7 de mayo de 2013.

El primer gran objetivo de este proyecto estuvo enmarcado en la reapertura del Sanatorio Español, el cual estaba cerrado. En el 2007 ASSE adquiere formalmente este sanatorio y en octubre de 2008 se realiza la apertura del CTI.

Por lo cual más allá del cambio de modelo de trabajo de medicina intensiva este proyecto parte del objetivo de reabrir un nuevo centro hospitalario público y dentro de este crear una nueva área de CTI-CI.

3.1 Este programa tuvo como objetivos generales:

- Dar respuesta a las necesidades asistenciales de ASSE con la creación de una nueva Unidad de MI de Adultos.
- Desarrollar un modelo de trabajo mediante el cambio organizacional que priorice la coordinación en MI.
- Desarrollar un grupo humano que permita experimentar sobre el terreno práctico los cambios plausibles a aplicar en MI.

3.2 Objetivos Específicos:

- Generar y acrecentar el compromiso de todos los trabajadores médicos y no médicos con los pacientes, la unidad de MI y el hospital.
- Mejorar los resultados clínicos
- Disminuir los costos
- Practicar la deliberación bioética incluyendo a los pacientes y su familia.

3.3 Misión del plan piloto:

- Generar y acrecentar el compromiso de los médicos
- Instrumentar un ambiente de control en la unidad y el hospital
- Desarrollar un programa de gestión clínica
- Practicar la deliberación bioética
- Mejorar la calidad de vida de los médicos

4. Expectativas del programa en lo que respecta a producción, resultados e impactos generales sobre el sistema de salud:

En el corto y mediano plazo se planteó desarrollar una nueva forma de organización para la MI basada en el modelo “longitudinal e integrado” que abarcó a la Unidad del Hospital Español. En el largo plazo este plan pretende poner en discusión la organización actual del trabajo

médico en MI, y desarrollar un modelo alternativo sobre la base del plan piloto para el conjunto de la medicina intensiva del sector salud.

5. Descripción de las acciones concretas que se han adoptado para lograr cada uno de los objetivos fijados:

- Presentación del plan a las autoridades: 8 de enero de 2007.
- Planificación Estratégica del Hospital Español: agosto 2007
- Desarrollo del proyecto a nivel de prefactibilidad: 2007
- Adquisición efectiva del Hospital por ASSE: octubre 2007
- Apertura del área de medicina y policlínico: diciembre 2007
- Ejecución de Obras: CTI, Block, Emergencia: 2008
- Licitaciones, compras y concursos: 2008
- Apertura del CTI: 20 de octubre de 2008

El proyecto piloto crea una nueva organización del trabajo de la MI en este hospital, en la cual se incluyen cambios en los cargos, funciones, cantidad de personas trabajando y carga horaria de los intensivistas del hospital.

A la vez el Plan Piloto se planteó instrumentar 4 programas a partir del cambio de modelo organizacional. Estos programas abordan distintas áreas consideradas estratégicas para el cambio en la MI: Programa de normalización clínica, Programa de información en MI, Programa de costos en MI, Programa de bioética en MI.

5.1 Propuesta de organización del trabajo en el proyecto piloto:

Aumentar la carga horaria longitudinal de dedicación médica creando el cargo de staff (CS) que concentre la mayoría de su trabajo en la unidad, con tendencia a un cargo full-time. El núcleo de la unidad que cuenta con 16 camas se integra por el Director y 4 CS. La dedicación horaria de los cargos es alta en todos los casos, concurriendo a la unidad todos los días de lunes a viernes de 8 a 14:00 hs., siendo el sábado rotatorio. Además los CS cubren una guardia por semana de 14:00 a 8 hs. y un domingo rotatorio asegurando la presencia del núcleo en todos los horarios, persiguiendo así los objetivos de aumentar el control y aproximar la gestión a la clínica, como una política de meso y micro gestión.

La nueva organización del trabajo cuenta con cargos de médico de guardia más similares a los actuales pero trabajando en una organización diferente, con instancias colectivas obligatorias y reglamentos referentes a las horas de descanso.

El Médico intensivista de Staff constituye un pilar fundamental del funcionamiento de este CTI piloto. Tiene una especial dedicación que reúne las características de ser extensa y tener una mejor distribución de su carga horaria.

