

2017

Servicio de internación domiciliaria en la ciudad de Mar del Plata durante el bienio 2016 - 2017 : un abordaje desde la práctica profesional enfermera

Larocca, Franco Augusto

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1081>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Departamento pedagógico de Enfermería
Licenciatura en Enfermería
Taller de Trabajo Final
Docentes: Lic. Esp. Laura Celaya
Dra. Mónica Barg

“Servicio de internación domiciliaria en la ciudad de Mar del Plata durante el bienio 2016-2017: un abordaje desde la práctica profesional enfermera”

Autores:

Franco Augusto Larocca

Pedro Germán Ramírez

Director: Mg. Miguel Leyva Ramos

10 (diez)
Franco

Mar del Plata, 2017

Índice

Capítulo I Área del problema.....	3 - 7
Introducción	
Formulación del problema	
Objetivos	
Justificación de la elección del tema	
Originalidad	
Factibilidad y accesibilidad	
Marco teórico	
Metodología	
Capítulo II Marco referencial.....	8 - 41
Capítulo III Diseño metodológico.....	42 - 45
Capítulo IV Tratamiento y presentación de los datos.....	46 – 64
Conclusiones	65 - 68
Bibliografía.....	69 - 73
Anexos.....	74 - 254
Nº I Consentimiento informado.	
Nº II Batería de preguntas para la realización de las entrevistas.	
Nº III Ficha para los entrevistados.	
Nº IV Entrevistas.	
Nº V Ley 24004.	
Nº VI Ley Nº 12245.	
Nº VI Ley Nº 10471.	
Nº VIII Perfil y alcances del Licenciado de Enfermería. UNMDP.	

Capítulo I Área problema

Introducción al problema

Esta investigación pretende, desde los diferentes discursos aportados por sus sujetos de estudio, describir cómo se efectúa la práctica enfermera en la Internación Domiciliaria (en adelante ID) de algunas empresas y nosocomios de la ciudad de Mar del Plata, durante el bienio 2016-2017.

La referida investigación se ha desarrollado en dos instancias definidas: una primera donde se procedió a caracterizar los servicios de ID de la ciudad de Mar del Plata, seguida de una segunda instancia destinada a identificar la labor de los profesionales de enfermería en el servicio de internación domiciliaria de la mencionada ciudad durante el bienio en cuestión y, a partir de estas instancias poder solventar el objeto de estudio de la presente investigación.

También se ha considerado pertinente presentar una breve síntesis de la coyuntura sociohistórica de emergencia de la ID porque de esa forma podría entenderse los cambios y experiencias que se producen en la misma a lo largo del tiempo. En este sentido, podría aseverarse que la ID se establecen a fines de la década de 1940¹, en los Estados Unidos, en la ciudad de Nueva York, como una extensión del hospital hacia el domicilio del “paciente”². Según la bibliografía consultada, las razones para crear las primeras unidades de ID en el mundo eran “descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los ‘pacientes’ un ambiente más humano y favorable a su recuperación”³. La referida experiencia fue extendiéndose a lo largo de todo el país, en Canadá, Europa, Latinoamérica y el resto del mundo.

¹ Minardi Mitre Cotta, R.; Morales Suárez-Varela, M.; Llopis González, A.; Sette Cotta Filho, J.; Real, E. R. y Días Ricós, J. A. La Hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Revista Panamericana de la Salud. 2001; 10(1): 45-54. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dbi/es/v10n1-cotta.pdf>.

² El término “paciente”, así como la relación de estos con el personal médico, enfermero o el equipo de salud ha variado tanto en su concepto como en sus modos de interacción. De ahí que la terminología a utilizar para definir a los integrantes de esta relación se ha visto también indefectiblemente modificada por los cambios en la concepción a través de los diferentes períodos históricos. Aunque en la actualidad el término sigue usándose con bastante frecuencia, al igual que cliente y usuario, se ha preferido utilizar el término “sujeto de cuidado” por considerarlo más oportuno.

³ Colomer, J. J.; González, M. J. I. y González, R. V. J. (1998) Alternativas a la hospitalización: una respuesta lógica al aumento de la demanda. En Del Llano, J; Ortún, V.; Millán, J. y Gené, J., eds. Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson; p. 359-401.

En la Argentina, las primeras experiencias en la ID también fueron producto de la extensión hospitalaria, a fines de la década del setenta; desarrollándose las primeras experiencias en el HPC de la ciudad de Mar del Plata y el Hospital Castex de San Martín, siendo estos los pioneros de esta modalidad en el país⁴.

En 1991, la empresa "En Casa", conformada por médicos clínicos del Hospital Italiano en asociación con otros profesionales, emprende este desafío que luego sería imitado por otras empresas privadas para brindar el servicio a prepagas. Las obras sociales, mutuales y "pacientes" privados, (PAMI y obras sociales provinciales) actualmente cuentan con la ID⁵.

Se da por entendido que esta investigación puede ser útil ya que existen escasos trabajos previos en esta área y el mismo facilitaría el acceso al conocimiento de las características y especificidades de este servicio, y su dinámica en el sistema de salud marplatense y la región.

Luego de haber consultado bibliografía, así como datos referidos a la temática podría presuponerse que la ID cubre todo el tratamiento de los sujetos de atención y cuidado en su domicilio, necesitándose para esto un grupo interdisciplinario que brinde sus servicios. Dentro de este esquema de trabajo, identificaremos y caracterizaremos el lugar que ocupa la práctica enfermera en la dinámica del referido servicio.

Formulación del problema

¿Cuál es la labor de los profesionales de enfermería en el servicio de internación domiciliaria en la ciudad de Mar del Plata durante el bienio 2016-2017?

Objetivos

General:

- Comprender la labor de los profesionales de enfermería en el servicio de internación domiciliaria en la ciudad de Mar del Plata durante el bienio 2016-2017.

Específicos:

- Describir la labor de los profesionales de enfermería en el servicio de internación domiciliaria en la ciudad de Mar del Plata durante el bienio 2016-2017.

⁴ Sitio web Hospital Privado de la Comunidad (HPC). Atención al paciente/modelo de atención. En www.hpc.org.ar/v2/vdato.asp?id=65.

⁵ Caravajal, Carlos. Apuntes sobre los orígenes de la Internación domiciliaria en la Argentina. En www.internaciondomiciliaria.org/encasa-historia.html. Consulta el 2 de junio de 2016.

- Analizar la labor de los profesionales de enfermería en el servicio de internación domiciliaria en la ciudad de Mar del Plata en su contexto normativo.

Justificación de la elección del tema.

Se presume que un abordaje a la temática rectora de este trabajo contribuiría a elucidar el rol que desempeñan los profesionales de enfermería dentro de los servicios que brinda la ID, teniendo en cuenta que la misma tiene como idea primordial la recuperación y rehabilitación del “sujeto de cuidados y atención”, pudiendo abordarse críticamente a través de ciertos principios esenciales del servicio en cuestión. A saber: ¿De qué manera la labor de los enfermeros satisface las necesidades básicas del sujeto de atención en salud y en la planificación previa del tratamiento? ¿Desde el punto de vista profesional, participa el enfermero en la atención integral ofrecida por los distintos entes que brinda la ID? ¿Responden la infraestructura, recursos humanos, recursos materiales y el equipamiento e insumos ofrecidos por las diferentes instituciones de salud con ID a una correcta intervención profesional de los enfermeros con vistas a cumplimentar la recuperación y rehabilitación del sujeto de cuidados? ¿Los servicios y recursos ofrecidos a través de las ID por los profesionales enfermeros, contribuyen al objetivo inicial consistente en descomprimir y ser una extensión del hospital hasta el hogar del sujeto de cuidados? Por los motivos expuestos con anterioridad se estaría en condición de expresar que este trabajo de investigación colaboraría a una descripción de la labor enfermera en la ID de la población marplatense.

Para la realización de este trabajo se han consultado numerosos textos, a partir de los cuales se ha procurado abordar críticamente su objeto de estudio. Tal revisión bibliográfica, ha permitido constatar que si bien existen algunos trabajos respecto de la ID, esencialmente los relacionados a la intervención profesional médica y otras disciplinas del campo de salud; no ocurre lo mismo respecto del rol de los profesionales enfermeros en este tipo de atención, y frente a ésta ausencia bibliográfica, estaríamos en condiciones de aseverar que la originalidad de este trabajo consiste en suplir dicha falta de pensamiento crítico y de material bibliográfico referido a la ID en el sistema de salud en la ciudad de Mar del Plata.

Como se ha expresado con anterioridad, una búsqueda bibliográfica acerca de la ID en la ciudad de Mar del Plata evidenció la falta de trabajos al respecto, salvo los referidos a la práctica de enfermería en este servicio de salud; atendiendo a la relación que se establece entre los entes servidores y los sujetos de cuidados (paciente-usuario-clientes).

Respecto a la provincia de Buenos Aires, se ha consultado el trabajo de Bosch, C.C; Penisi, A. y Musich, P. “Internación domiciliaria, un enfoque interdisciplinario”. Publicado por la Universidad de Lanús en el año 2009⁶.

En relación a la búsqueda bibliográfica en la Argentina, desde el punto de vista regulatorio se han consultado las Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Internación Domiciliaria; Resolución 704/2000 del Ministerio de Salud de la Nación del 6 de septiembre del 2000⁷.

En lo que refiere a Latinoamérica se ha consultado el trabajo de Carvalho, L. C.; Feuerwerker, L. C. M; y Merhy, E. E. Disputas en torno a los planes de cuidados en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria. Salud Colectiva. 2007⁸; Universidad de Lanús y también se ha tenido en cuenta los trabajos de Orb, A. y Santiago, A. Breve reseña de la enfermería domiciliaria: una perspectiva de la atención privada. Concepción de Chile.⁹ Así como los trabajos de Puchi Gómez, C.; Sanhueza Alvarado, O. Rol del profesional de enfermería en unidades de hospitalización domiciliaria de hospitales públicos de Santiago de Chile.¹⁰ Este trabajo lo consideramos más cercano con el objeto de estudio a desarrollar.

Por último, a nivel global se ha consultado el trabajo de Minardi Mitre, C.; Morales Suárez-Varela, M.; Llopis González, A.; Sette Cotta Filho, J.; Real, E. R. y Días Ricós, J.; La Hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Revista panamericana de salud. Relatando el devenir y antecedente históricos de este servicio¹¹.

La presente investigación, será llevada a cabo en los mencionados entes de ID, a los cuales se les presentarán a quienes correspondan a través de los documentos solicitados al respecto para que puedan ser evaluados por los responsables y sus respectivos comités de ética; atendiendo a las regulaciones estipuladas por cada uno de los mismos. Por intentos de

⁶ Bosch, C. C; Penisi, A. y Musich, P. “Internación domiciliaria, un enfoque interdisciplinario”. Publicado por la Universidad de Lanús, Buenos Aires en el año 2009.

⁷ Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Internación Domiciliaria; Ministerio de Salud de la Nación. En: http://www.msal.gob.ar/pngcam/resoluciones/msres704_2000.pdf.

⁸ Carvalho, L.C.; Feuerwerker, L. C. M; y Merhy, E. E. Disputas en torno a los planes de cuidados en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria. Salud Colectiva. 2007; Buenos Aires: Universidad de Lanús. En: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=.

⁹ Orb, A. y Santiago, A. Breve reseña de la enfermería domiciliaria: una perspectiva de la atención privada. Concepción de Chile. En: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=.

¹⁰ Rol del profesional de enfermería en unidades de hospitalización domiciliaria de hospitales públicos de Santiago de Chile. En: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/146/>

¹¹ Minardi Mitre, C.; Morales Suárez-Varela, M.; Llopis González, A. *Óp. Cit.*

acercamientos anteriores con sus autoridades, sabemos que las instituciones suelen retardar o no autorizar la realización de investigaciones en su entorno laboral. No obstante, y frente a la probable negativa o demora de respuesta se intentará la presentación y firma de los respectivos consentimientos informados de cada uno de los sujetos que conforman la muestra y con sus respectivos pactos de confidencialidad. En ese caso no se nombrarían a los entes y se trabajaría de manera general y anónima, ya que el objetivo rector de este trabajo de investigación es realizar una interpretación de la ID en la ciudad de Mar del Plata en general y no pretende ser ni hacer un análisis de un ente en particular.

Las necesidades teóricas de este trabajo sugieren utilizar el modelo de adaptación de Callista Roy que aporta un abordaje más holístico del cuidado enfermero; “la teoría del cuidado humano” de Jean Watson, debido a que desarrolla conceptos tales como relación profesional enfermero y sujeto de cuidados desde un campo fenomenológico que incluye a la persona en su totalidad; la teoría del déficit del autocuidado de Dorothea Orem porque aborda al individuo de una manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano e involucra a su entorno más cercano. También utilizaremos la teoría del “cuidado transcultural” de Madeleine Leininger debido a que tiene una mirada holística del sujeto de cuidado.

Desde el punto de vista sociológico, apelaremos a las teorías “de rol y estatus social” de Max Weber; los Aparatos Ideológicos del Estado (AIE); el concepto de gubernamentalidad de Michael Foucault; el concepto instituido/instituyente de Cornelius Castoriadis; Goffman con su visión sociológica de la estructura del “yo”; el concepto “interdependencia” de Émile Durkheim; los conceptos “globalización y neoliberalismo” de Zygmunt Bauman¹² y Peter Sloterdijk; el “*sick rol*” de Talcott Parsons; la “relación familia - circuito sanitario, de Minujin y Kessler”¹³ y los conceptos “alienación y plusvalía” de Karl Marx¹⁴.

¹² Bauman, Zygmunt (2003) La modernidad líquida. Buenos Aires: F. C. E.

¹³ Minujin, A. y Kessler, G. (2002) La nueva pobreza en la Argentina. Buenos Aires: Temas de hoy.

¹⁴ Para los conceptos weberianos, durkheimianos y marxistas se debe confrontar a Giddens, A. (1994). El capitalismo y la moderna teoría social. Quinta Edición. Barcelona: Idea Book, mientras que para el “*sick rol*” parsoniano el material de Leyva Ramos, Miguel “El Sick rol parsoniano”. Material de cátedra. Mar del Plata: UNMDP.

Capítulo II Marco referencial

Como se ha dicho con anterioridad en el capítulo introductorio, la ID es una modalidad de atención que fue inaugurada en 1947 en Nueva York, Estados Unidos, por iniciativa del Dr. Bluestone¹⁵, del Hospital "Montefiori", como una extensión del hospital hacia el domicilio del "paciente". Las razones para crear esta primera unidad en el mundo eran descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los sujetos de cuidados un ambiente más humano y favorable a su recuperación. Desde entonces, ha habido múltiples experiencias de este tipo, tanto en Norteamérica como en Europa, con estructuras y procedimientos adaptados a cada sistema nacional de salud¹⁶.

A partir de los años sesenta, en Canadá comenzaron a funcionar servicios de ID orientados a los sujetos de cuidados quirúrgicos dados de alta tempranamente. En Montreal se realizó, en 1987, una experiencia piloto (bautizada Hospital extramural) que consistía en la administración y control de antibióticos parenterales en el domicilio de "pacientes" con problemas agudos¹⁷.

En Europa, el Hospital de Tenon en París, Francia, fue el primero en crear una unidad de hospitalización domiciliaria en 1951. Más tarde, en 1957, se estableció en la misma ciudad el *Santé Service*, organización no gubernamental sin fines de lucro que aún hoy sigue prestando asistencia sociosanitaria a domicilio a los sujetos de cuidados con padecimientos crónicos y terminales.

En el Reino Unido, esta modalidad asistencial fue introducida en 1965 con el nombre de *Hospital Care at Home* (Atención Hospitalaria en el Hogar). Mientras que en Alemania y en Suecia fue desarrollada durante los años setenta, y en Italia, con el nombre de *Ospedalizzazione a Domicilio*, recién a comienzos de los años ochenta¹⁸.

¹⁵ Ephraim Michael Bluestone (1891-1979). Director del Hospital de Enfermedades Crónicas Montefiore, situado en el Bronx de Nueva York, creó lo que se llamó el "hospital sin muros". Se trataba de una división dedicada a la atención de los "pacientes" en sus propios domicilios, con la finalidad de descongestionar el Hospital, establecer un ambiente psicológico más favorable para el enfermo y paliar las dificultades causadas por la carencia de seguro médico entre los estratos más desfavorecidos de la sociedad.

¹⁶ Raffy, Pian, N. La hospitalización a domicilio: un lugar marginal dentro de los sistemas sanitarios. *Revista Gerontol*, 1997; 7:5-9.

¹⁷ González, M. D. *Hospitalización a domicilio*. España: Hoechst Marion Roussel; 1998.

¹⁸ Anand, J. K.; Miles, J.W. *Hospital at home whichway will it go?* *J. R. Soc. Med.*, 1997; 90(7):414-5.

En la Argentina las primeras experiencias en ID fueron producto de la extensión hospitalaria. El HPC de Mar del Plata y el hospital Castex de San Martín fueron pioneros en esta modalidad de atención. En 1991, la empresa “En Casa”, conformada por médicos Clínicos del Hospital Italiano¹⁹ en asociación con otros profesionales, emprende este desafío que luego sería imitado por otras empresas privadas para brindar el servicio a prepagas, obras sociales, mutuales y sujetos de cuidados particulares. Lentamente, el sistema fue imponiéndose a medida que sus beneficios fueron evidenciándose para todos los involucrados.

En la actualidad, algunas de estas empresas forman parte de empresas de medicina prepa, otras en cambio son emprendimientos independientes con una cartera de clientes muy heterogéneo de obras sociales, sanatorios o clínicas privadas e incluso del estado mismo (PAMI y obras sociales provinciales). Se encuentran agrupadas en la Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria (CADEID) y su grado de organización, *staff* profesional y cobertura es muy diverso.

Es decir que, en nuestro país, hace poco tiempo que se ha comenzado a incursionar en el cuidado a domicilio. No todas las empresas de medicina prepa tienen un sistema organizado de internación domiciliaria ya que, en general, actúan en forma espasmódica y por reacción frente a una situación de desborde cuando el concepto debería ser totalmente diferente; la internación domiciliaria debería constituirse en una oferta del sistema de atención de la salud disponible para el “sujeto de atención” desde el primer día de internación sanatorial. Pocos sistemas de salud tienen integrada la internación domiciliaria al conjunto global de la asistencia, pero todos están tomando en consideración el hecho de concretar el cambio. Algunas empresas están incursionando en lo que se denomina *outsourcing*, que sería contratar sistemas externos a la propia estructura prestacional para incorporarlos a los nuevos prestadores de la red de atención médica y poder, a través de ellos, brindar el servicio²⁰.

La crisis económica mundial de 1929, las medidas keynesianas y el Estado Benefactor

¹⁹ Boggio, S.; Colica, D. y Wainberg, G. “Atención domiciliaria: análisis de dos años de experiencia”. Revista del hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata. 2002; 5(2).

²⁰ Orlando, A. (2007) Internación domiciliaria: herramienta de la auditoría médica. Buenos Aires: Hospital Alemán.

Luego de la crisis económica de 1929, en los Estados Unidos de América, el presidente Franklin Delano Roosevelt²¹ implementó las medidas propuestas por John Maynard Keynes²², quien señaló que la inestabilidad de la demanda de inversión es la causa de la inestabilidad económica, por tanto, el gasto del Estado se puede usar como un remedio para semejante problemática económico social. De esta teoría se derivaría el modelo conocido como *Welfare State* o Estado Benefactor²³, aseverando que las crisis económicas pueden controlarse, en alguna manera, mediante la intervención del Estado, lo que originó un cambio radical en las funciones del aparato estatal. Keynes mostró que el sistema no podía regenerarse por sí mismo, si no mediaba la voluntad política del Estado y su intervención directa en la economía global de un país y señaló que para los periodos de deflación²⁴, de desempleo masivo, de recesión en la economía, era necesario el papel corrector que debe jugar el Estado. Por tal motivo, el Estado va a actuar en beneficio, de manera particular, en los trabajadores y la población en general, implementando reformas para beneficiar a la población, como los programas de salud, vivienda, leyes para regular el salario, educación y en virtud de ello, el Estado puede considerar al gasto social como una inversión productiva y una solución a la crisis²⁵.

Las medidas keynesianas y el modelo de Estado que propone -expresadas en el párrafo anterior-, tienen también su impacto en la sociedad argentina. Con la consigna de “justicia social”, el gobierno peronista de 1945 implementó políticas que mejoraron el nivel

²¹ Presidente de los Estados Unidos de América de 1933-1945. Miembro del Partido Demócrata. Durante su mandato implementó la política del *New Deal*, estableciendo medidas encaminadas a paliar las consecuencias de la depresión económica de los años 30.

²² Economista inglés (1883 -1946). Recibió una educación de élite en Eton y Cambridge, orientándose hacia la economía por consejo de su maestro, Alfred Marshall. Tras un breve periodo trabajando en el servicio administrativo británico para la India, en 1909 entró como profesor en el *King's College* de Cambridge, donde enseñaría economía hasta su muerte. Fue un hombre de vasta cultura, un humanista erudito y de prosa exquisita, gran orador, tertulio y mecenas de intelectuales y artistas; pero también fue un hombre de mundo interesado por los asuntos políticos y por la economía práctica.

²³ El *Welfare State*, o Estado del bienestar, o Estado benefactor, Estado providencial o sociedad del bienestar es un concepto de las ciencias políticas y económicas con el que se designa a una propuesta política o modelo general del Estado y de la organización social, según la cual el Estado provee servicios en cumplimiento de derechos sociales a la totalidad de los habitantes de un país.

²⁴ Es la bajada generalizada y prolongada (como mínimo dos semestres) del nivel de precios de bienes y servicios.

²⁵ Cortés Conde, Roberto. Disponible en la web en el siguiente link: http://www.ancempresa.org.ar/discursos/La_Crisis_de_1930_Cortes_Conde.pdf. Conferencia del 26 de mayo del 2009 La crisis de 1930. cómo afectó a la argentina. por Roberto Cortés Conde.

de vida de los trabajadores, además, el Congreso dio fuerza de ley a los beneficios otorgados por decreto durante la Revolución de Junio, a saber: el aguinaldo anual, la generalización de las vacaciones pagas, la inclusión de los asalariados de la industria y el comercio en el sistema jubilatorio, las indemnizaciones por despido y accidentes de trabajo. Otras medidas que beneficiaron al sector obrero, incluidos los sectores más humildes de la sociedad: el congelamiento de los alquileres, la fijación de salarios mínimos, el establecimiento de precios máximos a los artículos de consumo popular, los créditos y los planes de vivienda, las mejoras en la oferta de salud pública, los programas de turismo social, la construcción de colegios y escuelas, la seguridad del sistema de seguridad social, entre otras. Estos mayores niveles de protección laboral aumentaron los movimientos reivindicativos hacia el peronismo, tanto en la figura de Perón como Evita, quien emergió del segundo plano para encargarse de la activación política del movimiento oficial. Además, a través de estos derechos sociales los trabajadores conformaron una mayor integración sociopolítica y, de esta manera, las masas que habían sido consideradas “descamisados”, a partir de su exclusión, pasaron a identificarse como los trabajadores, subrayando de este modo, el reconocimiento alcanzado en una sociedad más igualitaria²⁶.

Sería conveniente destacar los cambios generados por el peronismo en el sector de la salud pública, en particular la labor desarrollada por el neurocirujano Ramón Carrillo, el primer secretario de Salud Pública de la Argentina. En mayo de 1946, Perón le encargó a Carrillo la organización de la Secretaría de Salud Pública. Durante los tres primeros años, este organismo contó con un amplio presupuesto que le permitió impulsar la expansión de centros hospitalarios y materno-infantiles, así como la conformación de una burocracia con mayores estándares de profesionalidad. Al respecto, Carrillo sostenía que la riqueza del país depende de la salud de su pueblo, razón suficiente para que el Estado invierta en la construcción de centros sanitarios, hospitales e institutos de investigación, inversión lucrativa que favorece la modernización tecnológica y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del peronismo, apareciendo diferentes concepciones de hospital, el problema del incremento de camas en todo el territorio, la vacunación masiva, la educación sanitaria, la alimentación en las escuelas y los hogares, las fábricas como centros claves de difusión sanitaria. En este sentido, la política sanitaria del peronismo apuntó a la ampliación del concepto de ciudadanía

²⁶ Cortés Conde, Roberto. *Óp. Cit.* P.105.

social, que se complementó con la ampliación de la ciudadanía política. En definitiva, dejó como legado la tendencia de que el Estado es el responsable de impulsar los resortes de la asistencia social y sanitaria de la ciudadanía. Para ello se capacitaba a personas elegidas desde las comunidades denominados “agentes sanitarios”. Todo esto gracias al Estado Benefactor peronista que fue el que con sus políticas brindó beneficios sociales al pueblo tales como la enfermera visitadora a domicilio y el tren sanitario²⁷.

Con el advenimiento de la democracia, en 1986, se fue desarrollando el rol de la enfermera en la comunidad adquiriendo mayor protagonismo. El aumento del número de profesionales al sistema de salud, y de manera particular en los servicios del primer nivel de atención, ha sido también un elemento importante, que favoreció y beneficia la activa participación de las enfermeras en los equipos interdisciplinarios, en esta área de atención.

Mientras que en la década de los 90, se consolida un estado neoliberal que recorta las políticas sociales y el cual da lugar a que se generen las ID, pero como una idea económica empresarial y no desde el punto de vista de un servicio social al pueblo, como en el Estado Benefactor.

El neoliberalismo provoca la necesidad de transformar y reorganizar los sistemas y servicios de salud e introduce cambios en el tipo de demanda de los mismos, para garantizar el acceso oportuno, adecuado y de calidad a toda la población. Desarrollándose diferentes alternativas institucionales en atención primaria, ambulatoria (hospital de día) e ID, encaminadas a mejorar la cobertura de salud de la población estableciendo prioridades²⁸.

La ID surge en 1947 en Nueva York, Estados Unidos, como una extensión del hospital hacia el domicilio de la persona. Se define este sistema como “un modelo organizativo capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los pacientes en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja”²⁹.

²⁷ Ramacciotti, Karina Inés. “Ramón Carrillo y su acercamiento al peronismo”. Disponible en la siguiente página web <http://nulan.mdp.edu.ar/2357/1/ramacciotti.2002.pdf>. Consulta realizada en abril de 2016.

²⁸ . Minardi Mitre Cotta, R.; Morales Suárez-Varela, M.; Llopis González, A.; Sette Cotta Filho, J.; Real, E. R. y Días Ricós, J. *Óp. Cit.*

²⁹ Contel, J. C.; Gene, J. y Peya, M. Seguimiento de una cohorte de atención domiciliaria. *Revista Atención Primaria* 2006; 38(1): 47-50.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe la ID como “una asistencia proporcionada a las personas en su domicilio. Esa asistencia domiciliaria debe ser apropiada, de alta calidad y con una relación costo beneficio compatible para los individuos que deben mantener su independencia y la mejor calidad de vida posible”³⁰.

Myers y Beare mencionan que, a través de estudios realizados en la OMS, la ID está asociada a una mejor calidad de vida y que la relación costo beneficio es más favorable en los casos que sustituirían largas permanencias hospitalarias.

La ID surge como una nueva filosofía asistencial que busca modernizar los sistemas sanitarios, poniéndola como puente entre el hospital y la atención primaria de la salud, posibilitando el establecimiento de labores compartidas y permitiendo una interacción progresiva entre estos dos niveles de atención.

Dadas las tendencias actuales descriptas anteriormente, y de acuerdo con varios estudios y opiniones de autores analizadas, la ID pareciera ser una herramienta eficiente a la hora de brindar servicios. La misma facilita el seguimiento de la persona con una patología crónica, permite un adecuado registro tanto de la evolución como de las actividades que se realizan a domicilio, se observa una mejor atención, mayor satisfacción y participación por parte del sujeto de cuidado y sus familiares durante el tratamiento. En algunos países se observó una mejor evolución clínica y una asistencia más personalizada. A la vez, permite un uso más adecuado y racional de los recursos, que tiende a disminuir el gasto en salud, aumenta la disponibilidad de camas y acorta los períodos de internación en los hospitales³¹.

En Argentina, a través de la resolución 704/00 del Ministerio de Salud de la Nación³², se han propuesto varios objetivos para la ID como el de brindar asistencia en el domicilio del sujeto de cuidado favoreciendo la reincorporación a su entorno natural, evitando la institucionalización de éste y su familia previniendo los múltiples efectos negativos que esto conlleva, como el aislamiento psicofísico, la desestabilización económica y la desintegración familiar y del entorno comunitario. Otros objetivos que establece consisten en acompañar y

³⁰ Beare, P. y Myers, J. (1995) El Tratado de Enfermería. Editorial Oriente S.A. Mosby. 1995; 1. Edición en español.

³¹ Boggio, S.; Colica, D. y Wainberg, G. Atención domiciliaria: análisis de dos años de experiencia. Revista del hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata. 2002; 5(2).

³² Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Internación Domiciliaria; Resolución 704/2000. Ministerio de Salud de la Nación (6 de septiembre del 2000). Disponible en: <http://www.msal.gov.ar>.

asistir a los pacientes de acuerdo con su diagnóstico y evolución; facilitar la participación activa de la familia o responsable a cargo del paciente a través de su capacitación adecuada; y optimizar la eficiencia del servicio domiciliario. Esto contribuye a disminuir el promedio de días de internación, disminuir las infecciones intrahospitalarias contribuyendo al mejoramiento de la calidad de la asistencia sanitaria tanto en equidad como en eficacia, eficiencia, efectividad y accesibilidad a los servicios de salud³³.

Es posible categorizar a la ID como una alternativa válida y enriquecedora, que ofrece una atención más completa al sujeto de cuidado y su entorno. Sus ventajas no se reflejan sólo en el sujeto de cuidado, sino que influyen notablemente en el bienestar de toda la familia. Dentro de las ventajas que favorecen al sujeto de cuidado se menciona el de permitirle al mismo mantener el contacto con la familia y la sociedad, sin restricción de horarios; permitirle mantener su actividad ocupacional, aunque sea mínima, según su condición de salud; permanecer en un ambiente conocido, fundamental cuando se trata de personas mayores; poder brindarle una mayor dedicación y reconocimiento del equipo de salud a aspectos psicosociales relacionados o no con la enfermedad³⁴.

Por otro lado, dentro de las ventajas para la familia está la posibilidad de mantener los roles familiares y laborales del grupo; disponer del tiempo necesario para organizar el cuidado del sujeto; que la familia pueda, en la medida de sus posibilidades, participar activamente de los cuidados, punto fundamental y excluyente en el sistema de ID; y facilitarles, en su hogar y cerca de su ser querido, el proceso de aceptación y duelo. La ID es un sistema factible, y su eficiencia es comparable a la del hospital; de relativa alta complejidad y bajo costo, que enfoca al sujeto de cuidado en su totalidad bio-psico-social; y exige un mayor compromiso y responsabilidad por parte de todos los involucrados, incluidos gerentes de centros de salud, los médicos y otros profesionales sanitarios, sujetos de cuidado, familiares y la comunidad; partícipes necesarios de esta coalición y alianza estratégica en el campo de la salud pública y de la administración sanitaria³⁵.

³³ Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Internación Domiciliaria; Resolución 704/2000. Ministerio de Salud de la Nación (6 de septiembre del 2000). *Óp. Cit.*

³⁴ Young, H. Challenges and solutions for care of frail older adults. Online Journal of Issues in Nursing. 2003; 8(2). Disponible en: www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodica.

³⁵ Roubicek, J.; Salvatore, A.; Kavka, G.; Ferreras, P. y Wiersba, C. La internación domiciliaria diferenciada de agudos. Ensayo. Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata. Argentina.

Desde el punto de vista histórico, en 1999 se creó la Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria (CADEID). La única organización a nivel Nacional sin fines de lucro, con el objeto de divulgar, promover, difundir la actividad y, además, fomentar y coordinar tareas de asistencia, docencia e investigación en internación domiciliaria para consolidar la ID como un sector prestacional dentro del sistema de salud y transformar a la cámara en un interlocutor válido dentro del sistema de salud. En la CADEID [regularizada por las normas C.E.N.A.S (Centro Especializado para la Normalización y Acreditaciones en Salud)] hoy se nuclean 23 de las principales empresas que brindan servicios de ID en el ámbito privado de la salud. “El objetivo principal de la misma es la formación y capacitación de profesionales especializados para la actividad domiciliaria, complementar estándares de calidad en la prestación de ID como así también, asesorar a los asociados en lo que hace a normativas vigentes y metodología de contratación comerciales en el mercado³⁶”. Teniendo como fin elaborar y unificar guías y procedimientos que recategoricen a las empresas asociadas y ayuden a lograr estándares comunes de calidad³⁷.

En cuanto a las normativas que deben seguir las empresas, se clasifica a los servicios de ID en tres niveles de acuerdo a la factibilidad de resolución de los riesgos de enfermar y morir del ser humano.

En el primer nivel se encontrarían aquellos servicios que cubren la mayoría de los casos y se dedican a promoción y protección de la salud, diagnóstico temprano, e internación de pacientes de bajo riesgo. En el segundo nivel se realizan las mismas actividades que el nivel I, pero atienden pacientes más complejos; mientras que el nivel III está formado por el mayor nivel de resolución por lo tanto deben contar con un recurso humano capacitado y recurso tecnológico disponible para tal fin. En base a éstos se definirán los requerimientos mínimos que deben cumplir las empresas de ID en cuanto a planta física, recurso humano, equipamiento y marco normativo de funcionamiento.

En la actualidad el concepto de internación domiciliaria está ocupando un espacio importante en los planes de las obras sociales y prepagas, sobre todo a partir de la implementación desde el Ministerio de Salud del “Programa Médico Obligatorio” (PMO) en

³⁶ Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria. CABA. Disponible en: <http://www.cadeid.com.ar/index1.html>.

³⁷ Centro especializado para la normalización y acreditación en salud. Argentina. Disponible en <http://www.cenas.org.ar/>

el año 1998 (actualizado en el año 2004). El PMO es una canasta básica de prestaciones a través de la cual los beneficiarios tienen derecho a recibir prestaciones médico-asistenciales de forma obligatoria. Las obras sociales y/o prepagas deben brindar las prestaciones contenidas en el PMO como así también otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión de ningún tipo. Esta resolución impulsó a las empresas prestadoras de servicios de ID a un crecimiento exponencial³⁸.

El equipo de ID debe estar compuesto por un plantel multidisciplinario de médicos, enfermeros/as, kinesiólogos/as, asistentes sociales, nutricionistas y psicólogos/as y según la mencionada resolución 704/2000, las empresas de ID deberán contar con un director médico responsable del área asistencial, administrativa y legal; una coordinación asistencial a cargo de un médico con experiencia clínica, responsable del funcionamiento, la coordinación y el control de los profesionales intervinientes; un coordinador de enfermería que deberá ser un enfermero/a profesional a cargo de la coordinación asistencial y la asistencia de enfermería directa, controlando el cumplimiento de las normas administrativas y de procedimientos³⁹. El médico asistencial o de visita, podrá ser un clínico, pediatra o especialista responsable de la admisión, evaluación, diagnóstico, tratamiento, indicaciones médicas, control de la evolución del paciente, contención del paciente-familia y alta domiciliaria. El enfermero/a domiciliario deberá evaluar al sujeto de cuidado, cumplir con el tratamiento médico prescripto, evolucionar al paciente en cada visita, coordinar con las otras disciplinas y servicios complementarios (rayos X, laboratorio, oxígeno terapia, farmacia, ortopedia) para que éstos se realicen en tiempo y forma, registrar en la historia clínica y brindar información, educación pertinente y contención al paciente y la familia.

Dentro del equipo de ID, también se debe contar con un kinesiólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo y asistente social cuyas funciones serán las de evaluación del paciente, cumplimiento del tratamiento médico descripto, registro en la historia clínica, información y contención del paciente y su familia e intercomunicación con el equipo de

³⁸ Fuentes, J.; Montiel, G. y Venesio, C. Para que los pacientes puedan estar cómo en su casa. Revista Médicos. (24): 32. Disponible en: <http://www.revistamedicos.com.ar/numero24/pagina32.htm> y en Programa Médico Obligatorio. Ministerio de Salud de la nación. Resolución 310/2004. Disponible en: <http://www.sssalud.gov.ar/normativas/consulta/000595.pdf>

³⁹ Frías Osuna, A.; Prieto Rodríguez, M.; Heierle Valero, C.; Aceijas Hernández, C.; Calzada Gómez, M. y Alcalde Palacios, A. *et al.* La práctica enfermera en atención domiciliaria: perfil sociodemográfico y práctica profesional. Atención Primaria. 2002; 29(8): 495-501.

salud. Los acompañantes domiciliarios (también llamados cuidadores domiciliarios o ayudantes sanitarios), pueden formar parte del equipo asistencial ya que son personas capacitadas para brindar servicios de cuidado y acompañamiento en el hogar, cuyo objetivo primordial es el de brindar ayuda al sujeto de cuidado y a sus familiares en cuanto a tareas de alimentación, higiene, control de la toma de medicamentos y actividades recreativas; supervisado por un referente formador reconocido por la autoridad sanitaria.

La asistencia de enfermería domiciliar estimula la participación del sujeto de cuidado y de su familia en las actividades asistenciales. La colaboración con la familia y con el sujeto de cuidado durante la ID puede reducir la perturbación de las actividades domiciliarias habituales. Se debe respetar el ambiente domiciliario de una forma diferente a como se hace con el ambiente en las instituciones de salud ya que se establece un vínculo más estrecho y, por ende, una atención más personalizada. El ser consciente de este aspecto estimula la aceptación de la visita profesional y por ende de la ID en general⁴⁰.

En Argentina, en 1991 se sanciona la ley 24004, que regula las normas para el ejercicio profesional de los enfermeros/as. Establece que la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de su competencia derivados de las incumbencias de los títulos habilitantes. Asimismo, dicha ley dice que será considerado ejercicio de la enfermería la docencia, la investigación y el asesoramiento sobre temas de su incumbencia. Esta ley reconoce dos niveles para el ejercicio de la enfermería: el profesional y el auxiliar, y determina las competencias específicas de cada uno de los dos niveles. Al primero le refiere la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de situaciones de salud enfermedad en el ámbito de su incumbencia; mientras que al auxiliar le adjudica la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de enfermería, planificado y dispuesto por el nivel profesional y ejecutado bajo su supervisión⁴¹.

⁴⁰Grajales, Rosa A. Zarate. La Gestión del Cuidado de Enfermería, disponible en la página http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009 y a De Sosa Silva, J.R.; Heck, R.M.; Schwartz, E. y Schwonke, C.R.G.B. El enfermero en el programa de internación domiciliar: la visión del usuario y de la familia. Enfermería Global versión On-line ISSN 1695-6141. Enferm. glob. no.15 Murcia feb. 2009.

⁴¹ Enfermería – Normas para su ejercicio; Ley 24004. Poder Legislativo Nacional (P.L.N.). (23 de octubre de 1991). Disponible en: <http://leg.msal.gov.ar/index2.htm>.

Queda prohibido a toda persona que no esté comprendida dentro de la misma a participar en las actividades o realizar acciones propias de enfermería; y los que actúen fuera de los niveles a los que hace referencia, serán pasibles de sanciones impuestas por el Código Penal. Asimismo, serán sancionadas aquellas instituciones que contraten para realizar las tareas de enfermería a personas que no reúnan los requisitos exigidos en la presente ley.

El ejercicio de la enfermería en el nivel profesional está reservado sólo a aquellas personas que posean título habilitante otorgado por universidades nacionales, provinciales o privadas, reconocidas por autoridad competente; título de enfermero/a otorgado por centros de formación de nivel terciario no universitario, dependientes de organismos nacionales, provinciales o municipales, o instituciones privadas reconocidas por autoridad competente; título, diploma o certificado equivalente expedido por países extranjeros, el que deberá ser revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia o los respectivos convenios de reciprocidad.

El nivel auxiliar está reservado para aquellas personas que posean el certificado de auxiliar de enfermería otorgado por instituciones nacionales, provinciales, municipales o privadas reconocidas por autoridad competente. Establece además que podrán ejercer como auxiliares de enfermería quienes tengan certificado equivalente otorgado por países extranjeros, el que deberá ser reconocido o revalidado de conformidad con la Legislación vigente en la materia.

La ley 24.004 establece además los derechos y obligaciones de los profesionales y auxiliares de enfermería. Son sus derechos ejercer la profesión conforme a lo establecido en la ley y su reglamentación; asumir responsabilidades acordes con la capacitación recibida; negarse a colaborar con prácticas que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales o éticas, y por último contar con garantías adecuadas que aseguren y faciliten el cumplimiento de la obligación de actualización permanente.

Por otro lado, son sus obligaciones respetar en todas sus acciones la dignidad de la persona humana, sin distinción de ninguna naturaleza; respetar en las personas el derecho a la vida y su integridad desde la concepción hasta la muerte; prestar colaboración requerida por autoridades sanitarias en caso de epidemias, desastres u otras emergencias; ejercer la enfermería dentro de los límites de competencia determinados en la ley; mantener la idoneidad mediante la capacitación permanente y mantener el secreto profesional.

Les está prohibido a los profesionales y auxiliares de enfermería someter a las personas a procedimientos o técnicas que entrañen peligro para la salud; realizar o inducir directa o indirectamente en prácticas que signifiquen menoscabo para la dignidad humana; delegar en personal no habilitado facultades, funciones o atribuciones privativas de su profesión o actividad; ejercer la profesión mientras padezcan enfermedades infecto-contagiosas o cualquier otra inhabilitante; publicar anuncios que induzcan a engaño del público y particularmente les está prohibido a los profesionales de enfermería actuar bajo relación de dependencia de quienes sólo estén habilitados para ejercer la enfermería en el nivel auxiliar.

Además, existe la reglamentación 12.245 que regula el ejercicio profesional de los enfermeros/as licenciados/as, profesionales y los auxiliares de enfermería que ejerzan sus actividades en la Provincia de Buenos Aires⁴².

Para el caso del licenciado o profesional estas acciones incluyen valorar la salud del sujeto de cuidado y diagnosticar sus necesidades o problemas de enfermería implementando acciones que puedan satisfacerlas; supervisar las condiciones del medio ambiente de acuerdo a lo requerido por el mismo por su condición; controlar los recursos materiales y equipos necesarios para la prestación del cuidado; colocar sondas y controlar su funcionamiento; colocar drenajes; realizar control de signos vitales; observar, evaluar y registrar signos y síntomas de los sujetos de cuidados y actuar acorde; colaborar en procedimientos especiales de diagnóstico y tratamiento; planificar, preparar, administrar y registrar la administración de medicamentos por vía enteral, parenteral, mucosa, cutánea y respiratoria (natural y artificial), de acuerdo con la indicación médica escrita y firmada. También es función de profesionales o licenciados de enfermería realizar curaciones simples y complejas, realizar punciones venosas periféricas, controlar a los pacientes con respiración y alimentación asistida y catéteres centrales. Participarán de tratamientos quimioterápicos, diálisis peritoneal y hemodiálisis. Brindarán cuidados de enfermería en pacientes en estado crítico con o sin aislamiento, y realizarán actividades en control de infecciones; controlarán ingresos y egresos de pacientes; participarán en la planificación, organización, y ejecución de acciones en situaciones de emergencia y catástrofes. Podrán participar junto a un médico en el traslado

⁴² Reglamento de Ley 12.245. Ejercicio de Enfermería de la Provincia de Buenos Aires. Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires. 2001; Decreto número 2225.

de pacientes; y registrarán evoluciones y prestaciones de enfermería del individuo y de la familia.

Las competencias del nivel auxiliar de enfermería descritas por la misma ley son las de realizar procedimientos básicos en la internación y egresos de los pacientes, preparar y acondicionar los materiales y equipos para su uso habitual, y realizar cuidados de higiene y confort. Podrán asistir en las actividades de nutrición, eliminación vesical e intestinal espontánea, y administrar enemas evacuantes según prescripción médica. Un auxiliar puede a su vez realizar controles de signos vitales, informar al enfermero/a o médico sobre la condición del paciente, y colaborar con procedimientos especiales. Así mismo, podrá aplicar inmunizaciones previa capacitación; podrá preparar al paciente para examen de diagnóstico y tratamiento; colaborará en la rehabilitación del paciente; participará en programas de salud comunitaria, y podrá realizar curaciones simples.

A diferencia de lo que ocurre en la atención ambulatoria, el/la enfermero/a en un domicilio, trabaja solo y funciona como una pieza fundamental sobre el que giran los demás profesionales. Son quienes conocen los detalles de la evolución de los pacientes, el impacto de la enfermedad sobre ellos y su grupo familiar, y son responsables de comunicarlo.

La Resolución 704/00 hace referencia al perfil de los miembros del equipo de ID en su actitud y aptitud para reconocer la importancia de la asistencia integral del paciente, para evaluar los cuidados delegados a la familia o al tutor responsable, y para planificar y coordinar las visitas domiciliarias en función de la situación paciente-familia y patología.

En este sentido, deberán tener la capacidad de integrar un equipo multiprofesional e interdisciplinario, evaluando información relevante en la interacción del tratamiento, debiendo además ser observadores de los aspectos negativos de la situación imperante. Deberán poder trabajar en equipo para darle solución a la problemática que se presenta en la interacción de la tríada paciente - familia - equipo. Los miembros del equipo sabrán adaptarse a las situaciones particulares de cada familia en cuanto a lo socioeconómico, cultural y espiritual, siendo fieles escuchas de las personas y teniendo en cuenta el secreto profesional. Finalmente, el personal deberá actuar con el respeto que se espera de ellos, comprendiendo que es el paciente y su familia los que consienten su ayuda, en situación de enfermedad, en su propio hogar y brindando toda su confianza.

Los servicios ofrecidos por enfermería a la población deben estar orientados al autocuidado y la autorresponsabilidad de la propia persona asistida, siendo necesario para esto formar una metodología de trabajo propia⁴³.

Desde otra perspectiva, en este capítulo también se ha considerado pertinente desarrollar algunas de las teorías de enfermería que son acordes al objeto de estudio rector de esta tesina, decidiendo desarrollar la teoría de los cuidados de Jean Watson⁴⁴ y la teórica del cuidado transcultural Madeleine Leininger⁴⁵, porque desde el punto de vista metodológico, epistemológico y sociológico están acorde con la tesis rectora de este trabajo.

El cuerpo de conocimiento de enfermería surge de teorías generales de aplicación de diversas ciencias, de fundamentos de otras disciplinas y de conceptos propios que le dan categoría de profesión independiente.

Refiriéndonos a los modelos conceptuales son definidos como un conjunto de conceptos abstractos y generales, así como proposiciones que se integran para dar un significado. Incorporan observaciones empíricas, intuiciones de los estudiosos, deducciones combinadas con las ideas creativas del campo de la investigación (Fawcett, 1996). Esto quiere decir que los modelos conceptuales son un conjunto de conceptos que explican de manera general el fenómeno del cuidado, pero los modelos conceptuales son más complejos y generales que las teorías, estos otorgan una explicación muy amplia sobre algunos fenómenos de interés para la enfermería como; el autocuidado, La promoción a la Salud, Las relaciones interpersonales, el Proceso de adaptación entre otros. Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de

⁴³ Calvo Mayordomo, M. J.; Villarrubia, C. S.; Corchero, P. S.; Infantes Rodríguez, J. A. y Maldonado, J. L. Desarrollo del rol enfermero en atención primaria área 1 de Madrid. 2005; 23-26.

⁴⁴ Nos referimos a una teórica estadounidense de la enfermería que obtuvo su licenciatura en 1964, posteriormente, en 1966, adquirió un máster en enfermería de salud psiquiátrica mental, para más tarde obtener un doctorado en psicopedagogía y orientación psicopedagógica en 1973. En la década de 1980, Watson y sus colaboradores fundaron el *Center for Human Caring* en la Universidad de Colorado, siendo el primer centro interdisciplinario del país en emplear el conocimiento del cuidado humano que forma la base científica de su teoría.

⁴⁵ Se trata de una teórica estadounidense considerada como la fundadora y líder de la enfermería transcultural y de la teoría de los cuidados de las personas. Nacida en Nebraska, inició su carrera profesional después de diplomarse en la Escuela de Enfermería de St. Anthony, en Denver. Tras su licenciatura, realizó estudios de administración, enseñanza y diseño de planes de estudio de enfermería en la Universidad Creighton, Omaha. En 1954, Leininger obtuvo un M.S.N. en enfermería psiquiátrica por la Universidad Católica de América en Washington, DC y, con posterioridad, el grado de Doctor en antropología en la Universidad de Washington (Seattle).

interés para la disciplina, por lo tanto, se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado⁴⁶.

Jean Watson elabora su teoría llamada “Del cuidado humano” sosteniendo que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del “paciente”, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

Watson (1988) plantea que la enfermería es una profesión que tiene responsabilidades éticas y sociales tanto para con los individuos que cuida como para la sociedad en general. Pone como punto de partida lo afectivo, los sentimientos y las emociones realizando una perfecta unión entre las creencias tradicionales y las ciencias humanas; para ella el “cuidado humano es una idea moral que trasciende el acto y va más allá de la acción de una enfermera produciendo actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la civilización humana”⁴⁷. En su teoría establece siete supuestos básicos:

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
6. El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

La base de la teoría de Watson es la práctica enfermera en los siguientes 10 factores de cuidado. Cada uno de ellos tiene un componente fenomenológico relativo a los individuos

⁴⁶ Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones Rol; 1989:305.

⁴⁷ Watson J. “Ciencia Humana y cuidado humano: una teoría de enfermería”. New York, Nacional League for Nursing. 1988.

implicados en la relación que abarca la enfermería. Los tres primeros factores independientes sirven como “fundamento filosófico para la ciencia del cuidado” (Watson, 1979. pp. 9-10)⁴⁸.

1. Formación de un sistema humanístico-altruista de valores. Los valores humanísticos y altruistas se aprenden pronto en la vida, pero pueden recibir una gran influencia por parte de las enfermeras-educadores (Watson, 1979).
2. Inculcación de la fe-esperanza. Este factor facilita la promoción del cuidado enfermero holístico y del cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermera-paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas que buscan la salud (Watson, 1979).
3. Cultivo de sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. El reconocimiento de los sentimientos lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera como para el “paciente”. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sus sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás (Watson, 1979).
4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza. El desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz. La coherencia implica ser real, honesto, genuino y auténtico. La empatía es la capacidad para la experiencia y, por lo tanto, sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otra persona para comunicar aquellas comprensiones. La acogida no posesiva se manifiesta con un volumen moderado del habla; una postura relajada, abierta, y las expresiones faciales, que son coherentes con el resto de las comunicaciones. La comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales (Watson, 1979).
5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos. El hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para los sentimientos positivos como negativos (Watson, 1979).
6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones. El uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a la sistematización y a la organización (Watson, 1979).
7. Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal. Este factor es un concepto importante para la enfermería por que separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza-aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer oportunidades para su crecimiento personal (Watson, 1979).
8. Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual. Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas se incluyen

⁴⁸ Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. Boston: Little Brown; 1979.

otras variables externas como la comodidad, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables (Watson, 1979).

9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas. La enfermera reconoce sus propias necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales y las del paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades del menor rango antes de intentar cubrir las de un rango superior. La comida, la eliminación de residuos y la ventilación son algunos de los ejemplos de las necesidades biofísicas de mayor rango, mientras que la actividad, la inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de mayor rango. La consecución y la afiliación son necesidades psicosociales de rango superior. La autoactualización es una necesidad superior intrapersonal-interpersonal (Watson, 1979).
10. Permisi3n de fuerzas existenciales-fenomenol3gicas. La fenomenología describe los datos de la situaci3n inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuesti3n. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenol3gicos. Watson considera que este factor es difícil de comprender. Se incluye para ofrecer una experiencia que estimule el pensamiento a una mejor comprensi3n de uno mismo y de los demás. Watson cree que la responsabilidad de las enfermeras tiene que ir más allá de los 10 factores del cuidado y facilitar el desarrollo en el área de promoci3n de la salud mediante acciones preventivas de salud. Esta meta se alcanza enseñando cambios personales a los pacientes para fomentar la salud, ofreciendo apoyo situacional, enseñando métodos de resoluci3n de problemas y reconociendo las capacidades de superaci3n y adaptaci3n a la p3rdida (Watson, 1979).

Con estos supuestos y factores elabor3 su teoría y defini3 los conceptos metaparadigmáticos de la siguiente manera:

- Salud: tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) Est3 asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.
- Persona: Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeaci3n y ejecuci3n de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.
- Entorno: Espacio de la curaci3n. Watson reconoce la importancia de que la habitaci3n del paciente sea un calmante, cicatrizante. La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenol3gico, incluye la percepci3n de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)
- Enfermería: Watson afirma que la pr3ctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y adem3s integrar los conocimientos científcos para guiar la actividad. Esta asociaci3n humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Est3 centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona⁴⁹.

⁴⁹ Watson, Jean (Ed 7). (2011). Edici3n en Espaól de la Séptima Edici3n de la Obra original en inglés *Nursing Theorists and Their Work*. Barcelona- España: Elsevier España S.L.

En cuanto a la teoría de Leininger, la misma se basa en disciplinas como la antropología y la enfermería, ha definido a la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo, el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, así como el modelo de conducta. El propósito de la teoría consiste en evidenciar las particularidades de los cuidados de los humanos según la visión del mundo, la estructura social y otras dimensiones para después descubrir formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes.

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables⁵⁰. Leininger afirma que, puesto que la cultura y el cuidado son los medios más amplios y holísticos para conceptualizar y entender a las personas, este saber es imprescindible para la formación y la práctica de las enfermeras. Además de crear la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales enfermeros, que tiene sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y de este modo podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen o necesiten de los profesionales.

La cultura representa los modos de vida sistematizados y los valores de las personas que influyen en sus decisiones y sus acciones. Por tanto, la teoría está enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran conocimientos acerca del mundo del paciente y para que estas hagan uso de los puntos de vista interno, sus conocimientos y su práctica, todo con la ética adecuada.

El cuidado cultural constituye la teoría holística más amplia de la enfermería, puesto que tiene en cuenta la vida humana en su plenitud y su perspectiva holística en un periodo de tiempo concreto⁵¹.

Según Leininger, la teoría de la diversidad y la universalidad del cuidado cultural tiene algunas características distintivas: es la única teoría que se centra explícitamente en el descubrimiento holístico y global del cuidado cultural y es una teoría que puede utilizarse en

⁵⁰ Leininger, M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. Cultura de los cuidados 1999.

⁵¹ Leininger, M. Teoría de los cuidados culturales. En: Marriner, A. y Raile, M. Modelos y teorías de enfermería. 6a ed. Philadelphia: Mosby; 2007.p. 472-98.

culturas occidentales y orientales. Es la única teoría centrada en descubrir factores globales que influyen en el cuidado de los humanos como punto de vista del mundo, factores de la estructura social, el lenguaje, cuidados genéricos y profesionales etnohistoria y contexto ambiental.

La teoría de Leininger se basa en la antropología y en la enfermería, aunque al reformularse, ha pasado a una teoría de enfermería transcultural bajo una perspectiva del cuidado humano.

En su propia investigación Leininger usa hábilmente la etnoenfermería, la etnografía, las historias y las anécdotas de personas, las fotografías y los métodos en los que se utilizan los fenómenos que aportan una valoración holística para poder estudiar la conducta cultural en diversos contextos del entorno.

Los conceptos principales de su teoría son⁵²:

- Cuidados y prestación de cuidados humanos: hacen referencia a los fenómenos abstractos y concretos que están relacionados con experiencias de asistencia, apoyo y autorización o con conductas para con los demás que reflejen la necesidad evidente de la persona o de los estilos de vida para afrontar discapacidades o la muerte.
- Cultura: hace referencia a los valores, creencias, normas, símbolos, parámetros y modelos de vida de individuos, grupos o instituciones, aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra.
- Cuidados culturales: actos de prestación de cuidados de ayuda, de apoyo, facilitación o capacitación sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo y hacia los demás, centrados en necesidades evidentes o anticipadas para la salud o el bienestar del cliente o para afrontar discapacidades, la muerte y otras condiciones humanas.
- Diversidad de los cuidados culturales: hace referencia a las variables, diferencias de los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados en o entre colectivos, relacionados con las expresiones de asistencia, apoyo o capacitación de los cuidados a las personas.
- Universalidad de los cuidados culturales: se refiere a la similitud o uniformidad en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan el cuidado como una humanidad universal.
- Concepción del mundo: se refiere a la forma en que las personas o los grupos tienden a mirar hacia su mundo o universo para formarse una imagen o un punto de vista sobre sus vidas o sobre el mundo que les rodea.
- Contexto de entorno: se refiere a la totalidad de un entorno (físico, geográfico o sociocultural), situación o hecho con experiencias relacionadas, que otorgan significados que guían las expresiones y decisiones humanas con referencia a un entorno o situación particular.
- Salud: significa el estado de bienestar o recuperación que se define, valora y practica culturalmente por parte de individuos o grupos que les permite funcionar en sus vidas cotidianas.

⁵² Marriner, A. Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y universalidad en: Modelos y Teorías de Enfermería, 5ª ed. Ed. Mosby. Madrid, 2005. p. 501-527.

- Enfermería transcultural: hace referencia a un área formal de conocimientos y de prácticas humanísticas y científicas centradas en fenómenos y competencias del cuidado (prestación de cuidados) cultural holístico para ayudar a individuos o grupos a mantener o recuperar su salud (o bienestar) y para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas, de forma culturalmente coherente y beneficiosa.
- Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales: se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a las personas de una cultura determinada a recuperar o conservar valores de los cuidados significativos para su bienestar, a recuperarse de las enfermedades o a saber afrontar impedimentos físicos o mentales, o la misma muerte.
- Persona: ser cultural que ha sobrevivido al tiempo y al espacio.
- Cuidado: acciones dirigidas a la asistencia, al apoyo o a la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo.
- Salud: creencias valores y formas de actuar reconocidas culturalmente y utilizadas con el fin de preservar y mantener el bienestar de una persona o un grupo y permitir la realización de las actividades cotidianas.
- Entorno: todos los espacios contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales⁵³.

La Teoría de enfermería del déficit de auto cuidado se expresa mediante tres teorías⁵⁴

Teoría de sistemas enfermeros

Es una teoría unificadora que incluye todos los elementos esenciales. Esta teoría señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente, y para familias u otros grupos multipersonales.

Teoría del déficit de autocuidado

⁵³ Marriner Tomey, A. y Raile Alligood, M. Modelos y teorías en enfermería, 7a ed., Madrid: Elsevier España; 2011. Capítulo 22.

⁵⁴ Berbiglia, V.A. & Banfield, B. (2011). *Teoría del déficit de autocuidado*. En M. Raile Alligood. & A. Marriner Tomey. (Ed), *Modelos y Teorías en Enfermería* (pp. 265-276). España: Elsevier.

En la cual la teórica desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería. La idea central de esta teoría es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o de la persona dependiente de ellos. El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender el papel del paciente en el autocuidado.

Dorothea Orem. Teoría del autocuidado⁵⁵

Esta teoría sirve de fundamento para las demás, y expresa el objetivo, el método y los resultados de cuidarse a uno mismo. El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por si solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrece la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con los periodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales. La teoría del autocuidado

⁵⁵ Teórica de la Enfermería moderna y creadora del déficit del autocuidado. Define en su teoría que el objetivo del profesional de Enfermería consiste a ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado, para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar consecuencias de la misma.

también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresa el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros.

Mientras que los metaparadigmas desarrollados en su teoría son:

- Persona: La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
- Cuidado o enfermería: los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones, con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros.
- Salud: los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo de la sostenibilidad de vida los estímulos reguladores de las funciones.
- Entorno: Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.

Algunos aspectos sociológicos

Desde el punto de vista sociológico apelaremos a los conceptos “de estatus y rol social” del sociólogo alemán Max Weber. Entendido el primero como la posición social obtenida dentro un contexto y una situación social determinados ya que, en la vida social, las conductas de los individuos suelen ajustarse a ciertas regularidades. Por otra parte, cuando Weber habla de rol se refiere a un conjunto de conductas acordes con su estatus, también definidas socialmente, atendiendo a las normas integradoras y reguladoras de la sociedad. Desde esta perspectiva, todas las personas interactúan desde un estatus y un rol. Cada situación delimita los comportamientos y las expectativas socialmente esperados y ayuda a anticipar el desarrollo de las interacciones sociales. Para el sociólogo alemán, las personas también ocupan más de un estatus-rol en una misma etapa de su vida: docente, madre, amiga, etcétera. Los estatus adscriptos son las posiciones sociales definidas por la edad, la familia en la que nació la persona, el sexo u otras características que se definen a partir del nacimiento o son heredadas. Por ejemplo, ser hombre o mujer, anciano o niño, entre otras⁵⁶.

Los estatus adquiridos son aquellos en los cuales los individuos se ubican como resultado de su experiencia de vida, en algunos casos son el resultado de la decisión y el esfuerzo personales y se consiguen solo luego de demostrar sus capacidades o su derecho

⁵⁶ Weber, Max (2008) *Escritos políticos*. Madrid: Alianza Editorial.

para ocuparlos. Se llega a ellos por propia elección, competencia y actitudes, por ejemplo, las profesiones: médico, maestro, etc.⁵⁷.

Otro de los conceptos que ha sido tomado en cuenta es el concepto durkheniano de la solidaridad⁵⁸, definida como el sentimiento de unidad basado en metas o intereses comunes, es saber comportarse con la gente. Así mismo, se refiere a los lazos sociales que unen a los miembros de una sociedad entre sí. Durkheim en diversas obras como *La división del trabajo social* y *Educación y sociología*, sostuvo que tanto la sociedad tradicional como la moderna mantiene la cohesión o la unión debido a la solidaridad, para este autor hay dos tipos de solidaridad: la solidaridad mecánica y la solidaridad orgánica. La primera es propia de sociedades tradicionales, esta solidaridad surge de la conciencia colectiva: la identificación con un grupo social se produce por las condiciones de igualdad, en tanto los individuos tienen "cosas en común", que producen un fuerte compromiso. En cuanto a la división del trabajo, si bien no hay especialización, existe la división sexual del trabajo.

La pena represiva (punitiva) es propia de aquellas sociedades primitivas con fuertes estados de conciencia colectiva, para las cuales el crimen es una ofensa a toda la sociedad. Por eso, se hace necesaria una dura pena. La razón porque no tiene que especificarse la naturaleza de la obligación moral en el derecho represivo, dice Durkheim, es evidente: porque todo el mundo le conoce y lo acepta.

Durkheim plantea que con la división del trabajo social propia de la solidaridad orgánica que se establece en las sociedades modernas se genera una especialización que conlleva a una individualización y establece que la sociedad mantiene la cohesión social a pesar de disminuir la conciencia colectiva ya que se genera entre los actores sociales estrechos lazos de interdependencia. Es precisamente este último concepto el de mayor utilidad para el desarrollo de este trabajo de investigación. Afirma que la fuerte especialización de cada individuo origina una gran interdependencia, base de la cohesión y solidaridad grupal, de las personas con su sociedad. A esta clase la llama "solidaridad orgánica"⁵⁹.

⁵⁷ Weber, Max (1964) *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. México, D. F: Fondo de Cultura Económica.

⁵⁸ Weber, Max (1987) *La división del trabajo social*. Madrid: Akal.

⁵⁹ Weber, Max. *Óp. Cit.*

Emerge a raíz de la diferenciación de funciones y de la división del trabajo. En la medida en que los individuos especializan sus funciones requieren de otros individuos para sobrevivir. La familia que antes era autosuficiente requiere ahora de otros, es dependiente del resto de los individuos de la sociedad. En las formas de solidaridad orgánica los individuos se desmarcan del grupo, formando una esfera propia de acción, pero al mismo tiempo la división del trabajo y la separación de funciones es la fuente o condición de equilibrio social.

Existen las individualidades dentro de las sociedades primitivas, todo está regido por la conciencia colectiva del lugar o comunidad, y que al desaparecer esto surgen las interdependencias entre las personas, no las individualidades en términos del ser.

En *La División del Trabajo* (1893), acentúa el valor del orden social como consenso social firmemente determinado. Al respecto dice: “la modesta sociedad compleja no tiende inevitablemente a la desintegración, a pesar de que es menor la importancia de las creencias morales tradicionales. La condición moral de la división diferenciada del trabajo es la estabilidad orgánica”.

Es decir, la existencia del contrato presupone normas que no son el resultado de vínculos contractuales, sino que constituyen los compromisos morales generales sin los cuales la formación de tales vínculos no podría proceder de una manera ordenada.

Otro de los aspectos a tener en cuenta es el concepto de socialización entendido como un proceso de influjo de persona y sus semejantes, que resulta de aceptar las pautas de comportamiento social y adaptarse a ellas. Va cambiando a lo largo de toda la vida, de una cultura a otra o dependiendo de un estatus social, de un rol o de una ocupación.

Es un proceso mediante el cual se inculca la cultura a los miembros de la sociedad, desarrollando habilidades necesarias para la participación adecuada en la vida social. La vida social humana está gobernada por normas o reglas, lo que provoca por derivación comportamientos apropiados e inapropiados. No todos se ajustan a las expectativas sociales de cumplimiento de normas, por lo tanto, las personas en ocasiones de desviación de las normas que se suponen deben respetar. Se entiende por desviación la no conformidad a una suma o una serie de normas aceptadas por la mayoría de los miembros de una comunidad o sociedad.

Todos transgredimos alguna norma, entendida como una práctica habitualizada que sirve de pauta de comportamiento como resultado de la socialización, en determinada circunstancia y este desvío se diferencia del delito en que este último consiste en la transgresión de las leyes. La desviación no sólo se refiere al comportamiento individual sino también grupal⁶⁰.

Ahora bien, existen individuos que estando conformes o no cumplen la norma y cada una de estas normas sociales van acompañadas de sanciones que protegen contra su no conformidad y estas pueden ser formales o informales. Ejemplo: tribunales, prisiones, policía, multas, entre otros. La finalidad de la sociedad es crear miembros a su imagen y el individuo es un producto de la sociedad.

Desde otra perspectiva Talcott Parsons, propone el modelo de sick rol, un concepto teórico que describe la relación médico - paciente como una forma temporal, sancionada de comportamiento irregular. Este autor abarca teorías provenientes tanto del análisis freudiano, del funcionalismo, así como de los trabajos de Max Weber (tipos ideales) que pueden ser usados para elucidar las fuerzas sociales intervinientes en episodios de enfermedad. De Freud toma el concepto de transferencia y contra - transferencia que lleva a Parsons a relacionar la relación paciente como la que se establece entre padres e hijos.