La incorporación de este médico logra varios objetivos: genera las condiciones para un mayor compromiso del staff médico con el funcionamiento general de la unidad, mejora la distribución del escalafón médico, garantiza continuidad asistencial de los pacientes mediante la presencia de un integrante de staff en todos los horarios y turnos, aumenta la adherencia al uso de protocolos y procedimientos predefinidos, permite compartir al director las tareas de responsabilidad.

6. Describir la magnitud de los problemas de RRHH de la salud a que el programa se dirige:

La actividad de CTI representa 8.65% del gasto total para todo el sector según datos de Economía de la Salud – MSP.

Los pacientes que ingresan a la unidad en forma tardía tienen una mortalidad que duplica la de los ingresados en menos de 24 horas. Los resultados muestran además en el subgrupo de ingreso tardío, una tendencia a aumentar la estadía hospitalaria pese a tener mayor mortalidad, lo cual disminuye la estadía (Giordano y otros, 2005). El ingreso tardío es una causa demostrada de mal pronóstico y de aumento en los costos totales.

7. Identificar cuáles de las 20 metas están relacionadas al programa:

Este plan piloto se enmarca dentro de lo que es el Desafío D de las Metas Regionales 2005-2015 de OPS:

“Generar relaciones laborales entre el personal y las organizaciones de salud, fomentando la creación de ambientes saludables que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.”

8. Identificar si el programa está en desarrollo, culminado o se encuentra actualmente en operación

Este plan piloto se implementó desde noviembre de 2008 y se encuentra en operación. A la vez desde el (Ministerio de Salud Pública) MSP se ha tomado este plan como base para la discusión de la organización del trabajo en MI en los Consejos de Salarios del sector privado.

9. Identificar los socios que han participado en el programa:

- Hospital Español- ASSE
- MSP
- Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva
- Facultad de Medicina

Vale aclarar que el proyecto estuvo diseñado específicamente por el grupo de trabajo de medicina intensiva del Hospital Español de ASSE.

El MSP y ASSE participan en la compra del Sanatorio, que se encontraba cerrado, y aprueban este proyecto.

Por otra parte la SUMI y la Facultad de Medicina de la Universidad de la República participan en la elaboración del llamado a concurso para los cargos de CTI-CI con el nuevo diseño.

10. Identificar los afectados por el programa incluyendo todos los beneficiarios:

En el corto plazo el programa abarca a todos los Médicos Intensivistas del Hospital Español. En el largo plazo si esta nueva organización del trabajo se implementa para el resto de los prestadores, quedarían incluidos todos los médicos intensivistas del país.

11. Describir cualquier seguimiento o proceso de evaluación que se haya realizado:

El programa tiene planteado 3 planos de evaluación con diferentes objetivos y mecanismos:

- Evaluación individual
- Evaluación de los programas
- Evaluación general del Plan Piloto

Evaluación general del Plan Piloto

Este sistema pretende constituir una evaluación integral de todas las áreas de funcionamiento del plan. La evaluación grupal tiene el mérito de promover la integración y la mejoría del grupo en su conjunto más que el destaque individual, que ya se evalúa en otro ítem. Refuerza la idea de funcionamiento colectivo de la MI.

Implica combinar la evaluación jerárquica con la autoevaluación grupal de los diferentes estamentos del plan. De este modo el Director evaluará al Staff como grupo y este se autoevaluará como tal. El Staff evaluará al grupo de GII y estos se autoevaluarán, los GII evaluarán a los residentes y estos se autoevaluarán.

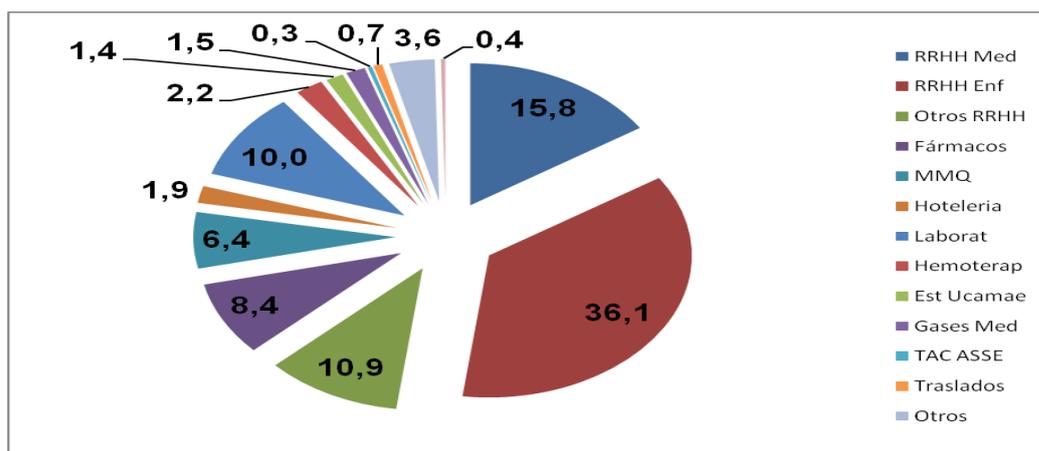
Los puntajes se deben graduar de 1 a 10 en las diferentes categorías y el puntaje final surge del promedio de las dos evaluaciones. En algunos ítems se incluirá la evaluación de la Dirección Técnica del Hospital Español que a su vez puede apoyarse por ej. en la Dirección de Enfermería o en las opiniones de otros servicios para dar su puntaje.