La persona enferma paradójicamente puede entrar en conflicto con el hecho de no querer recuperarse de su estado para continuar disfrutando de un “ventajas secundarias” (atención, exención de los deberes normales) a cambio de buscar consejo médico y conformarse con el tratamiento. Desde el punto de vista de los tipos ideales de autoridad weberiana el más aplicable para Parsons es el racional/ legal (reglas abstractas, orden impersonal, solo obedece al derecho, jerarquía administrativa, requiere de formación profesional, se atiene a lo establecido).

De ahí que para Parsons los médicos sirven de pauta de comportamiento y como resultado de la socialización sick rol⁶¹ parsoniano tienen el poder de decidir la aptitud para trabajar y para exigir conformidad del sujeto de atención con el tratamiento propuesto por ellos.

⁶⁰ Giddens, A. (1994). *El capitalismo y la moderna teoría social*. Quinta Edición. [Véase Karl Marx, Émile Durkheim y Max Weber]. Barcelona: Idea Book.

⁶¹ Leyva Ramos, Miguel “El Sick rol parsoniano”. Material de cátedra. Mar del Plata: UNMDP.

Otro aporte teórico significativo es el desarrollado en el texto *La nueva pobreza en la Argentina* de Alberto Minujin y Gabriel Kessler⁶², donde abordan críticamente cuáles son los factores que conllevan a ciertas familias a disminuir y hasta suprimir la relación con los circuitos sanitarios:

- a. Factores económicos: Debido al cobro de aranceles para algunas prestaciones del sector público o no está incluida en la cobertura social o prepaga. Se suma a esto la dificultad o imposibilidad del afrontar los gastos de los medicamentos.
- b. Factores culturales: El hecho de pensar que las instituciones públicas de salud no cumplen con los requisitos, ni alcanzan el nivel mínimo de confianza y seguridad, unida al nivel de escasez de insumos y el deterioro de las infraestructuras de las instituciones públicas de salud que contribuyen a extender esta estigmatización.
- c. Factor burocrático: Acudir a un servicio público requiere a veces la pérdida de un día de trabajo y eso perjudica e imposibilita a los cuentapropista o trabajadores informales. Si a este se le suma un circuito de trámites, los escasos de turnos, trabas que para muchos son desalentadoras y obstaculizan la con concurrencia a estos servicios y, por lo tanto, contribuye a la deserción de estos sectores más carenciados a los circuitos sanitarios.

Para poder entender la crisis estructural que atraviesa el sistema capitalista mundial y su impacto en la región latinoamericana se ha considerado necesario retrotraernos a los tiempos inaugurales de la revolución cubana y su influencia sobre ciertos sectores políticos de los países que conforman esta región, así como a la contraofensiva de la administración Kennedy a través de la “Alianza del progreso”⁶³.

Desde el punto de vista geopolítico se procede a otorgar formación militar, a miembros de la extrema derecha que una década más tarde tuvieron un papel determinante en el plan sistemático de detención y desaparición de los sectores de la izquierda más radicalizados, proceso conocido como operación cóndor, que tuvo para la argentina , efectos devastadores, ya que provocó el aumento de la deuda externa y que desde el punto de vista factico y estratégico, se trasladó entre países y desaparición y muerte de personas consideradas por dichos regímenes como subversivas del orden instaurado y funcionales, según criterios, a los intereses del marxismo internacional.

⁶² Minujin, A. y Kessler, G. (2002) *La nueva pobreza en la Argentina*. Buenos Aires: Temas de hoy.

⁶³ Plan que consistía en la inyección de capitales cuyas fuentes serian diversas agencias financieras públicas y privadas. Los 200 000 millones de dólares destinados a este propósito tenían como objetivo “mejorar la vida de todos los habitantes del continente;” para ello se proclamaron varias medidas de carácter social tendientes a mejorar la educación la sanidad y la bienviven), mientras que desde el aspecto político procuraba defender la democracia regional frente a la influencia cubana y soviética. En este sentido, el gobierno de los Estados Unidos de América se comprometía a cooperar en aspectos técnicos y financieros.

Derivado de este contexto, a fines de la década del ochenta del pasado siglo, desde lo organismo financieros internacionales se propone un paquete de medidas económicas, conocidas como consenso de Washington, consideradas durante de los años 90, como el mejor programa económico que lo países latinoamericanos deberían aplicar para impulsar su crecimiento. Hay que puntualizar que dichas medidas eran lo que entendía el complejo político-económico-intelectual con sede en Washington DC., como las mejores para el requerido progreso de todos los países en vías de desarrollo. Sin embargo, el consenso no logro los resultados esperados. Pues las estrategias se centraron más en la eficiencia que en ampliar la productividad y por ende el crecimiento, por lo que estas reformas verdaderamente no inducían al mismo⁶⁴.

El consenso de Washington ha recibido gran cantidad de críticas. Quizás las más importantes sean las que le formulara Joseph Stiglitz y los críticos de la liberación como Noam Chomsky o Naomi Klein, quienes ven en el mismo un medio para abrir el mercado laboral de las economías del mundo subdesarrollado a la explotación por parte de compañías de primer mundo. Otras críticas provienen desde la antiglobalización hasta del mismo liberalismo económico junto con algunas de sus corrientes: la escuela clásica y la escuela austriaca. Ellos argumentan además que los países centrales imponen las políticas del consenso de Washington sobre los países periféricos de economías débiles, mediante una serie de organizaciones burocráticas supraestatales como el banco mundial y el fondo monetario internacional, además de ejercer presión política y extorsión. Se argumenta también, de forma muy generalizada, que el consenso de Washington no ha producido ninguna expansión económica significativa en Latinoamérica, y si en cambio algunas crisis económicas severas y la acumulación de una deuda externa que mantiene a estos países atados al subdesarrollo⁶⁵.

A su vez, semejantes medidas provocan el achicamiento del estado y el recorte de los fondos presupuestarios que tienen un fuerte impacto en las políticas sociales, aunque acatadas en Latinoamérica (especialmente en países como Chile y Argentina), han sido criticadas

⁶⁴ Martínez Rangel, Rubí y Soto Reyes Garmendia, Ernesto. El Consenso de Washington: la instauración de las políticas neoliberales en América Latina. En www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n37/n37a3.pdf.

⁶⁵ Martínez Rangel, Rubí y Soto Reyes Garmendia, Ernesto. *Óp. Cit.*

desde dentro de estas mismas sociedades en trabajos como el de José Luis Coraggio⁶⁶. Los balances sobre la economía latinoamericana de las dos últimas décadas evidencian el fracaso del neoliberalismo; lo que se pone de manifiesto en el aumento de números de pobres e indigencia en Latinoamérica y el Caribe, particularmente en niños y adolescentes.

También un alto porcentaje de poblaciones urbanas y rurales de la región viven en condiciones desastrosas de hacinamiento masivo, pobreza extrema, violencia y marginalidad; no tienen acceso a servicios básicos de atención primaria de la salud ni de saneamiento y carecen de suministro de agua potable. Tales indicadores –como confirma el informe de la CEPAL 2000, denominado “equidad, desarrollo y ciudadanía”– constatan el incumplimiento de las expectativas de crecimiento esperadas. El crecimiento económico y el aumento de la productividad no solo no alcanzan para acortar la brecha que nos separa de los países más desarrollados, sino que son insuficientes para superar los graves problemas de pobreza que aquejan a la región⁶⁷.

El neoliberalismo también ha producido la reducción de los salarios, el aumento del desempleo, la pérdida de las principales conquistas laborales, aumento del trabajo infantil e incremento del empleo informal. A lo anterior se suma la flexibilización de las legislaciones laborales que en los hechos resquebrajan el carácter social contenido en las mismas, lo que se manifiesta en el deterioro de las condiciones de trabajo y seguridad laboral, y en el deterioro de las condiciones de trabajo y seguridad laboral, y en la reducción del pago de obligaciones provisionales con el propósito de reducir los costos laborales⁶⁸.

El cambio de la política social se ha realizado mediante una propuesta en donde el bienestar social pertenece al ámbito de lo privado rentable, y la acción pública como lo ha señalado la propia organización de las Naciones Unidas, se limita al combate de la pobreza extrema.

Tanto en el contexto político internacional en general, como al ámbito universitario argentino en particular, podría ser abordado también desde el concepto “modernidad líquida” de Zygmunt Bauman, categoría sociológica que pretende ser metáfora figurativa del cambio

⁶⁶ Coraggio, J.L. y Torres, Rosa María (1999) “Las crisis y las universidades públicas en la Argentina”, en Mollis, M. (comp.) *Las universidades en América Latina, ¿reformadas o alteradas?, la cosmética del poder financiero*. Buenos Aires: CLACSO.

⁶⁷ Coraggio, J.L. y Torres, Rosa María (1999) *Óp. Cit.*

⁶⁸ Bauman, Zygmunt [2000] (2003) *Modernidad líquida*. Buenos Aires: FCE.

y la transitoriedad, de la desregulación y la liberación de los medios e intenta dar cuenta a la precariedad de los vínculos humanos en una sociedad individualista y privatizada, marcada por el carácter transitorio y volátil de sus relaciones. Sociedad líquida, como la ha definido Bauman, cambiante, incierta, imprevisible que refleja la decadencia del estado de bienestar y genera un tiempo sin certezas, donde la flexibilización laboral y la liberación de los mercados arruina la previsión de futuro. Tensiones no sólo sociales sino existenciales que se producen cuando los humanos nos relacionamos, concibiendo estado transitorios y volátiles de sus vínculos (desvinculación), el miedo a establecer relaciones duraderas, la fragilidad de los lazos solidarios que parecen depender exclusivamente de los beneficios que generan. Semejante fragilidad junto a la “desterritorialización” provocada por la fractura de “la ciudad amurallada” (Sloterdijk), que deja de ser un refugio para convertirse en fuente esencial de todos los peligros. Nos enfrentamos entonces, según el autor, a un mundo mini cultural, globalizado, poli céntrico que se complica por la inestabilidad provocada por los diversos motivos, a saber: atentados y sabotajes terroristas, xenofobia, epidemias, hambrunas, accidentes, guerras, estigmatización de las minorías étnicas y sexuales, los cuales generan miedo e inseguridad entre sus habitantes⁶⁹.

Louis Althusser y el materialismo estructural francés

La línea de trabajo más conocida de Althusser tiene que ver con sus estudios de la Ideología y AIE (Aparatos ideológicos de Estado). Este ensayo establece el concepto de ideología, y lo relaciona con el concepto gramsciano de hegemonía. Si bien la hegemonía en Gramsci está en última instancia determinada por fuerzas políticas, el concepto althusseriano de ideología se apoya en los trabajos de Sigmund Freud y Jacques Lacan sobre lo imaginario y la fase del espejo, y describe las estructuras y los sistemas que nos permiten tener un concepto significativo del yo (*moi* en Lacan).

Estas estructuras, según Althusser, son agentes represivos inevitables (y necesarios). Es bajo la influencia de Lacan que define la ideología como la representación de una relación imaginaria con las condiciones reales de existencia. Para Althusser la ideología es ahistórica pues, al igual que el inconsciente freudiano, es eterna; es decir, que siempre habrá ideología.

⁶⁹ Leyva Ramos, Miguel. Acerca de la modernidad líquida: crisis estructural del sistema capitalista. En Leyva Ramos, Miguel y Celaya, Laura A. (2015) El ingreso en la educación superior: un dilema institucional.

Para Althusser ésta no es una forma de "engañar" o de "conciencia falsa" sino más bien una relación normal de individuos con la sociedad. La ideología, como ya vimos, es la relación imaginaria (sucede en la mente) de los sujetos con sus relaciones sociales.

El papel de la sociedad como reproductora de elementos ideológicos.

Althusser considera como aparatos de estado a los elementos reguladores y represores de una sociedad creados en dos niveles, el primero contiene a las instituciones gubernamentales como el gobierno, el sistema de administración y recaudación con sus respectivas formas de sancionar, y el segundo plano relativo a las funciones formativas: religión, educación formal, la familia, los gremios, entre otros.

El estudio de los valores donde estamos inmersos, la identidad del individuo se ve alterada en correspondencia con su posición en el sistema, las relaciones de producción y la opresión derivada de la explotación entre las clases sociales y la división del trabajo.

La investidura de la identidad toma lugar de acuerdo con la serie de actos en la identificación de los valores impuestos por las leyes de la religión, la familia, ética, política, entre otras. Sometiéndose a partir de los valores existentes en la sociedad.

Castoriadis, algunas aproximaciones a los conceptos instituido/instituyente⁷⁰

La sociedad es siempre institución y se despliega de la lógica de conjuntos-identitaria. No podemos ni hablar ni pensar sin el lenguaje; para cuestionar a la institución nos valemos solamente de su historia, de su lógica, es decir de ella misma. Muchas veces, la sociedad y la época del investigador le impiden ver el entrecruzamiento entre la lengua y la técnica, pero sin lenguaje no hay pensamiento; es creación espontánea de un colectivo humano y no puede ser de otra forma; es decir, no se pudo planificar ni idear más que en la reproducción misma.

La sociedad no es cosa, sujeto, idea, colección o sistema. Toda relación entre objeto y sujeto es una relación social y sólo son lo que son porque así lo ha instituido cada sociedad en particular. No hay articulación de lo social que se dé de una vez para siempre, la articulación a las partes es creación de cada sociedad que se instituye como modo y tipo de coexistencia en general como creación específica de la sociedad en cuestión. La articulación

⁷⁰ Para la realización del resumen de los rasgos generales del pensamiento de Cornelius Castoriadis acerca del proceso Instituido/Instituyente hemos tomado como referencia bibliográfica los textos de Castoriadis: (2007) *El imaginario social instituyente*. París: Biblioteca Omegalfa, París; así como (2013) *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Tusquets.

de lo social se representa en lo técnico, lo económico, lo religioso, lo jurídico, lo político, como modo de institución de lo social particular.

Para comprender el comportamiento de una sociedad y sus instituciones hay que tomar en cuenta otros dos elementos o manifestaciones, lo instituido y lo instituyente. Lo primero nos indica los aspectos que han sido establecidos como representaciones de la realidad a la que los miembros de la sociedad se ciñen; es lo que une y ordena de manera incuestionable las diversas partes y elementos. Es lo inamovible y permanente y se encuentra en cada cultura, con sus particularidades y con sus estructuras.

Lo instituyente se presenta de manera menos evidente. La sociedad instituyente es la autodestrucción de la sociedad en tanto que instituida, es la autocreación de otra sociedad a manera de palimpsesto. En la aparente conservación de los modos y las formas, lo que permanece constantemente es la alteración de los mismos, es decir, se mantiene gracias a las transformaciones incesantes. Castoriadis nos dice que por debajo de lo instituido hay una potencia instituyente que convierte lo social en algo inestable, alejado del equilibrio; el agente que activa y moviliza esa potencia desestructurante es el pueblo, la gente; sin embargo, un nuevo tipo de sociedad nunca sustituye instantáneamente la estructura disuelta o en ruinas.

Lo instituyente es tanto la fractura como su causa en las estructuras sociales. No se puede crear de la nada ni con fines utilitaristas; es decir, es un proceso de cambio que no se reconoce a simple vista a pesar de estar presente de manera permanente. Los individuos no pueden generar factores instituyentes a voluntad a pesar de estar colaborando con las fracturas y discontinuidades sociales a partir de la conciencia de la institución y de la sociedad; es un proceso que se da de manera colectiva y con manifestaciones de tiempo propias: autocreación y autodestrucción, simultáneas.

La familiaridad que tenemos con la capacidad de crear suspende la sorpresa de su misma existencia; las discontinuidades son ignoradas en su enlace que es inesperado y discontinuo, es el lugar por el cual se acuña la potencia de la imaginación. La decadencia de las sociedades está inscrita en la vida colectiva por las mismas razones que la reproducción de las instituciones y el dinamismo capaz de inventar nuevas formas de relaciones humanas.

En el campo de creación de lo sociohistórico las sedes de creación se reconocen en lo colectivo humano y se extiende en un campo englobador que incluye contactos e

interacciones con otros campos particulares; la cultura y las alteraciones particulares del medio, son reductible a esto. El pensamiento es histórico: es decir, cada manifestación es un momento en un encadenamiento histórico, a manera de una expresión particular. Esto aplica a todas las instituciones primordiales sin las cuales no habría vida social; es decir, no podría haber raza humana. El pensamiento social es el momento del medio social que actúa sobre él sin ser reductible a este hecho. Lo histórico social constituye la condición esencial de la existencia en tanto pensamiento y reflexión, no es exterior sino intrínseca y participa activamente de la existencia.

El individuo siempre está o ha sido socializado; los hombres son fragmentos hablantes de cada sociedad, pero se les debe considerar como seres totales, ya que encarnan el núcleo esencial de las instituciones y las significaciones. Una asamblea de individuos puede producir una sociedad porque los individuos ya están socializados. No es una simple adjunción de elementos exteriores, sino del núcleo psíquico, generando efectos inextricablemente entramados con la psique.

Erving Goffman y la estructura del yo⁷¹

En su obra Goffman pretende analizar el comportamiento de las personas en una realidad determinada, para definir así las actuaciones de los individuos en sus interacciones. Crea así una distinción básica en la interacción de los individuos, entre la escena y la trasescena (backstage): en el escenario existen todas las interacciones que la gente hace delante de los demás, mientras que la parte trasera domina toda las que se mantienen ocultas o se guardan.

Para Goffman el teatro es un modelo que nos permite entender la vida social y los hombres son como actores que se esfuerzan permanentemente a lo largo de toda su vida social para transmitir una imagen convincente de sí mismos frente a los diversos auditorios a los que se enfrentan (la familia, los amigos, la escuela, la oficina, etc.). No importa lo que uno sea realmente, sino lo que se logra parecer.

Para Goffman en la vida diaria, desde que nos levantamos, nos ponemos una máscara la cual va cambiando según la situación en la que estamos inmersos en ese momento, acorde a la interacción que estamos teniendo en ese instante. Creamos nuestra máscara mediante las

⁷¹ Goffman, Erving (2001) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

máscaras del otro, el yo es creado por el otro. Esta máscara también cambia dependiendo de si estamos en lo que él llama el backstage que es donde nos preparamos y estudiamos nuestro papel para salir al *stage*, para entrar en escena.

¿Pero si siempre estamos actuando, entonces que es ser uno mismo? Lo que Goffman llama el *self*, en la metáfora teatral de Goffman el ser uno mismo es formado por el conjunto de interacciones que tenemos, somos el conjunto de las máscaras que poseemos. Aunque también una vez que nos encontramos solos en la noche existe un yo diferente.

En su obra *Estigma*, Goffman trabaja a partir de las interacciones en un grupo en el que se encuentra un sujeto "estigmatizado" (social o históricamente). El peligro de ruptura de la interacción es mitigado, o incluso eliminado, mediante una serie de recursos e informaciones.

Por último, y de gran importancia para este trabajo final, su obra *Internados*⁷², donde Goffman elabora el concepto de Instituciones Totales, a partir del estudio de diversas instituciones que comparten una serie de características totalitarias, en las cuales los seres humanos comparten un espacio delimitado, bajo tiempos e interacciones controladas. Instituciones como cárceles, asilos, cuarteles, hospitales psiquiátricos son ejemplos de instituciones totales. De este tipo de instituciones logra articular dos grupos sociales en interacción dentro de la institución total: custodios e internos. De los internos, Goffman establece dos formas primordiales o ajustes a través de los cuales los internos se adaptan o adaptan su entorno: primarios cuando el interno se adapta a los reglamentos y estructuras institucionales; secundarios cuando los individuos logran adaptar algunas características institucionales para su beneficio. Goffman permite entrever el uso disciplinario de estas instituciones y de cómo estas mortifican el Yo de los individuos para lograr ajustarlo al entorno institucional, mediante el uso de las tensiones dentro-fuera.

El panóptico foucaultiano⁷³

En *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*, el filósofo e historiador francés Michel Foucault hace un examen de los mecanismos sociales y teóricos que hay detrás de los cambios masivos que se produjeron en los sistemas penales occidentales durante la era

⁷² Goffman, Erving (2001) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Op. Cit.*

⁷³ Foucault, Michel (1986) *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI Editores. p. 86.

moderna. El texto en cuestión está dividido en cuatro partes: Suplicio, Castigo, Disciplina y Prisión.

Según Foucault, los principios anteriores se materializan en el panóptico que Jeremy Bentham diseñó como edificio perfecto para ejercer la vigilancia. El efecto más importante del panóptico es inducir en el detenido un estado consciente y permanente de visibilidad que garantiza el funcionamiento automático del poder, sin que ese poder se esté ejerciendo de manera efectiva en cada momento, puesto que el prisionero no puede saber cuándo se le vigila y cuándo no. El panóptico sirve también como laboratorio de técnicas para modificar la conducta o reeducar a los individuos, por lo que no sólo es un aparato de poder, sino también de saber.

El panóptico permite perfeccionar el ejercicio del poder, ya que permite reducir el número de los que lo ejercen y multiplicar el de aquellos sobre los que se ejerce. Además, permite actuar incluso antes de que las faltas se cometan, previniéndolas. Sin otro instrumento que la arquitectura, actúa directamente sobre los individuos.

De esta manera aparece una “sociedad disciplinaria” debido a la extensión de las instituciones disciplinarias. Anteriormente se pedía a las disciplinas sobre todo que ejercieran un papel de neutralización del peligro para la sociedad o para el soberano. Ahora, en cambio, lo que se pide de ellas es aumentar la utilidad de los individuos. Por eso tienden a implantarse en los sectores más centrales y productivos de la sociedad.

Los mecanismos disciplinarios tienden a salir de los ámbitos concretos en los que funcionaban para aparecer en todo el entramado social. Además, las instituciones dejan de ejercer una vigilancia únicamente interna y comienzan a ejercer un control también sobre el exterior (los hospitales ejercen la vigilancia de la salud general de la población, por ejemplo). Hay una tendencia a la nacionalización de los mecanismos de disciplina. Para ejercerse, el poder debe apropiarse de instrumentos de vigilancia permanente, exhaustiva, omnipresente. Por tanto, como señala Foucault, la “disciplina” no puede identificarse ni con una institución ni con un aparato. Es un tipo de poder y una modalidad para ejercerla.

Capítulo III Diseño Metodológico

De acuerdo con la naturaleza del objeto de estudio del presente trabajo de investigación, se ha decidido la elección del diseño metodológico. En esta línea se ha optado por la realización de una investigación cualitativa. La referencia conceptual, se centrará en los criterios de autores como Hernández Sampieri, Polit y Vasilachis.

Hernández Sampieri⁷⁴ afirma que, con la Historia de la Ciencia, diversas corrientes del pensamiento han tenido lugar: empirismo, materialismo dialéctico, positivismo, fenomenología, estructuralismo, así como también diferentes marcos interpretativos: etnografía y constructivismo. Todos ellos han originado diferentes retos en la búsqueda del conocimiento.

La investigación cualitativa facilita a profundizar los datos, a dar dispersión, riqueza interpretativa, contextualización de ambiente o entorno, detalles y experiencias técnicas. En palabras de Hernández Sampieri, “punto de vista fresco, natural y holístico”⁷⁵. Este tipo de enfoque se utiliza en ciencias humanísticas, antropología, etnografía, psicología.

El proceso cualitativo tiene un sentido espiral o circular, ya que las etapas interactúan entre sí, y no siguen una secuencia rigurosa. Este enfoque se guía por áreas o temas significativos de investigación. En dicho proceso se pueden desarrollar preguntas o hipótesis antes, durante y después de la recolección y análisis de datos. Estas actividades servirán, en primer lugar, para determinar cuáles son las preguntas más importantes, luego reafirmarlas y responderlas. El proceso se mueve en ambos sentidos, entre el hecho y su interpretación. No siendo siempre igual la secuencia.

La técnica de recolección de datos: entrevistas profundas, cuestionarios abiertos, sesiones de grupo, biografías, revisión de archivos, observación, entre otros. O sea, que pueden utilizarse múltiples técnicas.

Según Polit, la fenomenología es el enfoque de la indagación humana que hace hincapié en la complejidad de la experiencia humana y en la necesidad de estudiar dicha experiencia en forma holística, tal y como sucede en la vida real. Establece que en una investigación fenomenológica, la principal fuente de datos suelen ser conversaciones

⁷⁴ Hernández Sampieri R., Fernández-Collado C., Baptista Lucio P. (2004). Metodología de la Investigación. 4º Ed. México: Mc Graw Hill Interamericana.

⁷⁵ Hernández Sampieri R., Fernández-Collado C., Baptista Lucio P. (2004). Metodología de la Investigación. 4º Ed. México: Mc Graw Hill Interamericana., p.32.

profundas en las cuales el investigador y el informante coparticipan a plenitud. El primero ayuda al segundo a describir su experiencia de vida sin dirigir la exposición. Por este medio el investigador pretende introducirse al mundo del informante, tener acceso irrestricto a sus experiencias, tal como las vivió.

La fenomenología hermenéutica es una metodología filosófica que pretende descubrir el significado del ser o existencia de los seres humanos (fenómenos), por medio de la descripción y comprensión de sus vivencias o cotidianidad, ya que esta constituye la forma o modo corriente y ordinario como el “*Dasein*” se vive a sí mismo. (Heidegger, 2005).

Se ha dicho, este estudio se efectúa en la ciudad de Mar del Plata, Partido de General Pueyrredón, Buenos Aires, Argentina durante el año 2016-2017 a los servicios de ID de algunos hospitales y de ciertas empresas de la referida ciudad.

A tal efecto, se ha determinado utilizar en esta investigación métodos cualitativos, y dentro de los mismos se ha empleado la tradición etnográfica como método y el paradigma antropológico (cultura) por considerar que son los más adecuados a esta investigación.

La investigación etnográfica consiste en la descripción y análisis de un campo social específico, una escena cultural determinada (una localidad, un barrio, una fábrica, una práctica social, una institución u otro tipo de campo, sin perjuicio de la aplicación de otros métodos y técnicas de recolección, síntesis y análisis. La meta principal del método etnográfico consiste en captar el punto de vista, el sentido, las motivaciones, intenciones y expectativas que los actores otorgan a sus propias acciones sociales, proyectos personales o colectivos, y al entorno sociocultural que los rodea. La etnografía, mediante la comparación, contrasta y elabora teorías de rango intermedio o más generales, las cuales alimenta, a su vez, las consideraciones que sobre la naturaleza y de la sociedad se hacen a nivel antropológico.

El trabajo de campo consiste en el desplazamiento del investigador al sitio de estudio, el examen y registro de los fenómenos sociales y culturales de su interés mediante la observación y participación directa en la vida social del lugar; y la utilización de un marco teórico que da significación y relevancia a los datos sociales. En este sentido, la etnografía no es únicamente una descripción de datos, sino que implementa un tipo de análisis particular, relacionado con los prejuicios, ideología y concepciones teóricas del investigador. El investigador no solamente observa, clasifica y analiza los hechos, sino que interpreta, según su condición social, época, ideología, intereses y formación académica.

La etnografía es, de otra parte, una práctica reflexiva. Con ello significamos que las imágenes y visiones que un investigador construye o elabora de los otros están relacionados y dependen del tipo de interacción social que entable con sus sujetos de estudio, y de la idea que ellos se forjen del investigador, su proyecto y propósitos. El método etnográfico se estructura sobre la base de las observaciones de las actividades sociales de interés, la entrevista y diversas modalidades de participación por parte del investigador en las actividades socioculturales seleccionadas o espontáneamente y como modalidad de investigación utiliza múltiples métodos, estrategias, y supone una amplia combinación de técnicas y recursos metodológicos; sin embargo, suelen poner mayor énfasis en las estrategias interactivas: la observación participante, las entrevistas formales e informales, los instrumentos diseñados por el investigador y el análisis de toda clase de documentos.

Las bases filosóficas que fundamentan la aplicación de la etnografía son comunes con las que fundamentan las corrientes del paradigma cualitativo y se remontan a los planteamientos filosóficos de Nietzsche, Heidegger, Husserl⁷⁶. Los planteamientos filosóficos de la época permitieron al paradigma cualitativo fijarse el propósito de la descripción e interpretación de la vida del actor y su entorno de manera sensible y subjetiva. Por último, se puede decir en torno al substrato filosófico del paradigma cualitativo de investigación en el cual descansa la etnografía que sus postulados provienen del idealismo y de las epistemologías paracientíficas⁷⁷.

Características posee la investigación etnográfica⁷⁸

- Está basada en la contextualización antes que algún otro de los componentes en particular.
- Es naturalista ya que la recolección de información está en la observación del hecho en su ambiente natural.
- Estudia la cultura como unidad particular puesto que el propósito de un estudio etnográfico es describir una cultura o una parte de ella.
- Es cualitativa porque hace énfasis en la calidad antes que, en la cantidad, pero no implica la exclusión de datos cuantitativos.

⁷⁶ Para Nietzsche el hombre moderno es apariencia lo que representa no es visible y se oculta tras la representación, por su parte Heidegger resalta el proceso hermenéutico del conocimiento y sostiene que el ser humano es un ser interpretativo, mientras que Husserl plantea que el método de aprehender epistemológicamente el conocimiento está relacionado con las características y estructuras de dicho conocimiento.

⁷⁷ Hernández, Lirolaiza. Método etnográfico. En <https://es.slideshare.net/8567982/metodo-etnografico-55980751>.

⁷⁸ Hammersley, Paul Atkinson. Etnografía. Métodos de investigación. Buenos Aires: Paidós.

- Es intersubjetiva por que entra en juego la subjetividad del investigador y de los sujetos que se investigan.
- Es flexible porque el investigador no enfrenta la realidad bajo esquemas teóricos rígidos, más bien que la teoría emerja en forma espontánea.
- Es holista porque aprueba la realidad cultural como un todo en el cual cada una de las conductas o situaciones tiene relación con el contexto global.
- Es inferencial por que la investigación etnográfica describe y explica una realidad cultural haciendo inferencias o induciendo ya que el conocimiento de una sociedad no puede observarse directamente.

Del universo de esta investigación que son todos los enfermeros que cumplen labores en los servicios de ID seleccionados, se ha elegido una muestra de 25 enfermeros. La selección de la muestra se hizo por conveniencia ya que en ésta se toma una muestra integrada por las personas u objetos cuya disposición para ser incorporados como sujetos de estudio es más conveniente y, además, las muestras por conveniencia no constan necesariamente de individuos que el investigador conozca.

Se eligió como método de recolección de datos a la entrevista en su modalidad semi estructurada, así se puede investigar con profundidad los relatos de los sujetos a entrevistar; teniendo en cuenta el consentimiento de los mismos y respetando los códigos de confidencialidad aplicados a estos protocolos.

Capítulo IV Análisis y tratamiento de los datos

Las múltiples maneras de abordar el objeto de estudio de este trabajo de investigación han condicionado las pautas para efectivizarle. Atendiendo a lo anterior, se ha procedido a realizar el análisis y el tratamiento de los datos a través de una interpretación dialógica entre los testimonios efectivizados a través de la entrevista y su correlato con las diferentes normativas, los protocolos y objetivos de cuatro empresas que ofrecen el servicio de ID en Mar Del Plata. Desde los cuales comprender la labor de los profesionales de enfermería en los servicios de ID en la ciudad de Mar Del Plata en el periodo 2016-2017.

Como se ha dicho con anterioridad, en la década del 40 en la ciudad de Nueva York es establecida la ID como una extensión del hospital hasta la casa del paciente, con el propósito de descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los sujetos de cuidados un ambiente más humano y favorable para su recuperación. En concordancia con tales fines podemos apreciar la declaración hecha por DS que en sus objetivos manifiesta su interés por ofrecer un cuidado integral a la persona dentro de su contexto familiar y social garantizando el correcto cuidado y tratamiento acordes a las necesidades de cada “paciente” atendiendo a su patología específica. Para ello, cuenta con un equipo de profesionales de la salud, técnicos y administrativos que trabajan bajo estrictos protocolos de prestación:

“Somos una empresa que brinda un servicio multidisciplinario de salud en su domicilio. Con un conjunto de acciones organizadas para la asistencia de distintas patologías en sus diferentes procesos agudos, subagudos y crónicos. Con la eficiencia de un equipo de profesionales de la salud, técnicos y administrativos que trabajan bajo protocolos definidos de prestación.” (DS)

Por su parte, HP enuncia que entre sus objetivos esenciales estarían promover, prevenir, rehabilitar y/o acompañar a los “pacientes” en su proceso de recuperación. Atendiendo principalmente a los aspectos físicos, psíquicos, social y espiritual de la persona; preservando la dignidad humana y el respeto por la vida. Poniendo énfasis en los cuidados paliativos, desde una perspectiva holística del proceso salud – enfermedad. Aseverando que:

“Es un abordaje que mejora la calidad de vida de los pacientes y familiares que padecen problemas asociados con enfermedades que amenazan la vida a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación precoz, la evaluación de excelencia y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales. (HP)

Mientras que la empresa CEN establece que entre sus prioridades está la de alcanzar una creciente cobertura de atención, a partir tanto de una superación constante de sus prestaciones como del desarrollo profesional de su equipo de salud a saber:

“... Reemplaza o complementa la internación tradicional. Disminuye los tiempos de estadía, evita los efectos no deseados de las internaciones institucionales prolongadas y aumenta la disponibilidad de camas para patología más complejas en las instituciones de salud y favorece la reincorporación del paciente a su entorno natural que es la familia y la comunidad.” (CEN)

Los relatos dados por los entrevistados que integran parte del equipo de profesionales que conforman dichas empresas de ID, pudimos constatar que muchos de ellos adscriben a la metodología, estructura y funcionamiento enunciados en sus respectivas plataformas programáticas. En su relato JR afirma que la ID es una herramienta innovadora debido a que nos permite tener al sujeto de cuidado en su hogar, brindando los cuidados pertinentes de manera individual, en un ámbito más natural y adaptable a la vida diaria; y critica al modelo internación convencional:

“En lo global afecta al sistema de salud para bien digamos que libera los hospitales y genera que el equipo de salud salga a trabajar en la comunidad que es algo que habitualmente no se ve, en parte parece volver al tiempo más viejo donde el médico iba a visitar a los enfermeros en sus casas. Lo que para mí es muy importante es que el hecho de no estar en un hospital le quita un peso muy fuerte a la internación, no contribuye a que el paciente se sienta pero sino que al ser el solo puede mejorar o si sufre una recaída no se ve afectado por el entorno hospitalario, además es más barato para las obras sociales tener a alguien en su casa desde el hecho que no se le cobra por las instalaciones solamente por el personal a disposición...” (JR)

Atendiendo al objetivo principal por el cual han sido creadas las ID, consistente en descongestionar el colapsado sistema hospitalario sin descuidar la atención y los cuidados de los sujetos enfermos, se ha considerado útil remitirnos a la teoría del modelo de adaptación de Callista Roy, donde la teórica expresa respecto del entorno que:

“Son todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos, con particular consideración de la persona y de los recursos del mundo. El ambiente es todo aquello que rodea a la persona y lo que está dentro de ella.”⁷⁹

En este sentido algunos de los entrevistados manifiestan:

“...la parte de ID es favorable en el sentido de que el paciente se encuentra en su entorno o sea con los familiares y no se siente por ahí tan aislado como si estuviera en otro lugar de internación como sería una clínica, un geriátrico o algún lugar de estos...” (PG)

No es casual MS afirme al referirse, al entorno familiar, la importancia en la pronta recuperación y en el buen desarrollo de los cuidados que se dan en el entorno familiar:

⁷⁹ Roy, Callista y col. (1999) *El modelo de adaptación de Callista Roy*. Stanford: Editorial Appleton y Lange, 2ª. ed. p. 31.

“La ID tiene un fin muy claro en cuanto es dar un tratamiento y pronta recuperación a un paciente en un entorno seguro en el cual es conocido por él y además favorece a su recuperación no siempre se puede tener a un paciente en el hospital, ya que muchas veces no requiere ese tipo de internación. Además, favorece que el no estar en contacto con otros pacientes pueda evitarse cualquier tipo de infección intrahospitalaria, la familia también tiene un rol muy importante dentro de la ID debido a que son un factor determinante muchas veces en el ánimo del paciente, las visitas mantener un ritmo de vida casi igual al anterior sin ese gran cambio de institucionalizarse favorece mucho en la recuperación del paciente. La ID permite un abordaje al paciente completamente diferente, donde se puede indagar más profundo conocer particularmente al paciente y a su familia que cuando se habla de historia clínica y antecedentes es genial tener a la familia como referente.” (MS)

Teniendo en cuenta lo expresado con anterioridad, la naturaleza de la ID y su condición extra hospitalaria, podría considerarse, que dicho entorno familiar no constituye una institución. Sin embargo, al respecto Castoriadis dice:

“Existe lo social instituido suponiendo siempre lo social instituyente. Es lo que se denomina “histórico social”: unas estructuras e instituciones “materializadas” (sean materiales o no) y, por otro lado, lo que estructura, instituye, materializa. “En una palabra, es la unión y la tensión de la sociedad instituyente y de la sociedad instituida, de la historia hecha y de la historia que se hace”⁸⁰

También se puede revelar cómo los entrevistados hacen referencia a que la ID reemplaza a la internación convencional teniendo como beneficios estar con el sujeto de cuidado en su entorno, pudiendo relacionarse con él, y de esta forma poder cambiar el modelo tradicional del paciente internado en un nosocomio:

“...el servicio de ID creo que busca descomprimir la internación hospitalaria en aquellos pacientes que son factibles de ser atendidos en su domicilio y abarca una gama muy amplia de la atención así está planteado en el lugar donde yo trabajo y la atención en domicilio se fue modificando directamente en relación con las necesidades de la institución.” (AC)

En esta perspectiva, en las narrativas se puede evidenciar la importancia que para las familias representa tener a su familiar internado en su hogar, algunos de los beneficios enunciados son: un mayor grado de participación en la toma de decisiones respecto de las intervenciones y las prácticas profesionales; no altera la cotidianidad ni la dinámica familiar, lo que también causa que haya mayor empatía y no se debilite la red de contención del sujeto de cuidado. Como bien lo expresa FC:

“...creo que lo llevan de una mejor manera dado que el paciente esta con su propia familia y en su propio hogar, los cuidados son los mismos que una clínica, pero con el beneficio de estar todo el tiempo con sus seres queridos y en su hogar que es su entorno íntimo. La familia siente que la internación domiciliaria le brinda el beneficio de tener al paciente

⁸⁰ Castoriadis, Cornelius (2003) *La institución imaginaria*. Madrid: Tusquets.

continuamente con ellos, no hay horario de visitas, que es lo que rige en un instituto, en alguna clínica o en el mismo hospital, en casa no hay horarios es tenerlo a disposición de uno atendiéndolo a su manera, por eso el familiar le gusta tenerlo en la casa.” (FC)

En concordancia con lo expuesto, la ID favorecería al debilitamiento de las limitantes que establecen las instituciones hospitalarias y los cerrados, a través de sus diferentes normas, estatutos y protocolos de intervención la internación hospitalaria, tal cual lo describe Goffman cuando enuncia:

“La tendencia absorbente o totalizadora en ellas está simbolizada por los obstáculos q se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros, y suelen adquirir forma material (puertas cerradas, muros altos, alambres de púas, ríos) [...] Los internos viven dentro de la institución y tienen limitados contactos con el mundo; el personal cumple una jornada de ocho, y está socialmente integrado con el mundo exterior, tiende a sentirse superior y justo. Los internos a sentirse inferiores y débiles, censurables y culpables”⁸¹.

También algunos entrevistados manifiestan los beneficios que las ID otorgan tanto al enfermo como a su núcleo familiar, en contraste con los servicios ofrecidos por las instituciones hospitalarias, brindando un servicio más personalizado y holísticos:

“Para mí el servicio de ID es muy similar a estar internado en una clínica o en un instituto con la diferencia de que es un servicio más personalizado hacia el paciente porque uno tiene un solo paciente y dedica todo su tiempo a ese paciente sumado que tiene la comodidad de estar en su hogar y con su propia familia que colabora con los enfermeros o personal de trabajo hacia ese paciente. Después creo que el trabajo es muy similar al de una clínica o instituto la diferencia que tenemos un solo paciente y que nos avocamos a brindar cuidados holísticos específicamente a ese paciente”. (FC)

Adscribiendo a lo enunciado Jean Watson en su teoría del cuidado humano expresa que el cuidado debe ser holístico existiendo una relación transpersonal:

“...ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería. Cuidado humano es una idea moral que trasciende el acto y va más allá de la acción de una enfermera produciendo actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la civilización humana.”⁸²

Algunos profesionales enfermeros están de acuerdo con que la ID contribuye a que haya una mejor participación familiar en el proceso de recuperación del sujeto de cuidado, al dar educación de los cuidados brindados en el hogar:

⁸¹ Disponible en: <http://serialdelay.blogspot.com.ar/2010/08/internados-ervin-goffman.html>.

⁸² Watson, J. La teoría del cuidado humano: retrospectiva y prospectiva. Nurs ScQuart. 1997: 10 (1): 49-52.

“La familia también tiene un rol muy importante dentro de la ID debido a que son un factor determinante muchas veces en el ánimo del paciente, las visitas mantener un ritmo de vida casi igual al anterior sin ese gran cambio de institucionalizarse favorece mucho en la recuperación del paciente. La ID permite un abordaje al paciente completamente diferente, donde se puede indagar más profundo conocer particularmente al paciente y a su familia que cuando se habla de historia clínica y antecedentes es genial tener a la familia como referente.” (MS)

En otro sentido, y en armonía con uno de los principios rectores de la práctica enfermera consistente en la importancia que tiene la enseñanza para el ejercicio profesional de la enfermería, el servicio ID además de brindar sus servicios, sirve de nexo entre el hospital y el domicilio. Lo que es constatable en el trabajo que realizan los profesionales enfermeros cuando enseñan a los familiares y al enfermo ciertas prácticas de cuidado tales como: la toma de presión arterial, control de glucemia capilar, higiene y confort, cuidados de la integridad de la piel, entre otros. Y es que como plantea NC: “se le explica todo como aprendimos, dando educación al familiar y al paciente sobre su propio cuidado, siempre hay algo nuevo que enseñar.” (NC)

Afirmando lo anterior, Dorothea Orem en su teoría del déficit de autocuidado hace referencia a una evaluación del nivel de dependencia del enfermo, para de esta manera brindar los cuidados acordes a cada necesidad y momento. La referida teórica al respecto plantea:

“El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender el papel del paciente en el autocuidado”⁸³.

También podemos mencionar cómo la ID, en lo referente a la planificación y el cuidado otorgado a los sujetos de cuidados, realiza una intervención profesional percibiendo al sujeto de cuidado de una manera holística, dentro de un determinado contexto familiar y cultural, tal y como plantean las empresas CEN y HP:

“Planifica su tratamiento de manera holística, dentro del contexto familiar y social, conformado por médicos, enfermeros, kinesiólogos, terapistas ocupacionales, nutricionistas, psicólogos y fonoaudiólogos. Somos una empresa que brinda un servicio multidisciplinario de atención a domicilio...” (CEN)

“Internación Domiciliaria: es una modalidad de atención de la Salud, mediante la cual se brinda asistencia al paciente-familia en su domicilio, realizada por un equipo multiprofesional e interdisciplinario cuya misión es: promover, prevenir, recuperar,

⁸³ Berbiglia, V.A. & Banfield, B. (2011). *Teoría del déficit de autocuidado*. En M. Raile Alligood. & A. Marriner Tomey. (Ed), *Modelos y Teorías en Enfermería* (pp. 265-276). España: Elsevier.

rehabilitar y/o acompañar a los pacientes de acuerdo con su diagnóstico y evolución en los aspectos físico, psíquico, social, espiritual, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humana”. (HP)

Lo expresado con anterioridad, concuerda con la planificación que la teoría del cuidado transcultural de Madeleine Leininger propone, ya que en ella se especifica:

“...que la enfermera debe esforzarse para explicar el uso y el sentido de la asistencia, de forma que los cuidados, valores, creencias y modos de vida culturales suministren una base precisa y fiable para la planificación y puesta en marcha eficaz de una asistencia específica de cada cultura y para la identificación de los rasgos comunes o universales de esta actividad. [...] los cuidados son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia, y también para afrontar la discapacidad o la muerte [...] los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la enfermería para orientar a la práctica de esta disciplina [...] la enfermería es una disciplina y una profesión humanística y científica de cuidados transculturales, cuyo fin primordial es atender a los seres humanos en todo el mundo.”⁸⁴

Atendiendo a lo anterior, muchos de los profesionales enfermeros refieren que al momento de brindar sus cuidados los realizan en un marco transcultural siguiendo la teoría de Leininger:

“... Leininger con sus cuidados transculturales, es una herramienta muy útil ya que cada familia en su casa es una subcultura inmersa en otra cultura y esos recaudos que tomes para no alterar el funcionamiento normal del hogar son muy útiles y la teoría del entorno me gusta mucho. Ya que respetando no alterar el lugar donde el paciente está. Debés ver qué cosas son nocivas para el paciente y tratar de llegar a un acuerdo con la familia acerca de cómo van a modificar o no esos patrones nocivos para la recuperación del paciente.” (BD)

Si bien es cierto que los servicios de ID coadyuvan a descongestionar los servicios hospitalarios y dan una atención extrahospitalaria a quienes las necesitan y tienen acceso a las mismas, el servicio no siempre está realizado por profesionales de amplia experiencia y formación, mucho menos por personal que ostente el título de licenciado. Puesto que como planeta LA, esto no siempre se cumple:

“...Todavía no nos habíamos recibido, y esta compañera de la facultad ya estaba trabajando en la ID y me empezó a interesar lo que hacía y cada día le preguntaba, siempre me interesó la pediatría y ella estaba con un paciente pediátrico con cuidados paliativos...” (LA)

Considerando de gran importancia el testimonio anterior, pues el mismo nos evidencia la manera en que los servicios brindados por las empresas de ID incumplen con lo

⁸⁴ Marrimer-Tomey, Ann y Raile Alligow, Martha (1999) Modelos y teorías en Enfermería. España: Ed. Hardcourt. Disponible en: http://www.geocities.ws/mi_portal_de_enfermeria/Pagina6.html.

establecido en la ley de ejercicio profesional de enfermería número 24.004/91⁸⁵, que en algunos de sus artículos contempla la incumbencia profesional, los niveles de ejercicio de la profesión y las prohibiciones de dicho ejercicio:

ARTÍCULO 2° - El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la de prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes [...]

ARTÍCULO 3° - Reconócese dos niveles para el ejercicio de la enfermería:

a) Profesional: consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia;

b) Auxiliar: consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen a los cuidados de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutado bajo su supervisión [...]

ARTÍCULO 4° - Queda prohibido a toda persona que no esté comprendida en la presente ley participar en las actividades o realizar las acciones propias de la enfermería.

Los que actuaren fuera de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3° de la presente ley serán pasibles de las sanciones impuestas por esta ley, sin perjuicio de las que correspondieren por aplicación de las disposiciones del Código Penal.

Asimismo, las instituciones y los responsables de la dirección, administración, o conducción de las mismas, que contrataren para realizar las tareas propias de la enfermería a personas que no reúnan los requisitos exigidos por la presente ley, o que directa o indirectamente las obligaren a realizar tareas fuera de los límites de cada uno de los niveles antes mencionados, serán pasibles de las sanciones previstas en la ley 17.132, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pudiere imputarse a las mencionadas instituciones y responsables.

Frente a lo expresado es necesario aclarar que la práctica de la enfermería profesional está respaldada por un cuerpo de conocimiento teórico que sustenta el accionar de los profesionales. No obstante, según expresan algunos entrevistados, los estudiantes avanzados y algunos empíricos son no contratados, a pesar de cumplir con los requisitos legales que establece la referida ley de ejercicio profesional:

“Hoy por hoy estoy en una situación que tengo que seguir estudiando, profesionalizándome, esto me permite estudiar y trabajar al mismo tiempo que por más que tenga que cumplir una guardia o una visita en domicilio...” (CDLP)

No estaría completo este trabajo investigativo si no se hiciera referencia a la crisis estructural por la que atraviesa el sistema capitalista en la actualidad; en este sentido coincidimos con la mirada crítica que Bauman hace en su texto *Modernidad Líquida* en el

⁸⁵ El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. En: <https://www.economia.gov.ar/concursos/biblio/LEY%202400491%20EJERCICIO%20DE%20LA%20ENFERMERIA.pdf>.

cual da cuenta de la precariedad de los vínculos humanos en una sociedad individualista y privatizada, marcada por el carácter transitorio y volátil de sus relaciones, características asociadas al impacto que genera la implementación de las políticas neoliberales. Según Leyva Ramos⁸⁶:

“Sociedad líquida -cambiante, incierta, imprevisible- que refleja la decadencia del Estado de Bienestar y genera un tiempo sin certezas, donde la flexibilización laboral y la liberalización de los mercados arruinan la previsión de futuro. Tensiones no sólo sociales sino existenciales que se producen cuando los humanos nos relacionamos, concibiendo estados transitorios y volátiles de sus vínculos (desvinculación), el miedo a establecer relaciones duraderas, la fragilidad de los lazos solidarios que parecen depender exclusivamente de los beneficios que generan. Semejante fragilidad junto a la "desterritorialización" provocada por la fractura de "la ciudad amurallada" (Sloterdijk), que deja de ser un refugio para convertirse en fuente esencial de todos los peligros. Nos enfrentamos entonces, según Bauman, a un mundo multicultural, globalizado, policéntrico que se complica por la inestabilidad provocada por los más diversos motivos, a saber: atentados y sabotajes terroristas, xenofobia, epidemias, hambrunas, accidentes, guerras, estigmatización de las minorías étnicas y sexuales, los cuales generan miedo e inseguridad entre sus habitantes.”

Frente a este contexto, donde prima la pauperización de los sectores sociales más excluidos, la flexibilización de las legislaciones laborales, el deterioro de las condiciones de trabajo y seguridad laboral y la reducción del pago de obligaciones previsionales, con el propósito de reducir los costos labores, algunos entrevistados refieren que la ID, en consonancia con la coyuntura sociohistórica antes expuesta, paga salarios muy bajos, inferiores al salario mínimo y, desde ya, inferiores a cualquier otro tipo de rol desempeñado en la enfermería. Además de que los enfermeros que trabajan para estas empresas se encuentran en una posición de profunda inestabilidad laboral. Al respecto PG dice:

“...a nivel personal, uno puede sufrir una crisis en cuanto al despido del trabajo, en sentido de que un día para el otro a uno lo pueden despedir y puede quedar en la nada porque queda sin trabajo y tiene que salir a buscar de nuevo. Es un trabajo más inestable que en un lugar fijo, eso es más riesgoso por así decirlo.” (PG)

Sin lugar a duda, la situación antes descrita hace que los trabajadores en general y en particular los de la ID realicen su tarea en condiciones que distan mucho de ser las adecuadas, por consiguiente, los relatos de éstos evidencian que trabajan en condiciones laborales precarias al tener que realizar su tarea en una empresa que brinda un servicio de cuidados

⁸⁶ Leyva Ramos, Miguel (2013) “Acerca de la modernidad líquida: crisis estructural del sistema capitalista”, en Celaya, Leyva Ramos *et al.* *El ingreso a la Educación Superior: un dilema institucional y social*. Mar del Plata: EUDEM, pp. 23-32.

tercerizados, lo que conlleva a que se expongan a situaciones desfavorables, como cuenta MA:

“... sucede que dentro del hogar vos estás mucho más tiempo que cualquier otro de los profesionales que viene a la casa a ver este sujeto y a la familia en sí también, pero uno también se pone a pensar que hay ciertos riesgos a la hora de estar ahí y que pueden pasarte millones de cosas dentro de una casa y con esto voy a que al tercerizar los cuidados y no estar en blanco, o sea, y trabajar cuasi de forma independiente no tenés esa garantía de que el día de mañana, si llega a pasar algo no vas a estar respaldado, por así decirlo.” (MA)

También económicamente se ven afectados tanto por la crisis estructural del sistema y sus consecuencias como por la precariedad laboral, pues como plantea BD: “...pareciera que estás pendiente de un hilo porque si no hay pacientes no se trabaja y no se cobra, no es que yo voy haya o no pacientes, depende totalmente de ellos”.

En este sentido, consideramos necesario referir a Karl Marx que al hablar del sistema capitalista hace referencia a la explotación del ser humano al momento de la producción de bienes y el enriquecimiento a costa suya que tiene el empleador a través de la plusvalía:

“...el hombre tuvo que vender su fuerza de trabajo como una mercancía, al mercado. Al introducirse en el proceso de producción, el trabajo pasa a ser una mercancía. El salario es el precio que el capitalista pone para comprar esa fuerza de trabajo y, además, poder enriquecerse. Es decir, que paga por la fuerza de trabajo menos de lo que realmente vale [...] el salario solo paga una parte de la totalidad de ese trabajo. El resto es ganancia para el capitalista. Con esa ganancia, el capitalista reinvierte en más materia prima, infraestructura, mercancía, tecnología, convirtiéndose en ganancia de ganancia del capital originariamente invertido y así sucesivamente. Ese plusvalor es lo que se denomina plusvalía [...] con el capitalismo, el dinero se transforma en mercancía, que a su vez se transforma en dinero primo, o dinero reinventado. La naturaleza del capitalismo es hacer trabajar el dinero. No hay ganancia porque no se puede reinvertir en capital. El trabajador queda esclavo en ese sistema, es pobre porque enriquece al otro⁸⁷.

La naturaleza del sistema capitalista de producción, que tan bien describe Marx en el párrafo anterior, determina que algunos enfermeros requieran trabajar más para poder cubrir sus necesidades, como lo expresa SF:

“Si, yo hace un año y medio que voy todos los días tres veces por día de lunes a lunes, lo malo que tiene es que no tengo descanso.” (SF)

Mientras que CA manifiesta que sus mayores problemas derivan de la crisis económica:

“Como en todas las cosas de la vida la base es la economía para mí la crisis más importante que sufrió todo esto fue la economía porque siempre tuvo que ver lo recaudado, siempre los

⁸⁷ Marx Karl (2000) *El capital* (Obra completa). Madrid: Akal.

cambios que se generaron en el grupo de trabajo tenían que ver si eran solventes o no solventes no importaba calidad de atención ni resultado de beneficio de salud siempre tuvieron que ver los costos siempre fuimos un servicio que salió muy caro nunca tampoco se pudo y eso podría ser culpa del grupo que trabajo, nunca se tomó el trabajo de ver cuánto beneficiaba de lo económico ya que es lo único que importa desde lo económico cuanto beneficiaba en el no gastar porque siempre se ve el no produce nunca se ve el no gasta, entonces esa es la balanza que nunca reflejamos en ningún papel en ningún control razón por la cual nunca pudimos pelear la diferencia porque si bien el servicio no generaba dinero el servicio permitía que se gastara menos de otro lugar nunca se pudo comprobar” (CA)

Para tener un mayor entendimiento del contexto laboral de los enfermeros en la ID, se hace necesario mencionar el trabajo interdisciplinar que es brindado por estas empresas, las mismas hablan de un equipo de profesionales que trabajan de manera conjunta para cubrir todas las necesidades del sujeto de atención. Estas empresas se definen sus servicios de la siguiente manera:

“Centauri es una empresa compuesta por un equipo interdisciplinario de salud dedicado a brindar internación domiciliaria.” (CEN)

“Internación Domiciliaria: es una modalidad de atención de la Salud, mediante la cual se brinda asistencia al paciente-familia en su domicilio, realizada por un equipo multiprofesional e interdisciplinario.” (HP)

“Programa de asistencia multidisciplinario que consiste en brindar cuidados en las comodidades del hogar.” (DS)

Relativo a lo expresado con anterioridad se ha considerado necesario mencionar el énfasis normativo profesional que las organizaciones internacionales y regionales de la salud (Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud) le otorgan al rol enfermero dentro de un equipo interdisciplinario en una institución de salud dada, a saber:

“La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.” Las enfermeras y enfermeros están en la línea de acción en la prestación de los servicios y desempeñan una función importante en la atención centrada al paciente. En muchos países son líderes o actores clave en los equipos de salud multiprofesionales e interdisciplinarios. Proporcionan una amplia gama de los servicios de salud a todos los niveles del sistema⁸⁸.”

No obstante, lo que una gran parte de los enfermeros entrevistados verbalizan se aleja del concepto normativo del trabajo interdisciplinario y aun más de las propuestas enunciadas

⁸⁸ Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Acerca de la Enfermería. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11170%3Aabout-nursing&catid=8186%3Anursing&Itemid=41045&lang=es.

por las empresas de ID, generando una tensión que lejos está de resolverse durante el trabajo profesional enfermero como expresa:

“El trabajo en equipo dentro de la ID es muy poco, si bien hay un conjunto de profesionales creo que estamos lejos de llamarlo equipo, si un equipo se trata la comunicación en la ID no existe muchas veces he ido a domicilios y el paciente no está porque está con el medico en su consultorio y nadie te avisa te mandan a un paciente que lo vayas a ver a determinado horario y ese paciente esta con el kinesiólogo y debes esperar a que termine él. Le cambian el horario de medicación y el familiar se entera antes que vos y te quedás en la nada, ahora sería sumamente relevante y la ID se vería completamente diferente, si se trabajara en equipo las evoluciones de los pacientes sería más rápida se tardaría menos en dar altas, se darían altas precoces, además de poder trabajar con toda la familia, porque si hay un equipo en el domicilio no es solo por el paciente sino por la familia también pero nadie lo tiene en cuenta eso solamente la enfermería...” (JR)

“No hay trabajo en equipo, el equipo está formado por los distintos profesionales de la empresa. Pero para que haya decisiones de equipo hay que reunirse y todos los profesionales tienen distintos horarios casi nunca se reúnen todos. Tampoco hay trabajo en equipo porque cada uno trabaja solo en su profesión y en tiempos distintos.” (AR)

Por todo lo enunciado con anterioridad, se puede deducir que la manera que tienen de operar los equipos “interdisciplinarios” de las ID y las prácticas de cuidado que realizan, distan mucho de las incumbencias y el perfil profesional del Licenciado en Enfermería que egresa de la Universidad Nacional de Mar del Plata, los cuales establecen:

“El Licenciado/a en Enfermería de la Universidad Nacional de Mar del Plata es un profesional que ha adquirido competencia científica y técnica en el área de enfermería, para dar cuidado y ayuda al individuo, familia y comunidad, mediante una firma actitud humanística, ética y de responsabilidad legal, adecuados conocimientos en las áreas profesional, biológica, psicosocial y humanística y entrenada en las técnicas específicas en el marco de desarrollo científico.

Tendrá conocimiento sobre el proceso de enseñanza aprendizaje en la educación continua del individuo, familia y grupos comunitarios. Tendrá conocimientos sobre la administración de los Servicios de Enfermería Hospitalarios y Comunitarios en los distintos niveles de complejidad, tomando decisiones en cualquiera de las áreas de su desempeño profesional, basadas en su capacidad de observación, análisis reflexivo y juicio crítico. Tendrá conocimiento sobre el método de investigación aplicándolo y divulgando sus resultados a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de Enfermería y el desarrollo profesional.

El egresado podrá:

- Planificar, organizar, dirigir y evaluar Servicios de Enfermería.
- Participar en la realización de estudios e investigaciones referidos a las formas de cuidado y control de los pacientes en los niveles de prevención, tratamiento y rehabilitación en el área de Enfermería.
- Participar en programas de mejoramiento sanitario para la salud.
- Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en el área de Salud.
- Asesorar sobre las acciones y condiciones del ejercicio profesional de enfermería al equipo interdisciplinario e intersectorial.

- Establecer políticas de atención, educación e investigación en Enfermería⁸⁹.

Otro aspecto para tener en cuenta es la manera en que se realiza la supervisión al profesional de enfermería durante sus prácticas profesionales en las ID, entendida esta como la forma de control y corrección de éstos, ya que los supervisores no están en contacto diario y solo se comunican con sus supervisados a través de una llamada o un mensaje de texto, con el agravante de que muchos de ellos ni siquiera son enfermeros, pues suelen ser o médicos o administrativos de salud.

“No, en muchos domicilios se manejan con planillas por el hecho de vas al domicilio y te vas, no llegas a ver a otro personal, pero en domicilios que tienen enfermería veinte cuatro horas, ahí sí es un trabajo más en equipo, el enfermero te pasa la guardia, te da un informe personal de cómo se encuentra el paciente, cómo pasó la noche, pero generalmente nos manejamos con la planilla, en la planilla está todo detallado, lo que se trabajó con el paciente, cómo son sus signos vitales, cómo estuvo el paciente, si vino el kinesiólogo a trabajar, si vino el médico a visitarlo se deja un informe bastante completo dentro de la planilla.” (FC)

La supervisión de la práctica de enfermería en las empresas ID es percibida por los profesionales enfermeros como una forma de vigilancia y control de su labor, pero no con el propósito de colaborar con el buen desempeño de la labor y de fiscalizar cómo se realiza el cuidado de enfermo, sino más bien como una formalidad desde la cual poder reseñar la asistencia y los itinerarios de esos profesionales el desempeño de su tarea. Desde esa perspectiva, podría pensarse como un método a través del cual los administrativos controlan, desde la distancia, los recorridos, horarios y funciones de cada uno de sus profesionales en el sentido foucaultiano del término vigilar:

“El poder en la vigilancia jerarquizada de las disciplinas no se tiene como se tiene una cosa, no se trasfiere como una propiedad; funciona como una maquinaria. Y si es cierto que su organización piramidal le da un "jefe", es el aparato entero el que produce "poder" y distribuye los individuos en ese campo permanente y continuo. Lo cual permite al poder disciplinario ser a la vez absolutamente indiscreto, ya que está por doquier y siempre alerta, no deja en principio ninguna zona de sombra y controla sin cesar a aquellos mismos que están encargados de controlarlo; y absolutamente "discreto", ya que funciona permanentemente y en una buena parte en silencio”⁹⁰.

Los enfermeros entrevistados también hacen referencia al control que ejerce la supervisión, atendiendo al rol de cada uno de ellos, entendido este como las expectativas que se establecen durante la interacción social de los sujetos y su manera de actuar en un contexto

⁸⁹ Disponible en http://www.mdp.edu.ar/cssalud/perfil_egresado_enfermeria.png.

⁹⁰ Foucault Michel (2002) *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.

atravesado por las normativas vigentes, a partir del cual deben cumplir ciertas tareas y funciones a la hora de realizar su labor, comprendiendo que el incumplimiento de dicho rol produce una desviación en el sentido parsoniano:

“Un sistema social es el conjunto de relaciones que surge a partir de aspectos seleccionados de la interacción entre las personas. Estos aspectos de la interacción son los roles. Un rol es sólo una parte del sistema de interacción de la persona. El ingrediente central del concepto de rol es la expectativa de que el actor actuará de una manera determinada. Los roles implican relaciones normativas; consisten en una constelación de expectativas acerca de cómo las personas se comportan entre sí. Los más claros ejemplos de expectativas son los códigos y los contratos legales, que subrayan ciertas prohibiciones y obligaciones. El concepto de sanciones se refiere a los medios por los que la gente trata de asegurar el cumplimiento de las expectativas del rol. Parsons define la desviación como los procesos por medio de los cuales se desarrollan resistencias a la conformidad con las expectativas sociales y los mecanismos en virtud de los cuales estas tendencias son o tienden a ser contrarrestadas en los sistemas sociales. Vista desde la perspectiva del sistema social, la desviación es la tendencia por parte de uno o más de los actores componentes a comportarse de un modo tal que perturba el equilibrio del proceso interactivo. Desde la perspectiva de la persona, a desviación es una tendencia motivada para que un actor se comporte en contravención de una o más pautas normativas institucionalizadas”⁹¹.

En particular si se tiene en cuenta que tanto el desempeño de la tarea como el entorno donde se realiza está caracterizado por lo que Talcott Parsons denomina *sick role*⁹²:

“El sick role es un término sociológico utilizado por Talcott Parsons respecto a la enfermedad, los derechos y las obligaciones de los enfermos dentro de un contexto social y un rol determinados. Este concepto determina que estar enfermo significa que el paciente entra en un papel de "desviación sancionada", debido a que, desde la perspectiva funcionalista, un individuo enfermo no es un miembro productivo de la sociedad. Por lo tanto, esta desviación necesita ser vigilada, que es el papel de la profesión médica en particular y de los profesionales de la salud en general. En este sentido, Parsons argumenta que la mejor manera de entender la enfermedad sociológicamente es verla como una forma de desviación que perturba la función social de los sujetos y, por ende, de la sociedad. La idea general es que el individuo que ha enfermado no sólo está enfermo físicamente, sino que, a partir de estar en esta condición, se adhiere al papel social modelado de estar enfermo, que no es simplemente un "estado de hecho" o "condición", contiene dentro de sí derechos y obligaciones consuetudinarias basados en las normas sociales que la rodean”.

Por otra parte, los enfermeros entrevistados también manifiestan que en la práctica diaria están solos, y en ese momento ellos toman las decisiones en cuanto al cuidado del paciente, pero a la vez el coordinador es quien determina si continua o no el tratamiento de ID, muchas veces acorde con la prepaga que tenga es el servicio que recibe, esto produce una sensación de frustración y grandes crisis en cuanto al ejercicio profesional. Siempre deben

⁹¹ Parsons, Talcott (1999) *El sistema social*. Madrid: Alianza.

⁹² Parsons, Talcott (1999). *Óp. Cit.*

recurrir a la consulta con el médico y muchas veces los lineamientos de la empresa limitan su actuar como dice MS.

“La peor situación la viví con un paciente que se descompensó y no sabía cómo controlarlo, si bien todo lo que debía hacer lo hice me sentí limitado que no podía hacer más que esperar a que llegue la ambulancia para trasladarlo, porque cuando un paciente se complica automáticamente es como que la ID no se hace más responsable y pasa a ser parte del servicio de emergencia que cada persona tenga pero estás ahí y no sabes cómo intervenir, recuerdo que estuve como 45 minutos con el paciente esperando la ambulancia y me sentía impotente debido a que no tenía el equipo necesario y tampoco la experiencia suficiente. Luego llegaron del sistema de emergencia, la familia en crisis pidiéndome y preguntándome que pasa y la gente del servicio de emergencia que llegan y me ignoran proceden me dicen algún comentario como que la ID es puro cuento, me sentí un poco solo y bastante bastardeado, no volví a ese domicilio más.” (MS)

La experiencia descrita por el profesional resalta el nivel de presión que están expuestos los enfermeros en la ID, la constante sensación de exposición y control en situaciones de emergencias, que lleva al enfermero a tomar conductas de autoprotección por temor a las consecuencias que se puedan suscitar. Es pertinente resaltar el concepto de panóptico, que se caracteriza por tener un efecto de inducir en la persona un estado consiente y permanente de visibilidad que garantiza el funcionamiento del poder, de esta forma la persona no puede saber cuándo se la vigila o no, haciendo que el enfermero esté en un estado de estrés y no pueda desempeñar su rol libremente. Se ha dicho, el panóptico permite perfeccionar el ejercicio del poder, ya que permite reducir el número de los que lo ejercen y multiplicar el de aquellos sobre los que se ejerce. Además, permite actuar incluso antes de que las faltas se cometan, previniéndolas. Sin otro instrumento que la arquitectura, actúa directamente sobre los individuos.