12. Resultados preliminares²:

Gráfica 1: Avances en la gestión, educación e investigación

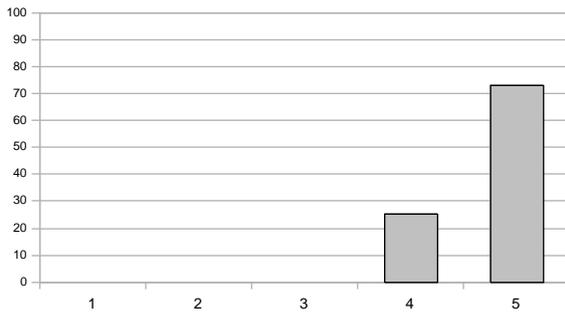
	Reuniones clínicas Diarias	Ateneos Mensuales	Reuniones periódicas de staff	Actualización semanal de temas	Integración de comités y comisiones	Cursos cortos
2009	X	X	X	X	X	X
2010	X	X	X	X	X	
2011	X	X	X	X	X	X
2012	X	(Cátedra, HE)	X	X	X	X
2013	X	(Cátedra, HE)	X	X	X	X

Gráfica 2: Estudio de Costos en MI. Representación Comparativa de costos al mes de mayo de 2010

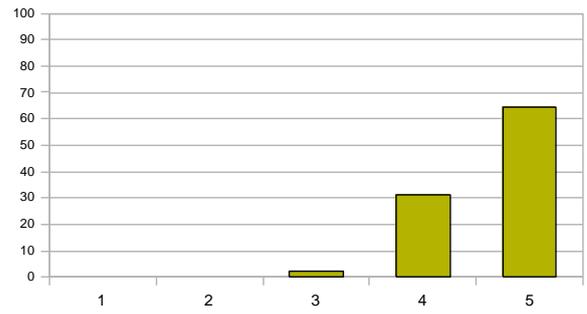


²Las gráficas y tablas presentadas en este documento como resultados y evaluaciones preliminares fueron realizadas y proporcionadas por el coordinador del proyecto Dr. Álvaro Giordano.

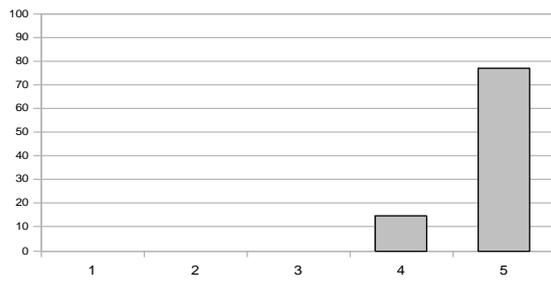
Gráfica 3: Encuesta de Satisfacción de usuarios



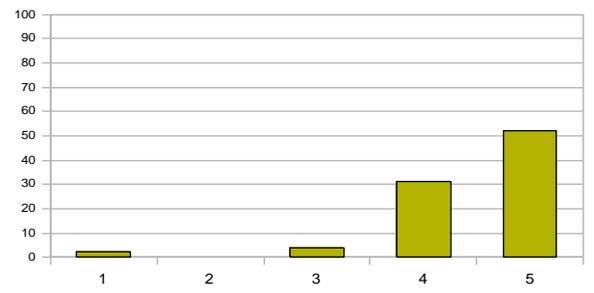
Trato de los médicos



Limpieza



Trato de Enfermería



Tiempos

Muy malo=1; Malo=2; Regular=3; Bueno=4; Muy bueno=5