Otro aspecto que el colectivo enfermero manifiesta es la soledad en la cual trabajan, durante las largas jornadas laborales, a veces no reciben visitas de otros profesionales durante días y ellos deben dar las explicaciones a los familiares, ya que las empresas de ID no se hacen presentes en los domicilios y mandan a los familiares a hablar con las obras sociales, y eso termina siendo una gran responsabilidad para el enfermero, como verbaliza SF, “Enfermería es la que lleva adelante el domicilio.”

En ese sentido, NB manifiesta:

“...ni aun los pacientes eligen la empresa, sino que la obra social le manda la ID y ellos reciben eso de parte de la obra social entonces no se calientan mucho como hacen su tarea, lo que pasa que como enfermeros debemos primero ver por el paciente o por lo menos eso nos enseñan y no te da lo mismo lo que pase o no, sino que realmente te interesa” (NB)

El enunciado dado con anterioridad resalta una diferencia entre el enfoque de los profesionales enfermeros con el resto de los otros profesionales, donde lo relatado permite ver como las empresas de ID impersonalizan el servicio distanciándose de las familias y el sujeto de cuidados, los otros profesionales médicos actúan de la misma manera en los domicilios, llevando un control del enfermo, su enfermedad y obra social.

Teniendo en cuenta que las prácticas profesionales de la ID se desarrollan desde una empresa, en un contexto familiar integrado por profesionales, familia y sujeto de cuidado, y conscientes de que estos entornos constituyen, en término althusseriano, aparatos Ideológicos. Consideramos se hace necesario abordarlos desde una perspectiva crítica, para desde ahí interpelar dichas prácticas y entornos desde una mirada sociológica que procura ser superadora. En particular la familia, pues al ser una institución moldeadora de los sujetos a través del control y las normas de disciplinas enseñadas e impuestas por la tradición y las creencias, cumple un rol importante en lo que respecta al cuidado humano puesto que en el caso de la ID este se realiza justamente en el entorno familiar, beneficiando al sujeto de cuidado, pero pudiendo llegar a ser también perjudicar al equipo de profesionales que conforman las ID, como lo expresa FC:

“[...] con respecto a lo que es internación domiciliaria como habíamos dicho antes si bien tiene muchos beneficios por el hecho de que el paciente está en su hogar, esta con su propia familia pero eso a veces trae conflictos hacia el enfermero, hacia el kinesiólogo, hacia el medico porque muchas veces la familia cree saber mucho más que el enfermero o que el kinesiólogo cuando en realidad no es así por ejemplo ven que estás haciendo algo que vos lo haces de una determinada manera porque sabes que es la correcta que es lo mejor para el paciente pero el familiar cree que se hace de otra manera y que está en su derecho de hacerlo de otra manera cuando no es así uno tiene que dejar trabajar al profesional como corresponde también a veces es difícil porque llegas al domicilio y hay conflictos interno en la familia que muchas veces afecta al paciente.” (FC)

En concordancia con lo expuesto el testimonio de los enfermeros deja ver como la familia impone reglas al profesional enfermero dentro de su práctica enfermera controlando su labor y poniendo límites a su ejercicio:

“El perfil profesional es el de asistir al paciente en el domicilio con sus necesidades y cuidados de salud. Es un medio, el domicilio, en el cual tienen que poner un 50% del profesional y un 50 % de la familia y paciente, al trabajar ahí no todo depende de uno, las reglas no las impone uno hay que buscar la armonía y el equilibrio entre lo que damos y recibimos ser flexibles con la familia, con el paciente y entender su situación de salud.” (CDLP)

“En el domicilio tenés más presión por que estas más vigilado, más controlado en todo y tenés más contención si te llevas bien con la familia.” (JE)

En el mismo orden de ideas también el hospital se visualiza como una institución de control ya que impone reglas de comportamiento a sus sujetos de cuidado coartando la libertad de poseer en su hogar con su entorno familiar. Algunos enfermeros sostienen esto diciendo:

“No a nadie le gusta estar en el hospital. Prefieren estar en su casa porque en el hospital pierden toda su privacidad, pierden el derecho de ver al paciente a la hora que ellos quieren, su intimidad, pierden todo. En el hospital depende de donde este internado si es en una sala común o una compartida o en un sector más complejo de área cerrada pierde todo su entorno, su privacidad yo creo que no es agradable estar en un hospital si algún día capaz que no saben en dónde están, si es de día o es de noche, pierden noción del tiempo, no pueden mirar tele.” (JE).

Entonces frente a lo expresado se evidencia que la familia junto con el hospital y otras demás instituciones privadas son aparatos ideológicos del estado que se encargan de controlar a los profesionales interdisciplinarios al momento de prestar los cuidados que presta los servicios de las ID. Frente a ello Louis Althusser⁹³ expone:

“...en una sociedad determinada existen elementos reguladores y represores que se constituyen en dos niveles, el primero contiene a las instituciones gubernamentales como son el gobierno, el sistema de administración y recaudación con sus respectivas formas de sancionar, y el segundo plano relativo a las funciones formativas como son la religión, la educación formal en las escuelas, la familia, y los gremios en artes y ciencias.

Estos sistemas de formación, Althusser los denomina aparatos ideológicos del estado, posteriormente aplicado en las instituciones privadas con una función política impresa en una página en blanco que afecta a la identidad del individuo.

La investidura de la identidad toma lugar de acuerdo con la serie de actos en la identificación de los valores impuestos por las leyes de la religión, familia, ética, política, etcétera. La única forma de individualizar al individuo es sometiéndose a sí mismo, a partir de los valores existentes en la sociedad.

Consideraremos aparatos ideológicos de Estado las instituciones siguientes:

- AIE religiosos (el sistema de las distintas Iglesias),
- AIE escolar (el sistema de las distintas Escuelas, públicas y privadas),
- AIE familiar,
- AIE jurídico,
- AIE político (el sistema político del cual forman parte los distintos partidos),
- AIE sindical,
- AIE de información (prensa, radio, T.V., etc.),
- AIE cultural (literatura, artes, deportes, etc.)”.

Los aparatos ideológicos de Estado funcionan masivamente con la ideología como forma predominante, pero utilizan secundariamente, y en situaciones límite, una represión muy atenuada, disimulada, es decir simbólica. (No existe aparato puramente ideológico) Así la escuela y las iglesias adiestran con métodos apropiados (sanciones, exclusiones, selección,

⁹³ Althusser Louis (1989) *Ideología y aparatos ideológicos del Estado. Freud y Lacan*. Buenos Aires: Nueva Visión.

etc.) no sólo a sus oficiantes sino a su grey. También la familia... También el aparato ideológico de Estado cultural (la censura, por mencionar sólo una forma), etcétera.

En este mismo orden de ideas, para tener un concepto de los procesos de relacionamiento que involucran a la familia, la institución hospitalaria y el sujeto de cuidados, no resulta pertinente mencionar algunos conceptos de la teoría de “acción social” de Weber, que enuncia.

“La acción social abarca cualquier tipo de proceder humano que significativamente “se orienta por las acciones de otros, las cuales pueden ser pasadas, presentes o esperadas como futuras”. Existe una “relación” social dondequiera que hay reciprocidad por parte de dos o más individuos, cada uno de los cuales refiere su acción a actos (o actos previstos) de otro”⁹⁴.

Otro aspecto que considerar que los vínculos y los relacionamientos dentro de la ID, abarcan diferentes niveles de alcance y profundidad, un primer nivel y global es la ID, donde dentro ella se encuentra la familia del sujeto de atención y en su núcleo, el sujeto de cuidados con el conjunto de profesionales intervinientes. Todos estos vínculos están dirigidos por diferentes motivaciones y fines. En lo enunciado en los testimonios de los enfermeros podemos se revela esto.

“...lleva a que muchas empresas y muchos lugares que se dedican al cuidado de la atención domiciliaria tenga sus falencias y puntualmente tanto en el ámbito privado como el público, y es un detalle que no debería ser pasado en desapercibido, que lamentablemente por una cuestión monetaria a veces se abaratan costos, contratando personal quizás con menor preparación” (PM)

Lo mencionado con anterioridad permite ver cómo es la vinculación que tienen estas empresas de ID, ya que por una parte promocionan un cuidado especializado y con los profesionales adecuados, aquí podemos decir que este planteamiento si bien por un lado tendría un perfil de ser un tipo de ideal racional arreglado a valores, queremos decir estas empresas persiguen un fin racional pero siempre guiados por principios o normas morales. Pero lo descrito con anterioridad deja en evidencia que sus acciones son racionales con un fin específico el cual es no es regido por la moral sino por un beneficio propio.

Otro aspecto a considerar es la flexibilidad que se ejerce sobre los vínculos familiares al momento que este círculo se ve inmerso en el universo de la ID, ya que como sabemos las relaciones familiares tienen un perfil a cumplimentar lo expresado por weber al hablar del

⁹⁴ Giddens, Anthony (1994) *El capitalismo y la moderna teoría social*. Quinta edición, segunda en Colección Labor: 1994. Pág. 160, 161.

tipo de ideal afectivo, y si bien somos conscientes de que todas las conductas pueden tener todas las tipologías algunas se manifiestan más que otras, las relaciones familiares son de tipo tradicional debido a que el elemento racional es insignificante, es automática y mecánica, sin embargo, la emocional es la que podemos visualizar en lo relatado.

“...vos podés focalizarte en el cuidado y sobre todo en la familia, que es lo más importante, que es lo que hace que esta persona mejore por lo menos del estado anímico y de lo emocional.” (MA)

Con respecto al relacionamiento que tiene el cuerpo de profesionales que acuden a los domicilios en la ID, podemos ver un claro ejemplo de lo que Weber determina un ideal de tipo racional arreglado a fines, estos profesionales solamente acuden a realizar una labor la cual está apuntada a un determinado fin, si bien la rehabilitación y la mejoría del sujeto es uno, otro más importante es el fin lucrativo. Eso lo podemos determinar a partir de los testimonios narrados por ejemplo lo que dice SF.

“...la paciente que cuido tiene kinesiólogo que va dos veces por semana porque es una señora que está postrada hace un año y medio en la cama y no tenía prácticamente fuerza muscular, ahora la está recuperando gracias a los ejercicios que le da el kinesiólogo. El médico es medio a demanda por que mucho no viene cuando nosotros vemos que algo se está yendo de las manos o por ejemplo tiene tos expectorante lo llamamos, pero sino es como que el médico mucho no viene y enfermería, enfermería, enfermería todo el día y a todas horas enfermería es la que más está presente la enfermería, la que dirige los cuidados del paciente y después de ahí va transmitiendo a los demás profesionales. Con kinesiólogía mucha comunicación no tenemos, pero más o menos sabemos me la deja sentada en una posición y ya sabemos cómo manejarla, pero más que nada es enfermería a la cabeza y de ahí sale la comunicación con el Médico y con el Kinesiólogo.” (SF)

Por último, mencionaremos la relación enfermero, es importante destacar que el profesional enfermero abarca tres tipos de ideales, tanto el de valores, a fines y afectivo. Este se relaciona de manera profesional con el sujeto de cuidados, y tiene un fin de brindar los cuidados pertinentes, claro que también al empatizar con la persona se forma un vínculo afectivo, y su quehacer está guiado por un conjunto de valores los cuales guían su quehacer. Parte de la responsabilidad del enfermero es guiar en el proceso de recuperación al sujeto de esa manera se forma una relación la cual va evolucionando con el proceso de cuidado pasando de ser una relación solo profesional para ser una relación profunda y de un alcance integral del sujeto. Eso nos queda con claridad al ver lo expresado por LL.

“Todo lo que hace al contexto del cuidado de la persona ósea ya sea desde una cuestión que nos puede permitir una aplicación de una práctica esencialmente hasta lo que requiere otros aspectos como sea el ámbito social, como ser el ámbito religioso si la persona no se de repente está en una etapa terminal y quiere hablar con un cura o dependiendo de su religión

particularmente me comprometo dentro de todas las posibilidades y los aspecto que el paciente me da la posibilidad de comprometerme.”(LL)

Lo declarado con anterioridad responde a unas de los objetivos de esta investigación, donde se puede apreciar como el profesional enfermero de la ID, toma un concepto global de la persona no tomando solamente su práctica como algo mecanizado y normativo, sino que agrega una trato humano, cercano y personal. Lo cual conlleva a definir su labor como integral.

En este sentido consideramos que este dialogo que hemos enunciado entre la empírea y marco referencial nos ha servido para cumplimentar el objetivo rector de este trabajo consistente en poder describir los servicios de internación domiciliaria en el año 2016 a 2017 y los objetivos específicos de analizar la labor de enfermera en los servicio de internación domiciliaria y a darnos cuenta que el rol enfermero en el servicio de la internación domiciliaria es de vital importancia ya que le brinda al sujeto de cuidado todos los cuidados que recibiría en una institución hospitalaria pero en su casa, esto beneficia al sujeto de cuidado ya que está en su entorno, con sus seres queridos sin necesidad de tener que estar en un lugar que no le es propio como es el hospital, además el trato es más personalizado ya que al ser un solo paciente los profesionales le dan atención a él y a sus necesidades. Los enfermeros de la ID brinda cuidados enfocados en un paradigma holístico, considerando sus bases teóricas para el ejercicio de su práctica, si bien enfrentan muchos obstáculos de carácter burocráticos, mucho de ellos trata de dar un cuidado integral. Por otra parte, se trabaja en conjunto con la familia y se le brinda enseñanza para que esta aprenda a cuidar a su familiar de una manera correcta. Trabajan de manera solitaria y su nivel de autonomía es mayor, pero a la vez están supeditados a la verticalidad de la empresa de la cual son empleados, teniendo sueldos por debajo de lo que en realidad se merecerían. También los profesionales reciben control tanto de la ID como de la familia y de la sociedad. A pesar de ello los profesionales enfermeros en sus testimonios expresan que les gusta estar con los sujetos de cuidado en su hogar.

Conclusiones:

En respuesta a los resultados entregados durante el tratamiento de los datos, partiendo de los diferentes diálogos entre la teoría señalada en el marco referencial con los datos obtenidos de la empírea los cuales se analizaron, reelaboraron y construyeron siempre teniendo presente el núcleo del problema del trabajo se puede concluir que:

- La ID ha servido como opción viable para fomentar un entorno favorable para la recuperación de los pacientes y favorece la autonomía en las acciones de los enfermeros, permitiendo al profesional individualizar sus cuidados y fomentar la práctica de modelos y métodos, tales como los propuestos por Callista Roy cuando plantea que el profesional enfermero contribuye a mejorar la interacción entre el sujeto de cuidado y su entorno, evidenciando que dicha intervención coadyuvaría a una pronta recuperación del mismo ya que es precisamente este entorno el que permite al sujeto de cuidado reaccionar favorablemente con mayor rapidez y efectividad que en la internación hospitalaria, pues en los hospitales o clínicas como plantea Goffman, al ser sistemas cerrados los cuidados se estandarizan debido a que hay una mayor cantidad de sujetos de cuidados por cada profesional de enfermería, circunstancia que no favorece a la individualización del cuidado, objetivo que se cumple con mayor asiduidad en la atención que brindan los profesionales enfermeros en la ID.
- Los profesionales que trabajan en ID lo hacen de manera paralela con el sujeto de cuidado y con sus familias, es por esto por lo que consideramos fundamental los aportes que brindan a su labor profesional la ciencia del cuidado, la sociología y la antropología. En este sentido, los aportes teóricos de Madeleine Leininger son de gran utilidad ya que ponen su énfasis en los cuidados culturales, los cuales constituyen medios holísticos y transculturales más amplios que permiten, interpretar y fomentar la asistencia de enfermería teniendo presente el respeto por la vida y la dignidad humana.
- El profesional enfermero en la ID trabaja mucho con la familia de los sujetos de cuidado, lo cual crea una empatía y un compromiso fuerte con la misma, fraguando un espacio desde donde se puede promover la salud y prevenir la enfermedad, funciones primordiales de su quehacer profesional. Entre estas tareas primordiales, la

promoción de la salud a través de la educación es una máxima de la práctica profesional enfermera y uno de los lineamientos esenciales de la teoría del déficit del autocuidado de Dorothea Orem, la cual establece que se debe abordar al sujeto de cuidado en una primera instancia relevando sus falencias respecto de su autocuidado, en una segunda dando herramientas a las familias para que colaboren en este proceso y, por último, en caso de que esto sea posible contribuir a que el sujeto enfermo realice acciones de autocuidado para preservar.

- Es necesario, tener en consideración que los enfermeros que trabajan en ID sienten un peso de responsabilidad mayor y manejan altos niveles de estrés con respecto a los que trabajan en otra institución, lo cual hace necesario tener una red de contención para ellos y un espacio donde procesar lo vivido. Pero no cuentan con estas oportunidades lo que lleva a que el tiempo de involucramiento en esta área sea limitado.
- En la ID muchos enfermeros carecen de estabilidad financiera producto de la baja remuneración que perciben, además de la fragilidad laboral que les atraviesa como consecuencia del impacto que sobre la sociedad tiene el paquete de medidas neoliberales, las cuales producen un fuerte proceso de desestabilización socioeconómica que se manifiesta particularmente en el mercado de trabajo, conduciendo a la flexibilización del mismo. Son tiempos de Modernidad Líquida, en términos de Bauman, donde la sociedad se vuelve cambiante, incierta, imprevisible como reflejo de la decadencia del estado de bienestar, dando como resultado en última instancia a la alienación de los sujetos en una sociedad fragmentada, estrellada, individualista y con una fuerte subversión de los valores éticos, profesionales y existenciales.
- Los enfermeros son parte de un equipo interdisciplinar, pero a la vez no son tenidos en consideración por el resto de los integrantes, con el agravante de que son menospreciados, esto se debe a que no hay un cambio en modelo hegemónico fomentado desde los fundamentos en la ID.
- Hay una tensión entre el perfil buscado por las empresas de ID y la remuneración ofrecida debido a que es muy baja comparada con la obtenida en otro tipo de servicio

o institución, por ello muchos usan la ID como una rápida salida laboral y aun no son profesionales.

- Frente a las emergencias los profesionales no cuentan con un soporte y contención, quedando desprotegidos al momento de enfrentar estas situaciones, básicamente están solos y deben esperar por una ayuda que no siempre llega. Lo que muchas veces los lleva a dar un paso al costado de este servicio.
- Si el ser humano no se pertenece a sí mismo y se pierde en el mundo de las mercancías, entonces la manera en que se habrá de relacionar con los otros es desde su no pertenencia a sí mismo, su no libertad, su cosificación y por eso tal relación se erige en un medio en donde los otros son percibidos como instrumentos para los fines individuales. En el caso de las empresas de ID, si bien por un lado los profesionales enfermeros forman vínculos fuertes el sujeto de cuidados y su entorno familiar, no ocurre lo mismo con los otros profesionales actuantes y miembros de las empresas de ID, hay una relación laboral, pero la mayoría de los entrevistados manifiestan el aislamiento en que realizan su labor y el hecho de que son ellos quienes llevan el peso mayor de la tarea adelante.
- La falta de profesionalismo encontrada muchas veces en el cuerpo enfermero de la ID, lleva a que se considere el cuidado enfermero como una tarea empírica y no se logre separar la práctica profesional de la empírea, siempre esto ligado a favorecer a las fuerzas dominantes que financian las empresas de ID.
- Se ha observado por los relatos que muchos enfermeros de la ID tienen una mayor conciencia social que profesionales de otras áreas, donde muchas veces el enfermero de la ID, hace un trabajo de enfermero comunitario y amplía su campo de acción. Siempre teniendo que esquivar los obstáculos burocráticos que las empresas de ID fomentan por medio de sus protocolos.
- Las empresas de ID en su manera de operar ven al sujeto de atención como una mercancía, en el sentido fetichista en que Georg Lukács, desde este concepto marxista, habla de reificación o cosificación, en tanto el mismo humano se percibe como objeto y no como sujeto, obedeciendo a supuestas leyes que rigen el mercado, lo cual provoca que las prestaciones recibidas adquieran un valor acorde con la remuneración y el ingreso que genera la misma, esta visión lleva a que la práctica

enfermera diaria quede supeditada a los fines que la empresa tiene, limitando las actividades enfermeras.

- La supervisión de los profesionales muchas veces es llevada a cabo por empleados de la ID (médicos o administrativos), los cuales no tienen pautas claras en cuanto a cómo mejorar o trabajar en los cuidados, sino que la supervisión es una manera de controlar o perseguir a los enfermeros, en sintonía con lo que Michael Foucault denomina Panóptico, cuyo efecto más importante es inducir en el sujeto social un estado consciente y permanente de visibilidad que garantice el funcionamiento automático del poder.
- Hay que hacer referencia a la diferencia que hacen los servicios de ID respecto a la cobertura que ellos tienen y el servicio que van a recibir, siendo de mayor beneficio o no, acorde con lo que pagan. Esto responde a las medidas neoliberales implementadas en los 90, donde se recortan las políticas sociales, lo cual da lugar a la creación de las ID, pero con un fin más económico que social, propio de un Estado neoliberal que procura dismantelar el otrora Estado benefactor.
- La falta de coordinación de la ID con los sistemas externos de atención es muy precaria debido a que no es considerada aun como parte del sistema de salud, en este sentido, rescatamos la idea de Castoriadis de que existen partes que conforman al sistema y su mal funcionamiento obliga a un reajuste o un reacondicionamiento de los vínculos que se establecen entre sus partes, y esto genera que la atención que brindan los servicios de ID no sean lo adecuadamente eficiente como lo demandan sus usuarios.

Y con estas conclusiones damos por terminado este trabajo final, teniendo la certeza de que nos quedan unos cuantos aspectos por interpelar lo cual constituiría un punto de partida hacia nuevas y más profundas investigaciones.

Bibliografía

- Althusser, Louis (1988) *Ideología y Aparatos Ideológicos del Estado*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Anand, J. K.; Miles, J.W. Hospital at home which way will it go? J. R. Soc. Med., 1997; 90(7):414-5.
- Bauman, Zygmunt [2000] (2003). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: F.C.E.
- Beare, P. y Myers, J. (1995) *El Tratado de Enfermería*. Editorial Oriente S.A. Mosby. 1995; 1. Edición en español.
- Berbiglia, B. A. y Banfield, B. (2011) “Teoría del déficit de autocuidado”. En M. Raile Alligood y A. Marrimer Tomey. *Modelos y teorías en Enfermería*. España: Elseiver.
- Boggio, S.; Colica, D. y Wainberg, G. Atención domiciliaria: análisis de dos años de experiencia. *Revista del hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata*. 2002; 5(2).
- Bosch, C. C; Penisi, A. y Musich, P. “Internación domiciliaria, un enfoque interdisciplinario”. Publicado por la Universidad de Lanús, Buenos Aires en el año 2009. En: <http://www.aadaih.org.ar/wp-content/uploads/2016/02/Monografia-Internacion-domiciliaria-Interdisciplinaria.pdf>.
- Calvo Mayordomo, M. J.; Villarrubia, C. S.; Corchero, P. S.; Infantes Rodríguez, J. A. y Maldonado, J. L. Desarrollo del rol enfermero en atención primaria área 1 de Madrid. 2005; 23-26.
- Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria. CABA. Disponible en: <http://www.cadeid.com.ar/index1.html>.
- Caravajal, Carlos. Apuntes sobre los orígenes de la Internación domiciliaria en la Argentina. En www.internaciondomiciliaria.org/encasa-historia.html. Consulta el 2 de junio de 2016.
- Carvalho, L.C.; Feuerwerker, L. C. M; y Merhy, E. E. Disputas en torno a los planes de cuidados en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria. *Salud Colectiva*. 2007; Buenos Aires: Universidad de Lanús. En: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000300004.
- Castoriadis, Cornelius (2003) *La institución imaginaria*. Madrid: Tusquest.
- Colomer, J. J.; González, M. J. I. y González, R. V. J. (1998) Alternativas a la hospitalización: una respuesta lógica al aumento de la demanda. En Del Llano, J; Ortún, V.; Millán, J. y Gené, J., eds. *Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson; p. 359-401.

Collière, M.F. (1996). *Promover la vida*. Madrid, España: McGraw Hill-Interamericana.

Contel, J. C.; Gene, J. y Peya, M. Seguimiento de una cohorte de atención domiciliaria. *Revista Atención Primaria* 2006; 38(1): 47-50.

Coraggio, J.L. y Torres, Rosa María (1999) “Las crisis y las universidades públicas en la Argentina”, en Mollis, M. (comp.) *Las universidades en América Latina, ¿reformadas o alteradas?, la cosmética del poder financiero*. Buenos Aires: CLACSO.

Cortés Conde, Roberto. Disponible en la web en el siguiente link: http://www.ancempresa.org.ar/discursos/La_Crisis_de_1930_Cortes_Conde.pdf.

Conferencia del 26 de mayo del 2009 La crisis de 1930. Cómo afectó a la argentina. por Roberto Cortés Conde.

Enfermería – Normas para su ejercicio; Ley 24004. Poder Legislativo Nacional (P.L.N.). (23 de octubre de 1991). Disponible en: <http://leg.msal.gov.ar/index2.htm>.

Foucault, Michael (2003) *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Frías Osuna, A.; Prieto Rodríguez, M.; Heierle Valero, C.; Aceijas Hernández, C.; Calzada Gómez, M. y Alcalde Palacios, A. et al. La práctica enfermera en atención domiciliaria: perfil sociodemográfico y práctica profesional. *Atención Primaria*. 2002; 29(8): 495-501.

Fuentes, J.; Montiel, G. y Venesio, C. Para que los pacientes puedan estar cómo en su casa. *Revista Médicos*. (24): 32. Disponible en: <http://www.revistamedicos.com.ar/numero24/pagina32.htm> y en Programa Médico Obligatorio. Ministerio de Salud de la nación. Resolución 310/2004. Disponible en: <http://www.sssalud.gov.ar/normativas/consulta/000595.pdf>.

Goffman, Erving (2001) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Grajales, Rosa A. Zarate. La Gestión del Cuidado de Enfermería, disponible en la página http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009 y a De Sosa Silva, J.R.; Heck, R.M.; Schwartz, E. y Schwonke, C.R.G.B. El enfermero en el programa de internación domiciliaria: la visión del usuario y de la familia. *Enfermería Global* versión On-line ISSN 1695-6141. *Enferm. glob.* no.15 Murcia feb. 2009.

Giddens, A. (1994). *El capitalismo y la moderna teoría social*. Quinta Edición. [Véase Karl Marx, Émile Durkheim y Max Weber]. Barcelona: Idea Book.

González, M. D. Hospitalización a domicilio. España: Hoechst Marion Roussel; 1998.

Hammersley, Paul Atkinson. Etnografía. Métodos de investigación. Buenos Aires: Paidós

Hernández, Lirolaiza. Método etnográfico. En <https://es.slideshare.net/8567982/metodo-etnografico-55980751>.

Hernández Sampieri, Roberto (1998). Metodología de la investigación. México: McGraw Hill-Interamericana.

Leininger M. & Mc Farland, M. R. (2002). Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice. USA: McGraw-Hill.

Leininger, M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. Cultura de los cuidados 1999.

Leininger, M. Teoría de los cuidados culturales. In: Marriner, A. y Raile, M. Modelos y teorías de enfermería. 6a ed. Philadelphia: Mosby; 2007.p. 472-98.

Leyva Ramos, Miguel. Acerca de la modernidad líquida: crisis estructural del sistema capitalista. En Leyva Ramos, Miguel y Celaya, Laura A. (2015) El ingreso en la educación superior: un dilema institucional.

Leyva Ramos, Miguel "El Sick rol parsoniano". Material de cátedra. Mar del Plata: UNMDP.

Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones Rol; 1989:305.

Martínez Rangel, Rubí y Soto Reyes Garmendia, Ernesto. Óp. Cit.

Minardi Mitre Cotta, R.; Morales Suárez-Varela, M.; Llopis González, A.; Sette Cotta Filho, J.; Real, E. R. y Días Ricós, J. A. La Hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Revista Panamericana de la Salud. 2001; 10(1): 45-54. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dbi/es/v10n1-cotta.pdf>.

Minujin, A. y Kessler, G. (2002) La nueva pobreza en la Argentina. Buenos Aires: Temas de hoy.

Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Internación Domiciliaria; Resolución 704/2000. Ministerio de Salud de la Nación (06 de septiembre del 2000). En: http://www.msal.gob.ar/pngcam/resoluciones/msres704_2000.pdf.

Orb, A. y Santiago, A. Breve reseña de la enfermería domiciliaria: una perspectiva de la atención privada. Concepción de Chile. En: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000100002.

Orlando, A. (2007) Internación domiciliaria: herramienta de la auditoría médica. Buenos Aires: Hospital Alemán

Polit, D. y Hungler, B. (2003). Investigación científica en ciencias de la salud. (6ª Ed). México: McGraw- Hill Interamericana.

Puchi Gómez, Carolina, Olivia Sanhueza Alvarado Rol del profesional de enfermería en unidades de hospitalización domiciliaria de hospitales públicos <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/146/>.

Raffy, Pian, N. La hospitalización a domicilio: un lugar marginal dentro de los sistemas sanitarios. Revista Gerontol, 1997; 7:5–9.

Ramacciotti, Karina Inés Ramón Carrillo y su acercamiento al peronismo. Disponible en la siguiente página web <http://nulan.mdp.edu.ar/2357/1/ramacciotti.2002.pdf>.

Reglamento de Ley 12.245. Ejercicio de Enfermería de la Provincia de Buenos Aires. Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires. 2001; decreto número 2225.

Restrepo Trujillo, C.; Echavarría Estrada, J. C.; Villegas Restrepo, N. y Bedoya Ramírez, L. (2009) Costo del servicio de hospitalización domiciliaria en Medellín como alternativa de la hospitalización institucional (tesis). Medellín, Colombia: Universidad CES.

Rol del profesional de enfermería en unidades de hospitalización domiciliaria de hospitales públicos de Santiago de Chile. En: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/146/>.

Roubicek J, Salvatore A, Kavka G, Ferreras P, Wiersba C. La internación domiciliaria diferenciada de agudos. Ensayo. Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata (Argentina).

Roy, Callista y col (1999) *El modelo de adaptación de Callista Roy*. Stanford: Appelton y Lange.

Sitio web Hospital Privado de la Comunidad (HPC). Atención al paciente/modelo de atención. En www.hpc.org.ar/v2/vdato.asp?id=65.

Sloterdijk, Peter (2003). Esferas II. Madrid: Siruela

Vasilachis de Gialdhino, Irene (coord.) (2007) Estrategias de investigación cualitativas Buenos Aires: Gedisa. Biblioteca de Educación.

Watson, J. The theory of human caring: retrospective and prospective. Nurs ScQuart. 1997; 10(1): 49-52.

Watson J. Nursing: Human science and human care. Connnecticut: Appleton-Century Croft; 1985.

Watson J. "Ciencia Humana y cuidado humano: una teoría de enfermería". New York, Nacional League for Nursing. 1988.

Watson, Jean (Ed 7). (2011). Edición en Español de la Séptima Edición de la Obra Original en Inglés Nursing Theorists and Their Work. Barcelona- España: Elsevier España S.L.

Weber, Max (1964) Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva. México, D. F: Fondo de Cultura Económica.

Weber, Max (1987) La división del trabajo social. Madrid: Akal.

Weber, Max (2008) Escritos políticos. Madrid: Alianza Editorial.

Young H. Challenges and solutions for care of frail older adults. Online Journal of Issues in Nursing 2003; 8 (2). Disponible en: www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume82003/No2May2003/OlderAdultsCareSolutions.aspx.

Anexos

Anexo N° I Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a, estamos trabajando en un estudio de investigación que tendrá como escenario vuestra área laboral. El objetivo del presente trabajo es la elaboración de nuestra tesina de grado, para la obtención del título de Licenciado en Enfermería, carrera que nos encontramos cursando en la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

El objetivo de la referida investigación es identificar la labor de los profesionales de enfermería en el servicio de internación domiciliaria (ID) en la ciudad de Mar del Plata durante el año 2016 y la colaboración que solicitamos ante este requerimiento es de una libertad absoluta.

La técnica utilizada será la realización de entrevistas abiertas, en las que se les plantearán preguntas y sus destinatarios gozarán de entera libertad para contestar o no a dicho requerimiento. Los datos aportados por las mismas se incluirán en la producción de esta tesina, siendo tratados con la debida confidencialidad y con el sólo propósito de ser analizados hermenéuticamente, evitando la identificación de los entrevistados al codificar sus nombres.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, solicitamos que los datos aportados sean de su total sinceridad, para que los mismos puedan ser tratados científicamente, procurando desarrollar el objetivo de la tesina, así como poder ser analizados, estableciendo las estrategias necesarias para el abordaje profesional adecuado.

La firma al pie de la presente autoriza la realización de las referidas entrevistas, las cuales serán debidamente archivadas bajo absoluta reserva y atendiendo a este pacto de consentimiento informado y confidencialidad.

Muchas gracias por su colaboración.

.....
Firma de autorización

Anexo N° II Bateria de preguntas para la realización de las entrevistas. Ramírez-Larroca

¿Cuál es según su criterio la naturaleza y contenido global de la Internación Domiciliaria (ID)?

Refiérase a las especificidades y el perfil de su praxis profesional.

¿Cuál considera usted sea el rol de la teoría en su praxis profesional?

¿Cómo eligieron su especialidad? (Nivel de independencia y estabilidad laboral)

¿Cuáles son según su criterio los motivos de posibles crisis?

¿De dónde provienen los referentes teóricos de la especialidad?

¿Cuál es el nivel de participación de los profesionales enfermeros en las tomas de decisiones?

Refiérase a los alcances del trabajo en equipo y su incidencia.

Anexo N° III Ficha para entrevistados

Apellido y nombre:
Sexo
Edad
Dirección
Teléfono
Móvil
Correo electrónico
Facebook
Título
Servicio
Antigüedad
Observaciones

Anexo N° IV Entrevistas

Entrevista N°1 (E1)

E ¿Cuál es según su criterio la naturaleza y contenido global de la Internación Domiciliaria?

E₁ – Bien, cuando hablamos de internación domiciliaria estamos hablando de que la persona tiene un requerimiento, o cuenta con una necesidad que debe ser cubierta o atendida y, en este caso, puntualmente en su domicilio; es decir, no tiene la posibilidad de asistir a otra institución ajena a lo que se refiere a su propio lugar, digamos su hábitat. Esto, obviamente, determina una cierta limitación en la persona, y en el caso propiamente de la atención de la enfermería, lo que de alguna manera realiza es una asistencia integral o por lo menos particular en determinadas áreas que deben ser cubiertas en el momento en el cual el enfermero o el profesional de la salud asiste a la misma, en este caso en el domicilio de la persona o paciente. Nosotros (se refiere al colectivo enfermero) siempre creemos que cuando hablamos de internación domiciliaria, entendemos que este cuidado, abordaje tiene que tener una mirada amplia que no solamente se limite a la asistencia particular, a la necesidad concreta, sino el observar que el ser humano requiere también una cierta [digamos] (falta una palabra) de atenciones y de puntos al tener en cuenta al momento del cuidado específico. Esto nos lleva a que uno se encuentra con el mismo, trata de lo mantener un cierto diálogo porque generalmente lo que ocurre en muchas empresas del cuidado de la salud es que refieren casos; es decir, el caso tal, atendido a tal lugar con tal patología, no es cierto, con una cierta denominación y uno ante todo, lo que tiene que tener en cuenta que la persona, es una persona, un ser humano y que si bien, obviamente, tiene una cierta condición, uno no está ajeno de eso y [este] como bien dice la pregunta [este] este, cuidado integral, este contenido global perdón, habla de esta globalidad que uno tiene que tener en cuenta al momento del trabajo en sí mismo. También nos pasa [que] nos ha pasado y uno lo ve en el diario, cuando uno se encuentra con distintas personas, quizás por desconocimiento son contratados, [no] en muchos casos para personal que no es idóneo para el cuidado en sí de la atención domiciliaria y quizás por falta, digamos, de conocimientos teórico prácticos, no realizan el cuidado de la manera que debería ser o con la atención que debería hacerse. Esto lleva a que muchas empresas y muchos lugares que se dedican al cuidado de la atención domiciliaria tenga sus falencias y [este] puntualmente tanto en el ámbito privado como el público, y no es un detalle que no debería ser pasado en desapercibido, que lamentablemente

por una cuestión monetaria a veces se abaratan costos, contratando personal quizás con menor preparación, por decirlo de alguna manera académica y luego, en el momento en el cual debe [este] ser abordado el paciente se ven que hay desconocimiento, se ve que ahí hay falta de preparación, porque lógicamente el personal a veces no es el mejor idóneo para determinados cuidados. Esto no quiere decir que aquella persona que tenga una titulación menor a la que en este caso, puntualmente a la mía que soy enfermero, no esté preparada. Lo que digo que a veces realizan actividades o determinadas funciones que no siempre son acordes a la patología que se presenta.

E: Refiérase a las especificidades y el perfil de su praxis profesional.

E₁ –Bueno, un poco tiene que ver con lo que les acabo de comentar, tiene que ver con eso, las especificidades en enfermería tienen, [eh] nosotros como enfermeros, aparte de una formación académica, tenemos después, [que] lógicamente, un marco legal, un marco deontológico, jurídico y legal que nos encuadra dentro de nuestra profesión y nosotros tenemos determinadas normativas que cumplir [eh] al momento de llevar a cabo y también en lo que es la praxis formativa de la capacitación que nos da el ámbito educativo, entonces cuando uno hace atención domiciliaria, lógicamente que debe contar con esos recursos al momento de atender a la persona recursos [digamos] intelectuales por decir de alguna manera digamos de formación académica y, por otro lado, recursos prácticos al momento de atenderlo en sí misma; y ocurre que como les dije anteriormente, a veces [eh] muchas [mucho] personas que trabajan en el ámbito en cuidado de la internación domiciliaria, no cuentan con esa preparación, entonces se encuentran fallas, fallas que, después, en nuestro caso, son supervisadas y evaluadas por, justamente, los coordinadores, en fin por el personal que está cargo, [digamos] de la supervisión de la actividad de la atención domiciliaria que es muy importante y ven estas falencias y se ve y después no se logra el resultado que se espera. Cuando uno contrata una atención domiciliaria o cuando una asiste una atención domiciliaria debe tener un objetivo, un objetivo claro, un objetivo tenga una planificación, ósea no es solamente ir improvisadamente, sino que debe tener una planificación, debe tener una organización y debe tener un sentido, esto debe ser supervisado y evaluado como corresponde por la empresa y después [ejecutado como corresponde] con los profesionales a cargo de la misma.

E- Y en tu formación profesional, vos pensás, vos necesitaste una capacitación con la formación profesional que vos tenías fue suficiente.

E1- No, yo creo que como siempre digo y creo que debe pasar entiendo en cualquier ámbito del cuidado de la salud la formación es continua y uno cuenta con una formación pero después es verdad en la praxis misma necesita de una preparación de una formación de un de un requerimiento por parte de algunas personas para que nos vayamos fogueando no cierto en lo que es propiamente el cuidado o de la atención específica que se debe dar en el área que corresponda no es lo mismo por decir atención primaria de la salud, trabajar en el sector de pediatría debe tener sus particularidades , lo que tiene que ver con atención domiciliaria tiene sus particularidades y lógicamente debería nosotros tratamos de formarnos independientemente de nuestra formación académica en tratar de ver la metodología las formas de trabajo que se realizan no, compartir experiencias también otros profesionales que también trabajan en el área que nos puedan dar una opinión al respecto , que error comete uno no porque lógicamente que uno en el quehacer diario también comete errores y obviamente los errores siempre tienen que ser subsanados de la mejor manera posible porque lógicamente uno está formado para esto , es decir, uno es un profesional y debe realmente a la profesión y debe cumplir con los requerimientos básicos del cuidado de la salud, pero perdón.

¿Y la empresa se encarga de garantizar esa formación profesional al momento de que vos tenés este período por decir que vos llamaste de fogueo o este periodo de formación?

No , realmente no la empresa no se encarga de formar el personal lo que la empresa de alguna manera hace a través de supervisiones y de trabajo en equipo , si se trata de lograr un encuadre formativo y un encuadre digamos práctico del trabajo en sí de internación pero no hay una formación constante ni un trabajo que debería si debería serlo entiendo no solamente esta empresa sino cualquier otra empresa debería ser una formación continua y simulacros , trabajo de llamar a otros profesionales para el abordaje no de una determinada problemática como se debería trabajar el tema, es decir , no subestimar la internación domiciliaria porque es un área muy importante y quizás por ahí , porque el hecho que entre comillas no se hospitalice , es decir, no esté institucionalizado el paciente , por decirlo de alguna manera, no se le resta importancia en el cuidado, entonces me parece que es un área que debería ser tratada con más respeto y también con más trabajo y con más ideas formativas

al respeto de hecho creo que lo que ustedes plantean en la tesis me parece un área que debería ser investigada como lo están haciendo y abordada en profundidad porque hay muchas aristas que tiene que tenerse en cuenta al momento de la internación domiciliaria.

E- ¿Cuál considera usted es el rol de la teoría en su praxis profesional enfermera?

E₁-Perdón, me puede repetir la pregunta.

E- ¿Cuál considera usted es el rol de la teoría en su praxis profesional enfermera?

E₁- El rol del teoría, y es fundamental tener una buena base teórica para poder hacer una buena práctica o sea es fundamental que allá una relación directa entre la formación educativa teórica con lo que después lo uno lo va a contrastar con el cuidado o la atención, no podemos , el personal capacitado con conocimiento es el que después cumple los mejores objetivos y los mejores resultados un altruismo o pensar que solamente la práctica va al acierto o al error es cometer justamente una gran falencia uno tiene que formarse antes de poder ejecutar algo cierto si nos volvemos empiristas y dejamos que la profesión en parte sea eso empirista y creo que nuestra profesión como la enfermería es una carrera que requiere una formación un trabajo profundo y tiene una relación directa que lamentablemente esto pasa en nuestro país y yo creo en muchos lados no se le da la importancia que requiere digamos la parte formativa y las titulaciones en muchos casos son sencillas y algunos lugares o en otros son más difíciles y no se forma el personal como corresponde, en distintos ámbitos no públicos y privados.

E- ¿De dónde provienen los referentes teóricos de la especialidad?

E₁- Los referentes teóricos en los cuales yo me manejo, si, en mi base formativa, claro, lógicamente me baso de las materias que en su momento he cursado, de teóricos como Florence Nightingale, Dorothea Orem, no sé, puedo citar un montón de doctores no. Yo pienso que el tema del cuidado de las necesidades tiene mucho que ver, las necesidades hoy por hoy son creo que la base de la atención cierto, la base de la atención de la internación del cuidado de la persona es primordial que tengamos en cuenta los teóricos que nos enseñaron para que nos den las herramientas para conocer.

E- ¿Cree usted que todas las necesidades de los sujetos de atención se cumplen en la praxis profesional enfermera de quienes realizan la ID?

E₁- No, no creo que se cumplen todas las necesidades yo creo que siempre hay falencias, primero porque siempre el estado digamos de necesidad es imposible de alguna manera que se cubra completamente siempre va a ver algún punto que la persona siempre va a tener una

necesidad que no va a estar cubierta que no va a hacer correspondida por parte de la internación pero entiendo que en cualquier ámbito de la salud ocurre lo mismo. Lógicamente lo que se trata en la internación domiciliaria, es como les decía, es la atención concreta ante un hecho en particular, uno trata lógicamente después de bordar otras cuestiones específicas, pero la persona carga con cierta demanda

E- ¿Cuánto tiempo llevás vos estas en el servicio de internación domiciliaria?

E₁- De la patología, depende de la problemática, depende del paciente y demás, eso va a variar yo creo que mínimo cualquier paciente mínimo media hora hacia posterior, uno hora y mucho tiempo más requiero lógicamente cada problemática requiere su tiempo determinado, si es necesario a ver el hecho de ir y estar cinco minutos no es conveniente ni es bueno ni es correcto que sea salvo que sea algún particular la internación domiciliaria requiere un tiempo de atención

E- ¿Cómo elegiste esta especialidad, es decir, cómo elegiste la internación domiciliaria?

E₁- Siempre la enfermería tiene bueno lógicamente tiene muchas áreas de cuidado y de hecho de acercarse con al paciente conocer y trabajar en la atención domiciliaria es un oportunidad que uno tiene porque tiene la oportunidad concreta de tener a la persona y poder asistirle como corresponde. Lamentablemente muchas instituciones por cuestiones de tiempo, por cuestiones de sistema uno pasa a atender no a cuidar a velar por la vida de cincuenta personas y por ahí no le da el tiempo necesario a cada persona para escucharla, para atenderla en fin para entablar un dialogo una empatía, no cierto, un *feedback* un ida y vuelta que uno tiene que tener entre la persona y el enfermero y lógicamente en lo que es la atención domiciliaria esto se da de mayor medida. En su momento decidí dedicarme a esta área porque realmente es una área que me interesa no por una cuestión económica sino que es un área que entiendo cómo les decía que el tema de la atención domiciliaria es un área que tiene que ser abordada por la enfermería y que las empresas de salud deberían darle la importancia que corresponde a ese tipo de trabajo. Hablamos de atención primaria de salud cuando hablamos de instituciones y es como que le damos el valor que tiene y cuando hablamos de atención domiciliaria pareciera que no lo tiene tanto al valor, porque, por que se menosprecia por ahí, se subestima, por decirlo de alguna manera y se piensa se piensa que la atención domiciliaria pasa a ser bueno si son cuidados esenciales y ya está, no es higiene y confort por decirlo de alguna manera , es ir aplicar una medicación, dar una infección y ya está , quizás muchas de

esas cuestiones pasan , control de signos vitales, aplicación de inyecciones ,curación de heridas, y además por supuesto que pasen , colocación de sondas, digo actividades concretas que se hacen en internación , por decirlo de alguna manera pero ese es mucho más que esto justamente entonces la internación no es eso y ya está sino menospreciamos y desvaloramos una función tan importante en la enfermería como es esta área que ustedes está nombrando.

E- ¿Cuál es el nivel de participación de los profesionales enfermeros en las tomas de decisiones dentro del referido servicio?

E1- Bien, igual, algo que me quedó pendiente no es que solamente haber yo nombre solamente dos teóricos, pero en realidad muchos teóricos al respecto, es decir, el sustento, el marco teórico de referencia que ustedes preguntan es tan amplio es un abanico tan grande porque es la suma de muchos teóricos de distintas profesiones o sea no nos basamos solamente en enfermería en enfermeros teóricos sino nos basamos en distintos profesionales Psicólogos, Trabajadores Sociales, Médicos, en fin , todo lo que sume para el trabajo integral del cuidado de la persona, que eso tiene correlación a la pregunta que me hicieron ustedes de que marco teórico me sustentaba a partir de mi parte formativa en la praxis, es un marco teórico global a la hora del cuidado.

E- ¿Es un trabajo en equipo verdad? Podrías describir cómo se realiza la tarea y cuál es el nivel de participación de los profesionales enfermeros en las tomas de decisiones?

Bueno en realidad en el tema de atención domiciliaria es un tema medio particular en ese tema porque , por que no es que los enfermeros si bien uno tiene autonomía, al momento de llevar a cabo determinadas funciones , lógicamente uno requiere está trabajando en una empresa y la empresa tiene sus lineamientos y tiene su estructura de trabajo y tiene su forma de económica empresarial por decirlo de algún manera, que a veces uno no tiene la libertad absoluta al momento de poder llevar a cabo una forma independiente todas las decisiones que quería llevar a cabo. Si tiene esta empresa que creo que es muy loable muy importante el hecho de escuchar a los profesionales en cuanto a las ideas sugerencias y planteos que uno le pueda hacer en función del mejoramiento del servicio entonces esto está bueno porque uno quizás y ahí englobo no solamente e, personal enfermero sino todo tipo de personal se trabaja en una mirad ms amplia a la hora del cuidado de la persona. No es solamente el hecho de ir a asistirlo desde la mirada enfermera sino que cada uno trata de abocar desde su conocimiento y de sus ideas el trabajo en equipo y esto permite lógicamente uno de los

requisitos más importante que creo tiene esta empresa es qué el hecho de que se sostiene no y le da seriedad y le da respaldo al cuidado de la salud que quizás en otras empresa no se lo ve esto del tratamiento de la persona, porque muchas empresas en el cuidado de internación domiciliaria, volvemos a lo mismo es asistencialismo es decir cubre necesidad y ya está lo más rápido posible lo que le deje económicamente dinero y no tanto persona, y esta empresa en general lo primordial que tiene es eso es el cuidado de la persona fundamentalmente más allá de la cuestión económica que requiera.

E- ¿Y quién toma esas decisiones?

E1- Las decisiones están consensuadas entre lo que es la parte empresarial , por decirlo de alguna manera, la parte digamos de coordinación , hay una parte específica de coordinación , por lo menos en esta empresa, que es un supervisor general que es enfermero bueno es Licenciado en Enfermería y después hay un Asistente Social también, hay una Psicóloga también trabajando personal administrativo y demás que de alguna manera entre todos y personal médico también hay que entre todos trabajan en cuanto a la toma de decisiones concreta a lo que se refiere con el trabajo de atención en internación lógicamente después hay un trabajo específico dentro del domicilio, ese trabajo específico del domicilio esta supervisado, esta evaluado está consensuado tanto por uno como profesional de la salud y después propiamente con el supervisor del área y después lógicamente con la familia en este caso o con el paciente en sí, es decir , hay un ida y vuelta hay una reciprocidad no es que uno lo atiende y se desliga del caso sino que hay una relación directa entre paciente familia e institución.

E- ¿Cómo se determinan las intervenciones profesionales en la ID?

E1- Por un lado hay una indicación y lógicamente después hay una impronta de enfermería en cuanto al cuidado de la salud, vos por ejemplo, te pueden dar una indicación para determinada problemática concreta pero eso no te va a decir a vos la manera correcta de vos actuar o que más aparte podés llegar a hacer por esa problemática , se entiende lo que quiero decir, o modificar es indicación en el caso de que se lo requiera por supuesto que toda indicación , primero que hay que tener un conocimiento real de la problemática para poder dar una indicación es decir ya hay un previo conocimiento por parte de quien te indica la misma , pero lógicamente eso es modificable porque la realidad bien lo sabemos en el cuidado de la salud lo que tiene que ver es cambiante uno no puede ir con una idea bueno

hago esto y me limito a hacer esto y ya está sino que justamente atención domiciliaria te puede presentar determinadas cuestiones que no las tenés en cuenta o si las vas modificando.

E- Refiérase al alcance de trabajo en equipo y sus incidencias.

E₁- En realidad puntualmente en lo que es en el cuidado no hay un equipo no hay un equipo de trabajo por el cuidado es individual, lo que se puede lo que si lo qué hablamos de incidencia o de alcance entiendo la pregunta es en el trabajo previo y en trabajo posterior al cuidado, es decir, en este caso de atención domiciliaria es una cuestión muy puntual el profesional ejecuta lo que le corresponde y se retira ,es decir, no hay un trabajo como podría darse en otra institución en donde interactúan distintos profesionales a la vez si hay un trabajo en equipo en relación a que si yo hago una función lógicamente hay un profesional que me va respaldando atrás que va continuar la ejecución de lo que yo estoy haciendo o trabajar complementariamente con lo que uno hace los cuidados que uno realiza o las acciones que uno realiza hay un profesional que de otros lugar o de otro ámbito o de otro estado que puede justamente completarse a lo mío y en eso si se ven muchos casos de pacientes con distintas problemáticas volviendo a tu pregunta pedro de que si hay una planificación en eso porque si vos tenés una problemática de una persona que quiere ser abordada por determinadas profesionales no podes tener en cuanto solamente tu labor y ya está sino que hay una planificación hecha hay una evaluación concreta por un profesional que va a determinar bueno el enfermero va a asistir en tal momento , luego va a hacer tal práctica , luego hará tal estudio, luego hará tal rehabilitación, es decir hay un proceso de trabajo.

E- ¿cuáles son, según su criterio, los motivos de posibles crisis?

E₁- Siempre como en cualquier grupo humano de trabajo existen momentos buenos y momentos malos y críticos también la crisis existe a nivel laboral a nivel también personal y a nivel también propiamente en la acción de la labor uno puede plantearse relaciones problemáticas en el quehacer diario tanto como en el cuidado de atención propiamente o en el quehacer interactuar entre los profesionales y la empresa en sí misma. La empresa lógicamente tiene sus norma de trabajo, tiene sus códigos tiene sus normativas y sus principios y todo profesional o toda persona que trabaja en la misma se ajusta a las normas y principios de la institución. Ahora si existen crisis si existen crisis y se ve muchas veces reflejado en problemas por ahí con algunos compañeros de trabajo que por ahí uno hace una cosa y otro hace otra o uno no hace que esperaba que el otro compañero hiciera o uno deja

algo hecho y el otro no lo continua eso si ocurre en esos momentos de crisis. También existen crisis cuando el paciente se encuentra a disgusto o hay roles contra el paciente y el enfermero, por también hay uno nunca se olvida que uno no trabaja con máquinas o con seres insensibles uno es una persona trabaja con personas. Y en esto hay que tenerlo en cuenta como decía la primer pregunta del principio uno no es un número ni el paciente es un número ni un nombre es una persona entonces puede ocurrir de que se planteen situaciones críticas difíciles en Dar Salud, en la empresa y en todo lo que tiene que ver con lo que es el trabajo en sí. No sé si alguna otra pregunta me quería hacer, alguna duda que tengan.

E-¿cuál usted cree que pueda ser la mayor crisis que haya atravesado a nivel profesional?

E₁-Mira las crisis la mayor crisis en lo personal tiene que ver un poco con un tema personal mío que es situaciones que me pueden llegar a desbordar desde lo sensible desde la sensibilidad no a veces uno se siente de alguna manera involucrado por decirlo de alguna manera con determinadas problemáticas y cuando uno se tiene que enfrentar a esas puede sentirse sensibilizado y eso genera una cierta angustia lógicamente que uno en mi caso uno se va formando uno se va preparando para poder hacer tomar este distanciamiento porque si no lógicamente que uno no puede trabajar en la salud si no hiciera eso pero lógicamente que hay un involucramiento por parte de uno con el otro y hay problemáticas que yo he visto que me han generado una crisis interna de decir bueno como que caso que problemática como llevarla a cabo de hecho hasta me he planteado dudas de cómo seguir no en algunos momentos por que lógicamente uno ve cosas que quizás a veces se está formando está aprendiendo entonces a veces que uno piensa que sabe todo pero después se da cuenta que no sabe todo y que en realidad uno aprende todos los días entonces las universidades o las instituciones en si a uno lo forman pero después la realidad es la que uno va aprendiendo todos los días, en cualquier ámbito de salud es así. Entiendo que uno va viviendo y aprendiendo de los errores y de los aciertos y va creciendo en la formación.

E-¿Está conforme con su labor en el servicio que brinda en DS?

E₁- Si estoy conforme y valoro mucho el trabajo de la empresa, entiendo también que el cuidado que tiene para con el personal es muy bueno y eso ayuda a que muchos o profesionales independientemente del lugar que ocupen se sientan a gusto dentro de la institución. Lógicamente después uno en esto no cierto va después armando su formación y su trabajo, es decir, esto es un yo como un poco la pregunta que decía acá lo económico, no

justamente lo económico es un gusto personal el hecho de estudiar de estar en esta área, entonces es un tema de interés y de ganas de estar acá.

Bueno muchas gracias P.

No gracias a ustedes, espero que les haya servido útil lo que les haya brindado y estoy a su disposición para cuando lo que quieran

Entrevista a (E₂)

E: Siendo 2 de marzo del 2017, vamos a proceder a entrevistar a MA, que trabaja para una determinada empresa de ID de la ciudad de Mar Del Plata, el luego de haber leído y firmado el consentimiento informado [eh...]. Vamos a dar ahora [si] paso a la batería de preguntas para la entrevista de esta tesina de grado.

E: ¿Cuál es según su criterio la naturaleza y contenido global de la ID?

E₂: Bueno, para mí la naturaleza en sí es brindarles cuidados al sujeto que está internado [eh...] y, por así decirlo, de una manera más focalizada; ya que [eh...] solamente lo estás atendiendo a él, y a su vez también tenés una atención con la familia y bueno creo que ese más sería el criterio, pero el contenido global en sí es no sólo el sujeto que está siendo atendido sino también la familia creo yo. Y el cuidado es mucho más focalizado y hay una como cierto [eh...], cierto vínculo que se forma [eh...] con este enfermero que va a la casa sumado a que [eh...], no esté en el hospital y esté en su hogar y no haya tanto estrés y trauma como lo es cuando está en otra institución, con muchas más personas [eh...], con muchos más ruidos y que su entorno es un poco más distorsionado y no lo es como lo es en su hogar.

E: Bueno, con todo lo que más o menos me estás contando, es lo que para usted engloba la naturaleza de lo que sería la ID ¿verdad?

E₂: Si

E: Bueno, refiérase a las especificidades y el perfil de su práctica profesional.

E₂: Bien, [eh...], bueno, para mí dentro de las especificidades creo que comprendería la formación académica que uno tuvo, [eh...] creo que dentro del hogar o del hábitat donde está el paciente que yo estoy atendiendo, se llevan a cabo [eh...] muchas, como muchos procedimientos o actividades que están como muy relacionadas con la formación que uno tuvo, desde ya hay ciertas materias que capaz me hacen acordar como fundamento del cuidado que bueno es en sí, pensar lo que uno está haciendo [eh...] con el paciente y brindarle el mejor cuidado pero ser consciente de lo que uno está haciendo en ese momento así como es continuamente estás pensando de qué forma puedes llegar a brindarle lo mejor y dentro de la práctica [eh...] también hay como cierta teoría de antemano, como refiere la teoría de Dorothea Orem del autocuidado o la de Lenninger en las culturas o los cuidados transculturales que bueno es esto de, creo yo, de brindarle ciertas costumbres que tiene uno e intercambiarlas con la del otro y así. Y de esta forma también en la práctica uno lleva a

cabo el PAE todo el tiempo, ya que se plantea ciertos objetivos que a largo plazo son como de alguna forma cumplidos y a su vez diagnósticos que uno va evaluando y va objetivando y también con ciertos cuidados los va llevando a cabo.

E: Bueno, y para continuar ¿Cuál considera usted es el rol de la teoría en la práctica profesional enfermera?

E2: Yo creo el rol de la teoría en la praxis profesional enfermera, es como que evaluó tres teóricas que son, Nightingale, Dorothea Orem y Lenninger. Nightingale más que nada por el entorno por ofrecerle un buen entorno, [eh...], que esté libre de ruido que esté a gusto, comfortable por otro lado, eh...

E: ¿Y que el paciente este en su hogar garantiza un buen entorno?

E2: Que el paciente [esté] en su hogar por supuesto...eh... si, si garantiza un buen entorno pero al habituarse a la rutina de todos los días, al ser siempre los mismos cuidados es como cansador; entonces, el salirse de su espacio físico, de su hogar, y salir a tomar un poco de aire libre, quizás afuera, en este caso quizás él no se pueda movilizar, pero puede ser llevado a tomar un poco de aire afuera, para salir un poco de la rutina habitual, a él lo hace estar mejor consigo mismo desde lo emocional, por lo menos genera un mejor estado de ánimo, eso es lo que yo evaluó.

E: O sea, que no siempre el entorno del hogar es un lugar propenso a la mejoría del sujeto, sino que, según su criterio ¿depende un poco de cada hogar?

E2: Si, depende un poco de cada hogar, pero yo estoy quizás esté convencido de que sea mejor salir a tomar un poco de aire libre o hacer alguna actividad que no sea dentro de la casa, en este caso si es que puede, si se puede la verdad que sumaría, sería mucho mejor.

Y después, Lenninger, que también está esto de tomar ciertas costumbres, [eh...] o tradiciones que tiene ese sujeto que yo estoy atendiendo y con esto tratar, en algunos casos, de modificarlas para desde el lado de Orem para que aprenda a cuidarse [eh...] y bueno, ofrecerle esa propuesta si es que él quiere y sino bueno así que... yo creo que con eso bastaría.

E: Bien, y un poco de dónde provienen los referentes teóricos de la especialidad.

E2: [eh...] Bueno, los referentes teóricos de la especialidad yo creo que vienen de la formación académica que yo tuve Dorothea Orem, Nightingale y Lenninger, [eh...] son grandes teóricas, aplicables por lo menos para mí en lo que refiere a la ID. Y más allá, que hayan otros teóricos, yo creo para mí que son los que le dan más sentido a la ID.

E: Bueno, [eh...] siguiente pregunta ¿Cómo eligió usted su especialidad?

E2: [eh...] Mi especialidad lo que respecta a la ID, la elegí con el fin de poder aplicar los cuidados de una forma más autónoma e independiente, y también, en la que yo pueda desenvolverme más tranquilo, relajado, que yo pueda ofrecer cuidados con mayor calidad [eh...] y también a su vez por qué no centrarme en su ámbito familiar [eh...] para poder profundizar más en lo que respecta a que él esté internado, sobre todo en su hogar, siendo un área más reconfortante.

E: Y, por ejemplo, cuando habla de la autonomía y las libertades, ¿En qué piensa usted que beneficia tú práctica profesional? A diferencia a otro tipo de internación, claro...

E2: Claro, y yo creo que en primer lugar favorece del lado que no tenés la posibilidad o si, por lo menos si, pero es mínimo de que haya algún tipo de infección, quizás cuando uno está en la casa aplicando ciertos cuidados a una sola persona, que es lo que difiere del hospital. Cuando estás atendiendo a tantos sujetos cuando tenés tantos pacientes para atender [eh...] es eso, es como que el índice de infección disminuye mucho más y aparte vos podés focalizarte en el cuidado y sobre todo en la familia, que es lo más importante, que es lo que hace que esta persona mejore por lo menos del estado anímico y de lo emocional.

E: Bien, ¿Cuales son según sus criterios los motivos de posibles crisis?

E2: Bueno yo creo que en sí en la internación domiciliaria, [eh...] yo he estado desde que empecé con esto con tres cuatro pacientes, todos con la misma patología que es una escoliosis lateral amiotrófica, todos como muy dependientes en cada una de las tareas, y por supuesto, siempre hay momentos en los que está todo bien y vos podés resolver, y momentos que no sabés cómo actuar, ya que estás sólo, no hay nadie que pueda ayudarte así que uno tiene que manejarse con las herramientas que uno tenga a mano en ese momento más allá de que venga un asistente, o un médico, luego de 15 a 20 minutos de hacer una llamada, es difícil igual en esos 15 minutos saber cómo abordar la situación, por eso uno constantemente debe estar haciendo capacitaciones profundizando en los cuidados.

E: ¿Las capacitaciones se las facilita la empresa, o son capacitaciones que usted opta por tomar debido a situaciones o experiencias vividas o posibles situaciones?

E2: [eh...] No, yo opté por tomarlas por situaciones, experiencias que he tenido dentro de los domicilios ya que no disponía, no tenía a mi alcance, por lo menos, de las distintas empresas domiciliarias, no tenía esas capacitaciones, si había cierta información para el momento, pero

nunca llevado a lo práctico; y algunas veces más allá que haya algo teórico y que lo sepas, es muy fácil llevarlo a la práctica, por eso necesitas vivirlo, necesitas estar en esa situación y saber cómo, desde lo que vos aprendiste, tratar de tras pasar a lo práctico. Por eso, esas capacitaciones, creo realmente ayudan, pero también las situaciones en las que estuviste comprometido con el paciente.

E: ¿Y las crisis? siempre te referís a crisis en momentos de emergencia, por así llamarlo. ¿Son esas para usted las crisis?

E2: [eh...] No, también están las crisis emocionales, por ejemplo, en las que también tenés que saber, tenés que saber cómo expresarte cómo, en qué momento y de qué manera va a sentirse a gusto el paciente, con lo que vos le estás diciendo, y eso también requiere de que vos tengas ciertas herramientas para poder enfrentar esa situación, por ejemplo, en enfermería cuando nosotros estamos haciendo la formación o cuando yo estaba haciendo la formación, mejor dicho, había materias, por ejemplo, psicología que ayudaban a que vos tengas ciertas herramientas frente algunas crisis emocional y que sufra el sujeto que vos estás atendiendo.

E: Bueno, ¿Cuál es el nivel de participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones?

E2: Yo creo que [eh...] de lo que me ha tocado vivir y de las experiencias que yo he tenido dentro de las empresas que he estado, el nivel de participación del enfermero puede ser alta, mediana o baja, quizás porque depende de qué tan curioso uno sea y de cuánto uno profundiza los cuidados ya que si uno genera ese interés con el sujeto que está atendiendo y si genera esa empatía yo creo que la toma de decisiones va a ser mayor.

E: ¿Usted habla de la empatía enfermero paciente?

E2: Claro, y también con las otras disciplinas, como con los médicos, kinesiólogos los fonoaudiólogos, los otros profesionales que también forman parte de la atención conjunta, perdón de la atención con el paciente, creo que entre todos se toma una decisión como interdisciplinar, y de alguna forma se realiza, se trata perdón, de tomar una decisión en la cual esté de acuerdo también el paciente y sus familiares, ellos también tienen una toma de decisión muy alta. Los familiares también, de alguna forma indirecta también, entonces hay que tratar como de persuadir todo el tiempo.

E: ¿En cuanto al tratamiento del paciente?

E2: En cuanto al tratamiento, claro, en cuanto al tratamiento porque, uno siempre trata, uno piensa que es lo mejor lo que está haciendo, pero uno a veces también tiene que tomar bien lo que dice el sujeto que vos estás atendiendo y los familiares, ya que hay ciertas cosas que algunas veces uno piensa que están bien y no son así. Entonces, uno va evaluando y reevaluando todo el tiempo a ver qué es lo mejor, qué es lo mejor que se puede hacer.

E: Lo que usted es, como que en parte el nivel de participación profesional suyo es un poco autónomo, porque usted decide, cuánto se involucra o no en la toma de decisiones.

E2: Si

E: O sea, es lo mismo con la capacitación suya, ¿usted elije tomarla? No es que la empresa se la da

E2: Tal cual

E: No es que el equipo le hace parte sino que usted tiene que involucrarse...

E2: Si, sí, yo, te tenés que involucrar y es casi autónomo, es más, estás considerado en una empresa de ID como un prestador de cuidados y servicios y es más, así figura en lo que vos vas a hacer, es como que está más tercerizados los cuidados, como es el del kinesiólogo, del nutricionista, del médico, fonoaudiólogo, cualquiera que va ahí pero el enfermero que es el que está más tiempo dentro del hogar del habitad donde está el paciente, o sea, sigue siendo tercerizado el cuidado, pero también es más autónomo, o sea vos decidís lo que vos querés hacer en conjunto con otras disciplinas con la opinión del familiar y del sujeto que vos estas atendiendo. Y por otro lado también hay otras cuestiones que se abordan dentro del hogar y que va con esto que está relacionado con la tercerización de los cuidados y de que vos sos un prestador de cuidados a la hora de ir al domicilio y por qué remarco esto, porque sucede que dentro del hogar vos estás mucho más tiempo que cualquier otro de los profesionales que viene a la casa a ver este sujeto y a la familia en sí también pero uno también se pone a pensar que hay ciertos riesgos a la hora de estar ahí y que pueden pasarte millones de cosas dentro de una casa y con esto voy, a que tercerizar los cuidados y no estar en blanco, o sea, y trabajar cuasi de forma independiente no tenés esa garantía de que el día de mañana, se llega a pasar algo no vas a estar respaldado, por así decirlo.

E: Cuando usted dice trabajar de formas casi independiente. ¿Se refiere también a la tomas de decisiones?

E2: [eh...] Si, y no porque la toma de decisiones obviamente la tenés vos en montones de cuidados, que vos aplicas desde el lado de enfermería pero cuando ya implica un lado un poco más general, como es el evaluar el estado nutricional o realizar un pesaje por día ya se interconsulta con el médico y se avisa a la empresa y con los otros profesionales para darle un chequeo un poquito más general y para que todos estén informados y para no quede oculto eso que vos estás haciendo, porque en realidad va con una meta por ejemplo, que el día de mañana, si es que se encuentra con una alimentación [para] enteral continua que empiece a alimentarse mejor, o que requiera más alimentación de la que se le está dando o que se empiece a realizar más ejercicios para dar más movilidad y para que tenga un mejor aspecto de lo que signifique lo nutricional.

E: Bueno, y [eh...] ahora, por ejemplo, refiérase al alcance del trabajo en equipo y sus incidencias

E2: Bueno para mí el alcance del trabajo en equipo y sus incidencias de lo que respecta a la ID, yo creo que si hay una colectividad y una continuidad en los cuidados, ya que uno brinda su cuidados, y cuando realiza el pase de guardia con el otro enfermero, porque en este caso éste paciente requiere una asistencia y los otros pacientes que yo he tenido, requieren una asistencia de 24 horas de enfermería, y por ende, siempre había un pase de guardia o por lo menos se registraba todo en la evolución como siempre pero se dejaba bien específico los cuidados que se habían realizados para que el otro actúe, en consecuencia, digo que es colectivo porque si vos ya habías administrado un laxante al paciente y ya habías movilizado y en este caso el paciente no pueda comunicarse o no haya una expresión verbal como para que vos puedas interactuar con él, si no hay registros no hay nada que te de indicación de que vos puedas administrar otro laxante solamente estaría en el pase de guardia por eso creo yo que es muy importante el registro y la evolución, y lo que vos escribís ya que es lo que a vos te defiende también a la hora de hablando de un caso legal en el caso de que recaigas en un caso legal perdón siempre tu defensa va a estar en tu evolución, en un registro en los cuidados que vos hiciste siempre y cuando estén bien fundamentados y priorices lo que vos pones, me refiero a priorizar es que a priorizar no es que a explicar bien lo que vos ponés, detallada y específicamente lo que vos hiciste con horarios, y bueno, también desde este lado, ser consecuente con los cuidados que vos realizaste con el paciente. No, por ejemplo en este caso explicar que le controlaste los signos vitales y después fue al baño, cuando en realidad capaz

fue al baño primero y después le controlaste los signos vitales. Ser consecuente con lo que vos explicás, y aparte ser detallista en eso.

E: Entonces, para usted ¿el trabajo en equipo te permite un alcance mayor hacia el cuidado del sujeto de atención?

E₂: [eh...] Si, si, totalmente, obviamente que el trabajo en equipo, cuando hablamos de equipo, yo creo que también se habla de las otras disciplinas en sí, obviamente, desde el trabajo de enfermería; por supuesto ya que es el que se encuentra más horas dentro del hogar pero inevitablemente necesitas de las otras disciplinas como para poder ofrecer un cuidado de mayor calidad, pero realmente necesitas una mayor cobertura y la incidencia es..., y la incidencia de ello te da como una multiplicidad de miradas, lo cual nos permite obtener una visión integral o completa para darle, valga la redundancia, una mirada completa al paciente, también agregando que la participación familiar es muy importante ya que ellos conocen muy bien al sujeto que vos estas atendiendo y, por supuesto, están, o sea quiera uno o no están, son partícipes de este trabajo en equipo ya que realmente son muy importantes dentro del cuidado porque sin ellos quiera uno o no es una mirada más incompleta así que en fin es inevitable que esté la participación familiar en sí y a su vez, la de las otras disciplinas.

E: Bueno, muchas gracias por su tiempo y muchas gracias por la entrevista, no sé si me quieres agregar algo más.

E₂: No, gracias a vos.

Entrevista N 3:

E: Bueno, vamos a arrancar con la entrevista de B T. M. ¿Cuál es según su criterio la naturaleza y el contenido global de la internación domiciliaria?

E3: Bueno, para mí, específicamente, es un dispositivo que trabaja para lo que es la recuperación del paciente al lado de su familia. Tanto en lo que es, que sé yo, una instancia oncológica, no es lo mismo que estar en una internación que no sea domiciliaria y estar con tus seres queridos en la última instancia de tu vida. Y otras patologías, otras recuperaciones que tiene el paciente dentro del domicilio, están buenos porque siempre está acompañado y eso es muy favorable para lo que es la recuperación de cualquier persona que está en situación de enfermedad. Y bueno, no... es un... para mí, a mi criterio, es una buena opción dentro de esto que es muy nuevo aparte. Es un servicio que no tiene muchos años y se empezó a hacer, primeramente de manera informal porque en realidad esto comenzó de manera informal y después empezó a formalizar más en todo lo que es el trabajo en las obras sociales y demás. Y lo que tiene que regular es un poquito el tema de la entrada y salida de los profesionales dentro de un domicilio particular, que eso también es un poquito... -eh para lo que es el familiar...- complicado, complejo..., la aceptación de una persona nueva que entre en su hogar para atender a su familiar o para estar en una instancia, en un momento de que eh, vos sabes cuando la persona entra, cuando la persona sale, a qué hora se levanta, a qué hora se acuesta, toda la dinámica diaria que tiene dentro de su actividades. Pero bueno, básicamente para mí cumple esa función, y hoy por hoy una parte importante porque está bueno que los pacientes se recuperen al lado de sus familiares, al lado de sus seres queridos.

E: Bien, y... podría usted referirse a las especificidades y el perfil de la práctica profesional.

E3: Mira, específicamente, lo que nosotros hacemos [eh...], yo trabajo en [REDACTED] (internación domiciliaria) y bueno, soy prestadora. Nosotros somos todos prestadores, no estamos en relación de dependencia. [Eh...], lo que nosotros hacemos, nos pasan un paciente, nos dan el usuario con su patología, con lo que nosotros, [eh...] con la tarea que tenemos que hacer. Con lo que tenemos que hacer con el paciente, con lo que tenemos que... Con la práctica que tenemos que llevar a cabo. Y bueno, nosotros nos presentamos en el domicilio, tenemos una pequeña entrevista con el paciente por nuestro medio. Yo te hablo particularmente de mí, yo tengo una planilla en la cual tengo una pequeña entrevista con el familiar porque la información que nos pasa, en este caso [REDACTED], es muy básica y llega al domicilio

encontrándote con otro tipo de situación totalmente distinta a la que te plantean por ahí desde la empresa. Por ahí ellos te plantean cierta situación y vos llegas y encontrar otra cosa. Yo particularmente tengo una metodología, llevo una planilla que hice mía personal, en la cual me presento en el domicilio y realizo una pequeña valoración del paciente para atender al familiar y del paciente, para poder llevar a cabo la tarea. Y bueno, específicamente, la tarea se basa en la práctica de acuerdo a la patología y de acuerdo a la complejidad. Yo trabajo mucho en lo que es la parte de cuidado intensivo, paliativo y de, soporte entonces, es como de acuerdo a cada patología es como que nosotros vamos adaptando la práctica ¿no?

E: Bien, [eh...]. Y cuál considera usted que es el rol de la teoría en la práctica

E₃: El rol...

E: ¿Qué rol cumple usted en su práctica profesional?

E₃: Y, asistencial... Nosotros cumplimos un rol asistencial. También, [eh...] trabajamos [en] mucho lo que es la contención. A veces un familiar tiende un poquito a creer que ese tipo de contención que nosotros brindamos, ese tipo de tarea asistencial como está hecho dentro de un domicilio... [Eh...] eso hay que pactarlo muy bien de entrada con el familiar porque a veces lo confunde como con... al servicio profesional como con un servicio anexado un poquito a servicios de limpieza y pequeños quehaceres. Si bien lo que nosotros hacemos son visitas, ellos... -al familiar- le cuesta diferenciar que vos vas a realizar una práctica y que tenés... no vas con un cierto tiempo pero tardás entre 40 minutos y una hora que es lo que te lleva a realizar... ya te digo, dependiendo de lo que haya que hacer, es el tiempo que te lleva [y que] el familiar tiende por ahí a confundir como que quieren un horario o que necesita que por ahí son dos horas. Es una visita lo que se realiza, no es una guardia. Por ahí una visita extendida dura un poco más de tiempo, una hora y media. Pero eso es dependiendo, ya te digo... de la práctica y de la complejidad que tenga el paciente. Si está con un respirador, si hay que aspirarlo, depende... si hay que pasarle una medicación. Esperamos los tiempos de acuerdo a la práctica que se realice, pero bueno, eso también es un... el rol nosotros lo tenemos, yo particularmente lo tengo... yo sé, afianzado mi rol asistencial de contención con el paciente pero veo también este tema de que se confunde el tema profesional con familiar, las pretensiones de familiares estando dentro de su domicilio son otras quizás.

E: Y cómo eligió la especialidad del servicio de ID

E₃: ¿La especialidad de la ID o la enfermería?

E: [Eh...] las dos.

E₃: La enfermería, por parte de mi abuela. Mi abuela, es generacional, mi abuela era enfermera de la Cruz Roja, estuvo en las Malvinas y bueno, mi mamá también. Pero lo elegí más por la parte de mi abuela que ella fue la que más hizo que incursionáramos varios de la familia en todo lo que es el tema de la salud. ¿Y qué otra cosita me habías...?

E: ¿Por qué elegiste el servicio de ID?

E₃: No, el servicio de ID, básicamente porque yo, me gusta anualmente hacer varias capacitaciones y necesito esa libertad de tiempo. Tengo hijas grandes de 14 y 18 años casi, entonces, yo lo que necesito es esa libertad de tiempo para yo hacer, para realizar otras tareas por la tarde tanto de capacitación como otras cosas que hago...

E: Esto te genera un nivel de independencia...

E₃: Claro, me genera un buen nivel de independencia. Yo manejo mis horarios, pacto de entrada con el paciente que tengo, un parámetro de horarios y si tengo que ir a las 10 yo le digo que puedo estar entre las 9.30 y las 10.30 para que eso no me genere ningún tipo de problema, también tenés que pactar esos temas con los pacientes, con los familiares, porque sino después para que no haya... aparte que no se te interponga una visita con la otra. Yo, por ejemplo, lo arreglo por zona y por horario. Yo trabajo en la zona del centro, entonces empiezo desde una calle desde un lugar y tengo casi la mayoría de los pacientes cada dos cuadras. Entonces me hago como un mapa y empiezo de un lado y termino, y termino bien en tiempo y forma y demás, y lo puedo manejar bastante independiente, me gusta.

E: ¿Y le genera una estabilidad laboral el servicio?

E₃: Si si, me genera. Me genera porque a medida que hay un descenso de pacientes. Que fallece algún paciente, la empresa inmediatamente te da otro paciente. No tardan más de 10 o 15 días en volverte a reponer lo que vos estás más o menos, [Eh...] el nivel ganancial que estas teniendo en ese momento.

E: Perfecto, y lo que viene también... qué es lo que hablaste, de donde proviene tu referente teórico de la especialidad. Bueno el...

E₃: Si, es generacional. Lo mío en mi caso es generacional.

E: Perfecto, que bueno. Y el nivel, ¿cuál es el nivel de participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones?

E3: ¿Dentro de la ID? Ninguna, la verdad. Porque nosotros, es una empresa que tiene multidisciplinas que trabajan todas, o sea... todas asisten al domicilio en diferentes horarios del día. Nosotros, por lo general asistimos en esos horarios importantes que tiene el paciente como es en la mañana cuando debe levantarse, cuando debe medicarse, cuando hay que dejarlo en condiciones para que pase el resto del día. Por ahí hay pacientes que tienen cuatro visitas de internación domiciliaria a la mañana y mediodía va un enfermero, a la tarde va otro, a la noche va otro. Tampoco, a mi criterio, la empresa no mantiene un nivel de privacidad del domicilio con respecto al paciente. Debería por ahí buscar, [Eh...] se han presentado escritos como para solicitar este tema de que no es por un tema monetario que manden al mismo enfermero las cuadros veces al día sino por un tema de continuidad y confianza con el paciente. Eso trae un montón de problemas futuramente con el mismo paciente ¿no? Porque...

E: Ah, ¿no mandan siempre el mismo?

E3: Claro, no mandan siempre el mismo. Eso principalmente con respecto a la toma de decisiones, un enfermero se mantiene en contacto con el médico que contesta cuando ve los mensajes, pero contesta cuando aparentemente a su criterio tiene que contestar. Y por ahí, hay ciertas prácticas que el medico pide que se realicen de manera telefónica, que en mi caso yo no permito.

E: ¿Cuáles serían esas?

E3: Y por ejemplo, pasar cierta medicación intravenosa y vos llamas para le: mira el paciente en este momento está en esta situación, y el medico te dice: bueno, pásale tal medicación. Bueno Doctor cuando usted bien me lo registre yo la paso y se enojan. Se enojan los médicos porque no quieren llegar hasta el domicilio a registrar una historia clínica interna que se tiene para que el enfermero pueda realizar la práctica.

E: Claro porque otra vez la indicación...

E3: Claro, yo en mi caso si no lo escribe, no lo hago. Entonces en ese sentido tengo un poco de conflicto con la empresa porque mandan a cualquiera y lo hace. Cualquier otro enfermero por ahí lo realiza, pero yo espero el consentimiento del médico y me llevo una copia, siempre. Siempre me llevo una copia de todo lo que se escribe. Nosotros llevamos una evolución que es nuestra de enfermería, la entregamos y el médico, el kinesiólogo, el terapeuta ocupacional, todos los profesionales que asisten al domicilio dependiendo de lo que tenga solicitado el

paciente y el módulo de obra social que maneje, lleva cada cual su evolución. Que está en una carpeta. Nosotros evolucionamos, lo firma el supervisor y lo entregamos todos los meses. Todos los meses entregamos dependiendo de una por día. Una planilla por día dependiendo de cuántos pacientes tengás, es la cantidad de planillas que vos entregas. Yo estoy entregando por mes entre 180 y 200 planillas. Tenés que evolucionar diariamente para que no se te atrase y aparte, obviamente, que... tenés... no hay un contacto como para poder trabajar ciertos temas con el médico que nosotros sabemos que desde nuestra profesión somos los que más vemos. Somos los que más observamos, los que estamos, los que escuchamos, entonces, no es tomar en cuenta por el médico ese tema, el médico ve la evolución de enfermería con respecto a la situación que vos encontraste pero el médico siempre encuentra algo distinto a eso aunque sea eso lo que tiene. No hay un lamentablemente. (Error sintáctico)

E: Y al mismo tiempo no interactúan...

E3: No jamás, no hay reunión de equipo, no hay trabajo interdisciplinario. Son diferentes disciplinas que trabajan separadas y después todas esas evoluciones se juntan en una misma historia clínica, pero sin haber tenido relación una y otra en ningún momento. Nosotros...

E: Ejemplo, si vos vas en una visita y un paciente se descompensa, vos ahí tenés que avisar que el médico vaya, en ese caso sí.

E3: El médico de [REDACTED] no asiste para lo que es emergencia, no si yo encuentro un paciente descompensado, hay que llamar al servicio de ambulancia o de médico a domicilio que tenga por medio de su obra social cada paciente. Una vez que llega el servicio de ambulancia lo asiste y de derivarlo inmediatamente, en ese momento hay que dar aviso a la empresa para que la empresa levante el servicio. El servicio una vez que el paciente cruza la puerta para afuera se levanta y se vuelve a restablecer cuando el paciente porque es ID. El enfermero las horas y visitas que cubre en el domicilio no las puede ir a hacer a la clínica, excepto particular, que el familiar por una cuestión de confianza le diga al enfermero, mira, te contrato particular, para que vengas a cuidarlo un par de horas, pero eso no corre por cuestión de la empresa y el médico de la empresa no hace emergencias, si por ahí si el paciente presenta un estado febril o cualquier cosa que se pueda solucionar en el momento se lo llama al médico, que es en los casos que yo te comento que el médico quiere medicar por teléfono y yo, particular mente, no lo hago, porque no...

E: Esto en lo que se refiere también en el trabajo de equipo y sus incidencias.

E3: No, porque no hay esto, se ha presentado un montón de escritos entre muy pocos compañeros que coincidimos, se han presentado un par de escritos solicitando aunque sea una vez al mes con el médico de seguimiento de los domicilios de cada uno para que se pueda hablar o realizar algún tipo de plan o modificación de trabajos, porque hay muchos pacientes que pueden tener ciertas modificaciones o que le faltan cosas que no se las autorizan las obras sociales, entendés, y que por ahí, con un buen informe interdisciplinario se podría facilitar todo lo que es ese paso, para que el paciente lo tenga su recuperación sea más rápida, y la independencia de todo lo que es la internación sea más viable, pero no se puede, no se puede porque la empresa no presenta esta oportunidad tampoco.

E: Claro, y, bueno la última sería ¿cuáles son su criterio los motivos de posibles crisis?

E3: De posibles crisis dentro de... ¿A qué se refiere es amplio?

E: sí, [eh...], podría ser de posibles crisis en tu accionar, y también a nivel laboral, posibles crisis que usted tenga.

E3: ¿Laborales o crisis más personales?

E: Pueden ser personales o laborales, explíquemelas.

E3: Y crisis más personales, y el estrés, de lo que es la ID, es bastante complicado, ya te digo, vos tratás con el familiar, tratás con el paciente, con todas las personas que entran en la casa que van que vienen, y es un poco complicado poder llegar a un acuerdo con todas las personas que transitan, y con respecto a lo que es mío personal si por ahí voy con una carga emocional un poco complicada a mi casa por, nosotros, la parte de enfermería tenemos mucha pelea con lo que es la parte médica, por este tema porque es uno de los principales, de hacernos realizar prácticas sin ellos dejar la orden escrita y esto es algo que fundamentalmente a nosotros nos complica, nos complica y mucho porque, de tanto de lo legal como de lo ético y demás, bueno cada uno sabe lo que hace yo hablo de mí en particular, sé que hay colegas que sí, con un llamado telefónico lo hacen, eso a mí me genera mucha crítica y si me genera mucho estrés porque vos también después tenés que, si bien hace seis años que trabajo en la empresa, también a veces tengo que transitar con ciertos episodios de descontentos con el área de coordinación porque me llaman a presentarme y hablar de este tema y esto me genera crisis.

E: O sea en su parte ¿puede elegir la objeción de conciencia de no trabajar con ese médico, que ese médico es el que te indica por teléfono?

E₃ : Si, yo no trabajo con ese médico me derivan de paciente porque el médico, ellos designan cuando se abre un módulo de ID de las obras sociales, dependiendo de qué tipo de modulo sea, si es uno, dos, tres, cuatro, de eso dependen todas las disciplinas que le corresponde las visitas de enfermería, las horas de cuidadores y demás, eso de acuerdo con la patología con la que ingrese y la orden que traiga medica externa porque la orden de ID la tiene que dar un médico externo no la puede dar la ID, y cuando hay una renovación, la renovación se debe hacer externamente también porque si no cae, ellos caen en todo este tema que es, que si lo hace la ID, es como que queda que la ID quiere alargar el tiempo de prestación para que el paciente continúe en el domicilio y ellos sigan facturando, entonces, si es medio complejo y complicado todo ese tema.

E: Y para terminar lo que refiere a su especialidad que vos elegiste, bueno usted estas en intensivo y oncológico. ¿Cómo se siente, te gusta y también se siente que haya más crisis?

E₃: Si, siento crisis no en el momento que estoy en rol, en el momento que uno está en rol creo, hace muchos años yo estoy en esto, desde los 17 años que trabajo, desde antes de recibirme, entonces, empecé en geriatría, de a poco me fui, acostumbrando a la muerte de los pacientes y demás, lo he trabajado mucho en su momento, entonces, hoy por hoy no me afecta de la misma manera que me afectaba en otro momento, si bien ciertas situaciones dependiendo de lo que uno, uno tiene una historia, dependiendo lo que la historia le trae a uno en ese momento, con ciertos pacientes tenés una particularidad hay que ver de qué paciente te toca tu historia y ver qué te trae de adentro, para ver si te afecta o no, a mí en ciertas circunstancias me afecta, y en otras no; depende, entendés, del paciente y de la enfermedad que esté transitando, del tipo de cuidado, del tipo del vínculo que armés también, porque no con todos uno arma el mismo vínculo, entonces, eso pesa mucho.

E: ¿Y con la familia?

E₃: No, con la familia por lo general la verdad que nunca he tenido problemas, porque soy bastante reglamentaria. Yo, por ejemplo, cuando me mandan a un lugar entro y lo primero que digo, yo pregunto, ¿ustedes saben para que estoy yo acá? Y la familia: si, vos a hacer esto. Bueno, yo les voy a contar lo que yo vengo a hacer. Yo soy enfermera, vengo a realizar esta práctica, vengo a hacer esto, esto y esto. Bueno, cuando yo termino de realizar esa práctica, me retiro del domicilio porque es lo que yo tengo indicado por el médico, es el informe que a mí me pasaron y demás. Por el tema que te explicaba anteriormente de que

para que no confundan yo marco las pautas de entrada. Entonces, al vos llegar a un lugar, marcar ciertas pautas de entrada, vos ya podés libremente después hacer tu trabajo porque ellos ya saben cuál es la restricción que hay. Que vos vas a realizar esta práctica con el paciente y no vas a sacar una bolsa de basura. Porque todo lo que es la parte asistencial la familia, sobre todo la gente grande lo tiene desde, es generacional. La chica que limpiaba era la chica que cuidaba a tu padre, a tu madre, entonces es como que la enfermería si bien hoy está un poquito mejor posicionada y está más respetada la profesión, la gente que es grande aún confunde el rol del profesional.

E: Bueno, muchas gracias por la participación.

Entrevista N° 4:

E: Bueno, estamos con PG y vamos a arrancar con la batería de preguntas acerca de la ID y la primera pregunta es: ¿cuál es según su criterio la naturaleza y contenido global de la ID?

E4: Bueno, la parte de ID es favorable en el sentido de que el paciente se encuentra en su entorno o sea con los familiares y no se siente por ahí tan aislado como si estuviera en otro lugar de internación como sería una clínica, un geriátrico o algún lugar de estos. El paciente está en su casa tiene el beneficio de estar con seres queridos y además de recibir la ayuda que necesita, se siente cómodo, mucho más cómodo que si estuviera en otro lugar, ya que en ese lugar permanecen las costumbre y todo aquello que el paciente siempre tuvo, bueno; y estar rodeado de sus seres queridos tiene sus beneficios en cuanto a que los ve todos los días a los familiares, más que nada por esa parte, que el paciente se siente cómodo y se siente [eh...], como podía explicarme, se siente protegido, más protegido que si estuviera en un geriátrico o algunos de estos lugares.

E: Entonces para usted eso abarca los que es la naturaleza y contenido global de la ID.

E4: Si, es mejor que esté internado en un domicilio y no en un lugar, porque se, va a sentir más aislado. Más aislado porque además va estar solo, el día tiene 24 horas y los familiares van a poder ir a visitarlo solamente unas horas, en cambio en el domicilio va estar continuamente en contacto con los familiares. Y no hay tanto desapego, además conserva sus costumbres y todo lo que hacía con el familiar, por ejemplo tiene ganas de tomar mate a la mañana y lo sigue haciendo, por ahí en un geriátrico eso no podría hacerlo.

E: Bien, refiérase a las especificidades y al perfil de la práctica profesional.

E4: Para mi principalmente lo que debería tener la persona es autoestima porque ya que la persona a cierta edad ya se desanima y si uno va así como con mala onda, o por así decir, es como que no le agrada mucho al paciente y uno por más que trabaje y haga todo bien, si no le pone onda, por así decirlo, levantarle el autoestima, hacerlo reír y esas cosas, es mucho mejor yo siempre trabaje así, tratando de hacerlos reír a todos, hacía las cosas que tenía que hacer, pero las hacía con gracia.

E: Y por ejemplo ¿qué diferencia hay cuando es en el hogar?

E4: Primero, debes respetar el entorno del paciente, conocerlo, porque no todas las personas son iguales, tienen diferentes costumbres, o sea, uno ingresa a un lugar y primero debe

asimilar el lugar, y de ahí depende el paciente, como sea uno lo va manejando que son las cosas que tiene que hacer.

E: Bien, ¿Cuál considera usted que es el rol de la teoría en la práctica?

E4: Bueno, la teoría tiene el rol en el sentido de que hay que hacer lo que dice la teoría, pero siempre tiene que ver él porque haces tal cosa y no otra, o sea, uno no tiene que hacer todo un procedimiento porque siempre lo hizo así, lo tiene que realizar porque tiene que saber porque hace eso, qué es lo que puede llegar a provocar eso, y tiene que tener todas las medidas de precaución para realizarlo. Y bueno, básicamente es eso, o sea, uno cuando tiene que hacer los procedimientos debe apoyarse en la teoría, pero además, uno debe saber por qué hace los procedimientos para saber lo que está haciendo, eso también beneficia en que si el paciente te pregunta algo, uno sabe que responderle, no tenés que realizar los procedimientos por costumbre o porque le dijeron que se hacían así, tiene que investigar y tiene que saber por qué hace eso y qué repercusiones tiene.

E: Bueno, y ¿cómo eligió usted la especialidad de ID?

E4: Bueno, la atención en domicilio tiene la ventaja de que uno conoce al paciente y que siempre esta con el mismo paciente y trabaja con el mismo, lo conoce bien y eso te permite formar un buen vínculo, a mí me pasaba que yo trabajaba siempre con la misma cantidad de pacientes todos los días y los conocía sabía que tal paciente me iba a preguntar algo a tal hora de tal medicación, porque están acostumbrados que todo los días lo mismo y ellos ya saben que me preguntan lo mismo a la misma hora.

E: ¿Y eso ayuda a formar un vínculo mayor?

E4: Si porque uno ya los conoce y ya puede hablar de otras cosas, por ejemplo yo cuando llego me presento y todo, pero trato de hablar de otras cosas para que se relajen también, después eso es una ventaja, una desventaja es tener que viajar mucho, pero a la vez es una ventaja de poder enfocarte de lleno en ese paciente, y lo ves cómo va mejorando o emporando, ves su respuesta a la medicación uno va viendo eso al conocerlo y estar todos los días, te vas dando cuenta que es mejor o peor para él. Eso está bueno en ese sentido que uno al no tener tantos pacientes se enfoca en ese exclusivamente en ese.

E: Y este servicio también le genera a usted un mayor nivel de independencia, tenés libertades que en otro tipo de servicio no tenés.

E4: Sí, acá, en este servicio tenés la libertad de uno manejar sus tiempos, o sea, no es tanto como en un clínica donde debes hacer todo a un mismo horario; por ejemplo, llegás debes tomar los signos vitales de todos, dar la medicación a cierta hora, no están, así uno puede manejarse salir un poco de la rutina, eso está bueno, lo bueno también es que no estás tan supervisado, el supervisor no está ahí, hay más confidencialidad con el paciente, uno toma cierta confianza con el paciente y bueno no es necesario hacer todo en una clínica o en un lugar privado. Sí, lo que está bueno, es que uno no se siente tan observado y presionado por sus superiores, por así decirlo, se siente más cómodo con el paciente para realizar un procedimiento o algo sin que lo estén observando porque eso a uno lo presiona.

E: Y en el medio de esta independencia o libertad, ¿esto genera una inestabilidad laboral?

E4: En cierto modo si, si uno está siempre con los mismos pacientes y maneja un cierto horario o una cierta cantidad de días, al mes o en la semana, te da una estabilidad laboral, como cualquier trabajo, y tenés la ventaja que tenés algunos días en la semana con ciertos horarios y acordás tus horas y generás una estabilidad laboral.

E: Bien, ¿Cuál es el nivel de participación de los enfermeros en la toma de decisiones?

E4: Bueno, en la toma de decisiones ninguna porque acá el que toma las decisiones es el médico y nosotros hacemos el procedimiento que dice el médico, y nosotros el procedimiento. Bueno, eso sí, nosotros tomamos la decisión de cómo realizar el procedimiento pero en si la decisión de qué se va hacer con el paciente, si se le va a pasar algo, qué se va a hacer, lo toma el médico.

E: Y el medico ¿cada cuánto ve al paciente?

E4: Una vez al día, donde yo trabajaba tenía una visita diaria el paciente, y de ahí se toma la decisión para el resto del día y en caso del que el paciente empeore o le pase algo, nosotros damos aviso y ahí el médico da las indicaciones. Luego el médico lo evalúa nuevamente y nosotros hacer el procedimiento nuevo de la nueva evaluación. Nosotros al médico lo ayudamos a diagnosticar cómo está el paciente, porque nosotros estamos más en contacto que él, pero nosotros en realidad es como nula la participación que tenemos.

E: O sea, ustedes ayudan, pero lo que ustedes ven no es tomado en cuenta.

E4: Eso depende del médico, nosotros damos la ayuda pero él es el que toma la decisión.

E: Y ¿cuál serían para usted razones de posibles crisis en la ID?

E4: Posibles crisis, bueno, en cuanto a los signos vitales del paciente es que se salga de lo normal y que podría llegar a hacer algo malo para el paciente, por ejemplo, una hipertensión, lo que si uno debe estar atento para saber diferenciar entre una crisis o algo fuera de lo normal o sea eso en cuanto a los signos vitales, tener en cuenta que el paciente puede salir de los parámetros normales, tratar de evaluarlo y tenerlo vigilado, tener precaución y eso, que el paciente esté más vigilado.

E: ¿Tienen algún protocolo frente a una emergencia?

E4: Si, controlar los signos vitales frente a una emergencia o un cambio grande en el estado del paciente, dar aviso al médico, eso sería una crisis, cuando ya supera los valores basales de una forma exagerada.

E: Esas crisis que usted está mencionando es a nivel con el paciente, y a nivel personal ¿qué crisis puede enfrentar?

E4: Bueno, a nivel personal, uno puede sufrir una crisis en cuanto al despido del trabajo, en sentido de que un día para el otro a uno lo pueden despedir y puede quedar en la nada porque queda sin trabajo y tiene que salir a buscar de nuevo. Es un trabajo más inestable que en un lugar fijo, eso es más riesgoso por así decirlo. Por ahí, en un trabajo estable uno va todos los días a cierto horario y uno ya se va dando cuenta si lo van a despedir o algo ya te vas dando cuenta, pero ponele en la ID uno no alcanza a ver esos aspectos y si lo despiden de un día para el otro, queda varado.

E: Bien, ¿de dónde provienen sus referentes teóricos para su especialidad?

E4: Bueno, Florence Nightingale me sirve el trabajo del entorno, porque uno tiene que respetar el entorno del paciente, incorporarse al entorno, cómo se maneja ver todo lo que rodea al paciente, ser cuidador del entorno para que este ayude a la mejoría del paciente, después de Lenninger los cuidados transculturales respetar sus costumbres y de Orem sería el autocuidado del paciente, enseñarle al paciente cómo cuidarse y mejorar la calidad de vida del mismo, que él aprenda a cuidarse, el paciente debe aprender a cuidarse y tomar ciertos hábitos, por así decirlo; yo lo que trato de hacer es tomar la idea principal de cada una y aplicarlo lo mejor que puedo en el paciente agarrar, tomar lo que me parece a mí qué está mejor y poder aplicarlo, eso es lo que yo hago, lo que pienso.

E: Y cuando hablás de las teóricas de las cuales usted toma fundamentos, a la hora de dar opiniones o tomar decisiones son tomados en tus conocimientos teóricos.

E4: Mis conocimientos teóricos, frente a otros profesionales no es tenido en cuenta, o en consideración, ellos estudiaron y toman sus decisiones independientemente a lo que yo vea como enfermero.

E: ¿Hay un trabajo interdisciplinario?

E4: Si, hay un trabajo en equipo en el sentido que yo ayudo al médico pero el médico es el que toma las decisiones sólo.

E: ¿Y cómo lo ayuda usted?

E4: Al médico, lo ayudo en todo sentido que puedo, dándole toda la información del paciente tratando de ayudarlo en todo, cómo va la evolución del paciente, qué es lo que le puede llegar hacer bien o que le puede hacer mal, son opiniones mías, y el medico al fin y al cabo es el que toma la decisión, pero de mi parte son sólo opiniones.

E: Y, ¿Cómo es el trabajo en equipo en la ID?

E4: Yo le paso la información a él y él toma las decisiones, con los otros profesionales trabajan solos, no hay comunicación, uno trata de ayudarlos pero son más independientes.

E: ¿Cuál es el alcance de su trabajo?

E4: El alcance de mi trabajo, trato de ayudar a mi paciente, es un trabajo lo ayudes o no, pero, primordialmente, uno lo hace por eso, por necesidades económicas y de la mano va con que a uno le gusta, es una de las cosas que más me gusta y si uno se puede sostener económicamente de esto mejor, yo siento que hago lo que puedo hacer, en realidad es todo la medicación, confort.

E: Le repregunto ¿Cuál es el alcance del enfermero hacia el paciente?

E4: El alcance es el bienestar del paciente, medicarlo, darle todo lo que le corresponda uno siempre tiene que estar seguro de lo que hace y lo que no está seguro mejor no hacerlo, yo siempre tuve eso que lo que hacía lo hacía seguro en cuanto a medicación, y esas cosas lo que hago lo hago seguro no tengo duda, más en medicación, ahora si tengo una duda no lo hago o dejo que lo haga otro, prefiero no hacerlo antes de hacer algo mal que repercuta en el paciente.

E: Y usted tiene un tutor, un supervisor, alguien que le asigne las tareas a realizar.

E4: Hay de las dos cosas, yo generalmente las tareas están estipuladas así se hace tal cosas en tal horario pero también hay supervisor y esas cosas que te van guiando que debes ir haciendo pero son las dos cosas en realidad, uno tiene por ejemplo en una clínica uno tiene todos los

días una rutina de lo que hace, pero por ahí llega el supervisor y tiene algo nuevo un nuevo procedimiento y uno lo debe realizar y por ahí está observado en eso y también le dicen lo que tiene que hacer, son las dos cosas, no es solamente una sola.

E: ¿Cómo es la interacción con tus otros compañeros de trabajo?

E4: Yo, siempre en todo lugar que estoy más allá del trabajo, sea deporte o lo que sea, mi personalidad es trabajar en equipo o llevarme bien con todos. Yo trato de llevarme bien con todos y ayudarlos cuando necesitan algo y así cuando necesitan algo me ayudan, para mí el trabajo es así, uno necesita del otro, uno no puede hacer todo solo, siempre uno debe trabajar en equipo, desde mi formación siempre me lo enseñaron. Y siempre me resulto más fácil el trabajo así, más fácil y más cómodo, uno disfruta el trabajo en equipo llevarse bien con sus compañeros cuando vas a trabajar es muy bueno.

E: En cuanto a la interacción interdisciplinaria con los otros profesionales, ¿hay una reunión?

E4: Yo, si no sé algo lo pregunto, pero estipulado no hay nada, yo siempre que no sé algo pregunto, con los médicos también consulto y ellos me muestran, incluso muchas veces me ha mostrado con el paciente de cómo realizar algún procedimiento que yo no sé. Y así uno aprende mucho.

E: Y, ¿Cuál es su grado de satisfacción en lo que hace diariamente?

E4: A mí el trabajo de enfermería me gusta, hay cosas que no me gustan también uno siempre se siente más cómodo en un servicio que en otro.

E: Y, ¿Cómo se siente en la ID?

E4: Está bueno, que voy, estoy con el paciente yo y no tengo a nadie que me esté vigilando, por así decirlo, me siento más cómodo, eso está bueno, uno cuando está muy supervisado se siente incómodo y por ahí duda en hacer algo, cuando estás solo, estás más tranquilo y siempre salen mejor las cosas así. Lo que sí, cuando uno tiene una duda está bueno preguntar y al estar supervisado eso está bueno porque directamente puedo preguntar.

E: En la ID estas más solo

E4: Sí, esa es la parte negativa que uno está más solo. Y bueno, yo estuve en el ejército dos años y eso me ha ayudado mucho en la toma de decisiones, cuando estaba en la escuela de oficiales y tenía que ser el líder, siempre debes tomar decisiones y ver los pro y contras de cada decisión que toma, yo desempeñaba tareas de camillero, enfermero y bueno ahora yo me puedo enfocar realmente en la enfermería y en el paciente, yo antes tenía que enfocarme

en otros aspectos, más ampliamente en el traslado y como trasladarlo, clasificarlo y re clasificarlo y ahora me puedo desempeñar la tarea de mirar a ese paciente y lo que me ha ayudado el ejército es la toma de decisiones y no ser una persona que se altera sino estar tranquilo, trato de hacer lo mejor posible y si no lo sé, pido ayuda, no me pongo nervioso, ni nada.

E: Muchas gracias por su tiempo

E4: De nada.

Entrevista N° 5:

E: Bueno, vamos a dar comienzo a la entrevista a LA, acerca de la ID ¿cuál es según su criterio la naturaleza y contenido global de la ID?

E5: Bueno, para mí la finalidad de la ID va en beneficio del paciente, ya que puede tener una recuperación en su casa o no, a veces son cuidados paliativos en donde no se recupera pero puede estar más cómodo en su casa, en mi caso me tocó trabajar en dos domicilios, un adulto y un pediátrico, ninguno de los dos iba a estar recuperado porque necesitaba la atención de enfermería o médica, lo que podíamos hacer como equipo de enfermería, ayudarlos a que estén más cómodos ambos, en un contexto familiar; además de que es en un entorno donde la atención es personalizada hacia una sola persona no tenés varios pacientes para hacerte cargo sino que te ocupas de uno solo, que capaz la familia, en ese sentido, se siente más contenida, ya que por los menos los pacientes que me tocaron a mí eran paliativos en el entorno familiar que estaban; necesitaban esa contención de uno solo.

E: Bien, en cuanto a las especificidades y el perfil profesional del enfermero ¿necesita una capacitación especial para usted?

E5: Parte de la capacitación que te da la universidad o donde vos te hayas capacitado. No por lo menos en donde yo estuve, yo como nueva digamos la que te ayudaba a centrarte en lo que debías hacer era tu compañera de la guardia anterior. A mí me paso eso de ir y la que te cuenta el paciente, las cosas que tenía y que te guía como manejarte con la medicación, más allá del que te dé el paciente sea la empresa. Sí, te comentan la patología y eso, pero el manejo del paciente lo tenía el familiar, que también los familiares lo manejaban muy bien y te supervisaban, y más cunado sos nueva y tus compañeras mismas...

E: Cuando le supervisaba el familiar ¿A qué se refiriere?

E5: Al principio iba viendo cada acción que realizaba, si me pasó que con pacientes pediátricos la mama tenía muy bien el manejo y lo que ella necesitaba era una atención del chico 24 horas sino ella debía estar ahí todo el día. Y cuando sos nuevo, que me pasó a mí ser la última de entrar al círculo éramos tres, además, de todo lo que me enseñaban mis compañeras de cómo ocuparme del chico, los horarios, todo; la madre se ocupaba de supervisar de que eso se esté haciendo como lo hacían las otras chicas, ya que realmente la que entendía todo era la madre.

E: ¿Y eso pasaba con el resto de los profesionales o solo con la parte de enfermería?

E5: La verdad no sé yo, entré última pero la madre siempre estaba presente en todos los procedimientos, acompañaba un montón en eso, toda la nutrición que tenía era parenteral y la madre asistía en todo, eran un conjunto, éramos todos los que estábamos. Y la madre estaba mucho más cómoda que internada en una institución, ya había estado internada, y estaba mejor así en su casa pudiendo hacer todo esto y ser parte, porque en las instituciones no te dejan mucho colaborar en esas cosas, pero ella estaba mucho más cómoda así que podía participar.

E: O sea que permite una participación más activa del familiar en el cuidado de la persona

E5: Si participan y están al tanto la igual que nosotros y la madre sabía hacer todo igual que nosotros.

E: Y para usted ¿Cuál es el rol de la teoría en la práctica de la enfermería?

E5: Bueno, para mi dentro de la ID la teoría cumple el rol de ser la guía para organizar la práctica, el enfermero es la contención asistencial, porque quieras o no el paciente aunque esté en la casa, está internado y necesita la misma atención. Bah no sé si la misma, pero como si estuviera en una institución. Está en la casa por diferentes motivos porque decide la madre junto al equipo médico pero así y todo necesita asistencia. Por eso cumplimos un rol asistencial, porque la familia está desbordada y no puede hacerse cargo de todas las cosas que el paciente requiere, por eso va enfermería y todo el equipo que requiera; por ejemplo, iba además el equipo de nutrición que también hace servicio asistencial porque esas cosas la madre tampoco las podía hacer y de contención porque la familia se siente contenida, y por más que la mamá sabía hacer un montón de cosas, necesitaba atención 24 horas el paciente, cosas que la madre y la familia no podían estar las 24 horas. Entonces tenía la contención de todo lo que es enfermería, además charlábamos un montón con la mamá, el papá, las hermanas nos preguntaban un montón de cosas y nos preguntaban nuestra opinión y se sentía contenido cuándo íbamos. Generalmente, estas internaciones en el domicilio son largas están precisamente en la casa porque en el hospital estarían mucho tiempo. Se decide internación en la casa, por ser internaciones tan largas, generalmente, son por el resto de la vida del paciente y termina la internación con la muerte del mismo. También cumplimos una tarea paliativa, ayudamos al paciente a que se sienta más cómodo en su ámbito y con su familia, es tanto una comodidad para el paciente como para la familia lo tenés cerca la movilidad; no es lo mismo levantarte cada día sabiendo que tenés un familiar internado en un centro de

salud y tener que ir a verlo, estando en la casa como te decía, la familia se siente más contendida; nosotros vamos -lo que es enfermería y el equipo que tenga- y hacemos que esa internación sea más llevadera.

E: ¿Cómo eligió la especialidad de ID?

E5: Yo elegí primero la enfermería, Salí del colegio y no sabía que quería estudiar, quería algo relacionado con la salud, quería ir a la universidad pública y quería comenzar mis estudios en algo público. Leí que estaba enfermería y me anoté. No digo que no sabía en lo que me estaba metiendo, peor no tenía un familiar que me explicara, o algún conocido; fui como a ciegas y fui aprendiendo lo que era la profesión a medida que iba cursando pero siempre supe que quería algo relacionado a la salud y la ID tenía una compañera de la facultad. Todavía no nos habíamos recibido, y esta compañera de la facultad ya estaba trabajando en la ID y me empezó a interesar lo que hacía y cada día le preguntaba, siempre me interesó la pediatría y ella estaba con un paciente pediátrico con cuidados paliativos porque no tenía cura su enfermedad y ya estaba en las ultimas. Empezó a interesar se le pregunté sobre el paciente y cómo se manejaban, le dije que si sabía de otro paciente que necesitara internación que sea de enfermería; que me avisara, que estaba interesada además de que eran unas horas por día no eran ocho horas, así que nada como eran horarios manejables, media jornada, te pagaban por hora, así que si querías ganar más hacías más horas, más pacientes. Nada, le dije que me avisara y un día me avisó, por su paciente que necesitaba una enfermera más, tenía dos y pasaron a ser tres y pasó a tener enfermera las 24 horas, así que yo fui la tercera enfermera, la última que se integró al equipo. Comencé a hacer pocas horas, a cubrirlas a ellas, porque una de ellas para tener un poco más de plata, trabajaba un montón de horas, pero tampoco le rendía porque estaba muy cansada y pasar un montón de horas con el paciente y como estaba la madre antes. Eso es lo que te genera la internación en tu casa, además que el paciente era muy demandante y eso le empezó a pasar a mi compañera entonces, le sacaron horas a ella y me las dieron a mí, estaba todo más repartido el horario era flexible si querías cambiar el turno con una compañera se podía, si querías tomarte el día, podías. Me gusto el sistema, la empresa por más que las que más me podían explicar sobre el paciente eran mis compañeras y la mamá que me guiaron en mis primeros días, y me generaba un nivel de independencia. Porque ya te digo podía yo elegir la cantidad de horas y de pacientes, pero tener uno y si querías más y te dan la posibilidad de estudiar y

si quería más solo debía pedirle a la empresa y una estabilidad laboral también, porque vos seguís teniendo la cuenta de tu entrada, porque sabés cuánto te pagan porque te pagan por hora, entonces, decidís vos si querés ganar un poco más te buscas otros pacientes o charlas con las compañeras les decís necesito unas horas más o las cubrís en ese sentido si se podía manejar y también tenías la posibilidad, si el paciente fallecía. Como te dije, la internación termina cuando el paciente fallece; no es que le dan el alta y dicen bueno, ya no necesita más internación; se puede pero son los menos. Entonces, tenés la posibilidad de que te den otro paciente más si vos querías, esperabas un poquito y te reubicaban en otro.

E: Bien, dígame ¿Cuál es la participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones?

Es: La participación de los enfermeros en la toma de decisiones en lo que es la ID, en realidad, generalmente, ya está estipulada, todo lo que tenés que hacer la mama lo decide con los médicos y mucha decisión no tenés, porque ya sabíamos lo que debíamos hacer. Entonces, hacíamos eso, ahora si te referís al menor dolor, o la comida, eso sí, porque si lo veíamos al paciente, depende como lo veías, le dabas o no, pero ya la indicación médica estaba, tomabas la decisión de dársela o no cuando veías que lo requería o cuando la madre le parecía. Decisiones no, lo mismo con la alimentación, justo el paciente que tenía problemas digestivos; entonces, lo que él tomaba era solamente para la sensación de saciedad. Bah no de saciedad, en realidad todo lo que tomaba caía directamente en la bolsa de la gastro, no sé qué le generaba, le gustaría el sabor pero aparte de eso, no tomábamos más decisiones no podíamos hacer nada más que eso. Y las indicaciones médicas, yo jamás vi a un médico ir a revisarlo, lo llevaban al consultorio del pediatra y la madre venía y nos decía. Bueno, ahora no son más gotas, la leche se la vamos a dar así, pero más que eso no, no teníamos planillas de indicaciones médicas ni nada de eso.

E: Y ¿Cuáles sería para usted es motivos de posibles crisis?

Es: En lo que es la ID, ya desde que ingresás al domicilio y empezás a conocer al paciente y a la familia. Y a lo que a mí me tocó, es un paciente que no tenía cura, que estaba en tratamiento paliativo. Y bueno, las posibles crisis que se pueden generar ahí, es ver a la familia que no está bien, están tristes preocupados, y todo lo que conlleva la muerte de un ser querido; más de un chico, un hijo. Entonces, eso son los momentos que le generan malestar y uno se pone en el lugar de la familia, más allá de que uno intenta separarlo, uno va ahí por

algo que estudió, que le genera plata, pero no puede evitar ponerse en lugar de la familia y que es una persona y que se va a morir y entonces es ahí donde te genera malestar o qué sé yo, te genera cosas que por más que no sea un familiar tuyo o un ser querido tuyo te genera cosas. Te llevás situaciones, salís de ahí y te quedás pensando no es un lugar que te vas y te olvidás las cosas. No son cosas que vos te vas te quedás pensando, aún mucho tiempo después te sigue generando cosas. En mi caso, aún sigo en contacto con la madre del paciente, por más que no la veo siempre, hay un mensaje, con las hermanas del pacientes y, en los peores momentos, todos estábamos conteniéndolos, cuando recibían malas noticias que cada vez el pronóstico era peor, estábamos ahí conteniéndolos.

E: Bien, ¿Cómo eligió su especialidad?

E₅: Y yo elegí pediatría porque me encanta trabajar con pacientes pediátricos, la verdad que no lo cambiaría por más que sean diferentes patologías, no lo cambiaría por trabajar con adultos la verdad que uno se acostumbra a trabajar con chicos y no me afecta, en sí o trato de que no me afecte. Bueno uno para eso estudia y trata de, como te dije uno se pone en el lugar del otro, o hay casos que te generan algo que otros no. Uno siempre trata de estar bien, de generar confianza no podés ir a un domicilio a atender y ponerte a llorar, está bien que uno exprese pero no podes ir a un domicilio y estar peor que la familia. Entonces, en ese sentido yo trato de que no me afecte en lo que es mi trabajo y bueno como uno sabe, desde que nacés estás a tiempo de morir, no hay una edad, no es que el paciente viejo o grande es el que se va morir. No, sino que desde que nacés, estás ya para morir, hay que entender eso, y ayudar en lo que uno más pueda para que el paciente y la familia transiten esto de la mejor manera posible. Entonces, generar situaciones que no le hagan bien al paciente y su familia, no me parece un trabajo prolijo y no me parece que cumplís tu función y quieras o no cuando uno está ahí en el domicilio más cuando es un paciente pediátrico, generás vínculo con la mamá, con el papá, con los familiares, los meses que estuve con este paciente, la relación con la familia fue muy buena; de hecho, después que el paciente falleció a los pocos meses fue la fiesta de 15 de la hermana y nos invitó a todas las enfermeras de su hermano; así que la relación era muy buena. Pero vos sabés que te vas a terminar involucrando.

E: Bueno muchas gracias por su tiempo

E₅: No, de nada, gracias por la oportunidad.

Entrevista N° 6:

E: Bueno, siendo el día 2 de abril de 2017 vamos a dar comienzo a la entrevista con el señor DC, ¿Cuál es según su criterio la naturaleza y contenido global de la ID?

E₆: Bueno, para mí cuando hablamos de ID debemos tener en cuenta que hay factores los cuales determinan, porque un paciente es internado en su domicilio, no todos los pacientes pueden tener ID y no todos necesitan estar en el hospital, la naturaleza para mí de la ID, es llevar al paciente a un tratamiento terapéutico determinado, en un entorno seguro y conocido. Desde ya, que no siempre se da la realidad de que un hogar esté preparado para recibir a un paciente, por lo cual a veces por complejidad, muchos aún siguen en el hospital, la idea general es que estén más contenidos y cuidados los pacientes.

E: Bueno, refiérase a las especificidades y el perfil de su práctica profesional.

E₆: Bien, [eh...], creo que especificidades no existen muchas en enfermería acá en la zona. Es una pata ausente de nuestra profesión, sí creo que es un campo totalmente diferente que el intrahospitalario, por ello debería uno tener una formación académica extra para dicho servicio. No creo que haya aun acá y de haberla, la conciencia colectiva enfermera no lo tiene asumido, y muchas veces piensan que es lo mismo una cosas que otra y no refieren. Pero es necesario entender que el empirismo muchas veces ocupa un lugar que no corresponde en la práctica de la profesión.

E: Hablando un poco de la teoría y el empirismo, ¿Cuál considera usted es el rol de la teoría en la práctica profesional enfermera?

E₆: La teoría construye el fundamento de las prácticas, igual hay una distancia entre las teóricas más conocidas y sus teorías para la aplicación en nuestra realidad, sin teoría desde lo anatómico hasta lo conceptual no se podría ejercer la enfermería. Es muy importante el conocer los planteamientos teóricos y de hacer o utilizarlo fundamentadamente y no por tradición. No soy muy partidario de teorías del entorno y necesidades, porque creo que están desactualizadas, me parece que debemos tratar al paciente como un ser holístico y no un objeto más de la casa en este caso o del hospital, y si utilizamos teorías tan viejas deberíamos modificarlas para una mejor calidad de cuidados

E: ¿Y que el paciente esté en su hogar, garantiza un buen escenario para la aplicación teórica?

E₆: Si, desde luego, que mejor que tener un paciente al cual le podés invertir toda tu atención y tiempo que podés seguir el día a día, evolucionar, sos el encargado de las practicas a realizar

tenés diálogo conocés el entorno, su trasfondo; en si conocés la persona, si hay un campo para desarrollar teorías es la ID. Creo que debemos ampliar nuestro pensamiento acerca de la persona y sus cuidados y tratamientos.

E: Bien, y un poco de dónde provienen los referentes teóricos de la especialidad.

E₆: [eh...] Bueno, es una pregunta un poco difícil de responder, debido a que específico de la ID no tengo referencia o conocimientos de alguna. Lo que debo hacer es usar aquellos autores que creo me ayudan más en el campo que desarrollo la práctica. Por ejemplo, Orem y su trabajo de autocuidado es muy bueno para la educación del paciente y su familia. A nivel personal, Lenninger es una excelente teórica para tomar como referencia antes de entrar en cada hogar, tal vez realizo el mismo procedimiento pero en cada hogar es diferente y debo tener esa variable presente, sino puedo hacer un desastre.

E: Que interesante ¿Cómo eligió usted su especialidad?

E₆: Mi especialidad, la elegí por el hecho que me permitía ser dueño de mis tiempos y no debí estar muchas horas en el lugar y eso me permitía continuar estudiando, lo que pasa que el pago es demasiado bajo y debés tener un plantel de pacientes grandes para cobrar un sueldo como el de una institución privada u hospital. Además, me permite de trabajar de una forma más independiente, sin tener un supervisor o un médico detrás todo el tiempo. El conocimiento además del paciente es pleno, la terapéutica enfermera comienza desde que uno pasa el umbral de la casa. También, luego dejé un tiempo porque debía hacer piso como decimos para adquirir más conocimientos, pero eso creo que me hizo perder más de lo que realmente significa ser enfermero y los cuidados de enfermería.

E: Y, por ejemplo, cómo que cosas siente que perdió en el tiempo de su trabajo intrahospitalario

E₆: Yo creo te haces a la institución que estas perdés un poco la identidad profesional porque sos enfermero de o de la..., y te terminas quemando trabajando muchas horas para una institución que absorbe todo de vos y no te deja crecer, sino que luego te elimina sistemáticamente encasillándote en uno de los pisos de la misma o servicio, y no podés seguir formándote y desarrollando más tu profesión.

E: Bien, ¿Cuáles son, según sus criterios, los motivos de posibles crisis?

E₆: Las posibles crisis son dadas de diferentes formas, es muy complicado estar solo muchas veces cuando tenés pacientes de riesgo, debido que los domicilios no están cerca de centros

hospitalarios. Y en caso de una emergencia debés actuar rápido y el margen de error es mucho más bajo que si estás en una institución. Además, eso genera un trauma en el 100 por ciento del personal que sos vos, e influye en los demás pacientes, por eso debés estar preparado para esos momentos. Otros momentos de crisis, es la despedida de pacientes que fallecen debido que aun uno no está preparado para la muerte de alguien, por más que sea la numero mil. El hecho de que no esté más que ese hogar cierra las puertas para tus visitas es fuerte, es un vínculo que muchas veces se corta de forma brusca, que no podés ni despedirte de la familia. Esas cosas te quedan grabadas y no se olvidan, muchas veces levantés una barrera cuando sabés que son pacientes terminales, y eso no está bueno, porque disminuye la calidad del cuidado.

E: Bueno ¿Cuál es el nivel de participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones?

E6: Básicamente nula, debido a que no se toma en cuenta tu opinión o apreciaciones en la terapéutica del paciente. En ese sentido, el hospital con su jerarquía se traslada a la casa del pacientes aunque el médico no venga nunca, la familia solo hace lo que él dijo hace dos meses atrás; es difícil cuando vez que en el fondo no hay un interés por parte del médico de ver la evolución del paciente, solo espera a ver que pase algo y recién ahí cambia algo, y la familia piensa que el médico tiene un cuidado especial por el paciente y vos ves que es un número más tal vez. Ahora, para cada procedimiento, si te piden ayuda pero como si fueras un instrumento más de ellos y si no te plantás firme, terminás haciendo tu trabajo, el de otro y no sós reconocido, lo que pasa que muchas veces, uno por el paciente hace más de lo que debe y pierde de tomar aspectos importantes para la profesión de uno. También, es importante que la familia entienda que como van otros profesionales, lo tuyo es una actividad profesional, vos no podés por estar más horas en el domicilio del paciente, perder tu rol, por ejemplo tomar mates con la familia, mirar la tele porque eso es una línea delgada entre simpatizar y perder el profesionalismo y así te ven los demás también.

E: ¿Sucedo lo mismo con los otros profesionales?

E6: No, debido al simple factor que vos pasás mínimo dos horas en el domicilio o más, y los demás, solo vienen, están 20 minutos y se van. Por eso, no hay mucha relación y la familia lo considera un extraño que viene cumple su tarea y se va y a vos te ve como parte del mismo hogar muchas veces. Por eso te abren parte de la vida privada de la familia, más cuando son

momentos prolongados de internación, porque no pueden fingir y se comienzan a acostumbrar a tu presencia en la casa. Entonces, muchas veces se pierde la relación profesional con la familia.

E: ¿Cómo es el trabajo en equipo en la ID?

E₆: Es un trabajo que tiene un dinamismo bastante interesante debido a que somos los mismo en diferentes domicilios, con algunos es un trabajo más cercano como el kinesiólogo, siempre estamos viéndonos e intercambiando opinión, los nutricionistas, pero con los médicos no hay básicamente trabajo en equipo ellos se mueven por otro lado evolucionan a distancia e indican a distancia. Frente a una emergencia ellos no vienen, debe venir la ambulancia, y las vistas por consultorio no recibimos un parte de si hay cambios o no de parte de ellos, sino del familiar o de la empresa. Por otra parte, una debilidad o un defecto es que no podemos estar en un momento común todos los profesionales que trabajamos con el paciente, ya que cada uno maneja sus tiempos distintos. Por lo cual, si no hay un mensaje no hay comunicación.

E: No es que el equipo le hace parte sino que usted tiene que involucrarse.

E₆: Sí, tenés que predisponerte vos a la comunicación e interacción; realmente tampoco los equipos de salud están acostumbrados a trabajar interdisciplinariamente o como equipos en sí. Porque cada uno crea su propio equipo en su especialidad, cuando la idea es tener los diferentes puntos de vista de las profesiones para un completo abordaje de la persona a tratar. Por eso el trabajo en equipo así es muy limitado, cada uno haciendo por su lado medio acéfalo, sin dirección y pocos objetivos.

E: Cuando usted dice trabajar de formas acéfala ¿Esta forma interfiere en su labor enfermero?

E₆: [eh...] Si, y no debido a que hay elementos dentro de nuestra profesión, que es profesión porque nos permite trabajar de manera autónoma, que nos ayudan a continuar trabajando solos y plantear objetivos y practicas; dándole una continuidad organización y dirección al cuidado realizado, no haciendo cosas por hacer. Por ejemplo, la aplicación del PAE en nuestra labor es una tarea pendiente, y eso que el PAE es el mismo método científico aplicado a la ciencia enfermera, pero para realizar esto uno debe estar dispuesto a tomar nota, registros, leerlos, etc; y no todos lo quieren hacer. Lo que si afecta terriblemente la acefalia de un equipo es que el equipo pierde dirección y se limita mucho el trabajo.

E: Refiérase al alcance del trabajo en equipo y sus incidencias

E6: Bueno para mí el alcance del trabajo en equipo y sus incidencias de lo que respecta a la ID, la incidencia del trabajo realizado correctamente como equipo principalmente lo ves en el paciente, el cual goza de una internación en su domicilio donde él está seguro. Feliz, con sus necesidades cubiertas y un respaldo a nivel global, que lo ayuda mejor a pasar sus últimas horas en plenitud y con un goce de salud pleno o el mayor posible. Creo que cuando un paciente o la familia no están satisfecho, con la ID se debe a que hay algo en el equipo de salud asignado que no funciona bien, no puntualizando a alguien o profesión pero el ensamble del equipo falló y se debe cambiar lo antes posibles para garantizar el éxito de la ID.

E: Entonces, para usted ¿el trabajo en equipo te permite un alcance mayor hacia el cuidado del sujeto de atención?

E6: Desde luego, porque crees que digo lo del trabajo en equipo si un equipo interdisciplinario funciona bien el tratamiento terapéutico no solo es hacia el paciente sino hacia su familia y entorno, que por ejemplos en pacientes terminales, trabajar con la familia es muchas veces más importante que trabajar con el paciente en sí. Preparándolos para el momento en el cual no esté más y no sea una cosa inesperada. Un trabajo en equipo correcto garantiza información correcta y certera para el cuidado del paciente. La ID nunca creo que fue considerada para que trabaje una disciplina sola en el hogar y muchas veces, lamentablemente, se ve eso solo el enfermero trabaja y nadie más, si bien debemos muchas veces nosotros estar más con el paciente que otros profesionales. Toda la ID debería satisfacer las necesidades igual que el paciente estuviera internado en el hospital, tener al alcance de su mano las herramientas necesarias para cada momento y no solo un cuidado rápido inexperto y sin sentido, como para mantener a la familia tranquila que algo se hace, porque muchas veces este servicio se transforma en que aparentamos hacer algo y no cumplimos objetivos y luego cerramos la valija y nos vamos a otra casa, con otra familia y otro paciente.

E: Bueno, muchas gracias por su tiempo y muchas gracias por la entrevista, no sé si quiere agregar algo más.

E6: No gracias por la oportunidad y nos vemos.

Entrevista N° 7:

E: Comenzaremos con la entrevista a NB, quien trabaja para determinada empresa de ID
¿Cuál es según su criterio la naturaleza y contenido global de la ID?

E7: Bueno, en cuanto a la naturaleza de la ID, creo que es prestar la atención y los cuidados que serían en un hospital, pero se realizan en el domicilio de la persona, también esto serviría para descongestionar los hospitales, ya que con frecuencia se encuentran bastante congestionado por lo menos en lo público, frecuentado por muchas personas, también creo que es brindar una atención individualizada ya que al encontrarse en su hogar y su entorno, se puede obtener mayor información detallada para luego desarrollar nuestro trabajo con la mayor calidad posible. También, es llevar a cabo el proceso de recuperación en un entorno mucho más agradable, seguro, y que facilita mucho el tratamiento que se esté llevando a cabo; además, con esto no solo se trabaja con la persona sino que se trabaja con la familia que ocupa un rol muy importante en esta situación. Para esto podemos llevar a cabo la enseñanza y podemos brindar más información a la persona y a la familia con respecto a los cuidados que se deben brindar y así establecer para el tratamiento, es más bien un acompañamiento en todo este proceso que en el cual podemos hacer partícipes de una manera mucho más directa a la persona y a la familia de esta manera. Creo que se logra una recuperación mucho más eficiente y rápida al encontrarse en un entorno más agradable y menos traumático. Por lo general, en la persona, a través de esto en cuanto el entorno también podemos brindar y enseñar acerca de cuál sería un entorno adecuado y seguro que es mucho más fácil adecuar en la vivienda que en un hospital. Entonces, eso facilita mucho la cosas podemos involucrar muchos más aspectos del entorno que a la vez son de mucha comodidad; por otra parte, creo que es nuestra tarea también poder lograr una mayor independencia en la persona haciéndola responsable y participe de su tratamiento optando medidas de hábitos saludables con la ayuda de la familia también.

Y bueno es en el caso de personas que necesitan un tratamiento continuo de cómo va su seguimiento, creo que es una de las tareas principales del enfermero al ID. Entonces, resumiendo, voy a decir que la naturaleza de la ID es poder llevar a cabo un mejor entorno para la recuperación, una mejor atención con mucha más calidad al ser individualizada, también podemos enseñar mucho acerca del entorno, hábitos saludables y el seguimiento continuo del tratamiento y, por supuesto, la mayor independencia de la persona.

E: Bueno, y ahora ¿Cuál considera usted que es el rol de la teoría en su práctica profesional?

E7: Bueno, la teoría la creo de fundamental importancia, ya que esta nos dice cómo actuar y por qué hacemos lo que hacemos. Creo que sin ella no podríamos realizar nada en cuanto al contenido global de la ID; la teoría nos indica a qué debemos estar atentos, qué información recaudar; la teoría nos indica cómo debe ser esta relación enfermero-paciente, o sea que en la ID, esta relación es mucho más cercana y personalizada. La teoría nos indica, además acerca del entorno; cuál es un entorno seguro, cuál no es un entorno adecuado para el tratamiento de la persona, qué es lo que debería hacerse acerca del entorno. Nos indica, también, el rol que ocupa la familia, puede llegar a parecer muy ajeno pero en la ID está todo muy relacionado. Entonces, cuál sería el trato con la familia como profesionales, también nos indicaría. Bueno, la teoría en fin nos indicaría todo; como venía diciendo en la ID la relación enfermero-paciente, también la relación enfermero familia, también en cuanto a la relación enfermero y equipo de salud; porque se trabaja de una manera interdisciplinaria y es de relevante importancia saber cuál es nuestra parte en el equipo, y de qué manera podemos aportar y colaborar para el tratamiento que se está llevando a cabo. La teoría es muy importante en el ámbito de la persona, también el poder verla desde otras perspectivas, y en la práctica poder entenderla mejor. Además, bueno podemos verla de otras perspectivas, podemos tomar ventaja y utilizarla de acuerdo con nuestro favor, en cuanto a la situación en la que estemos en el ámbito de la vivienda. Mientras más teoría se pueda obtener, más conocimiento tenemos, más posibilidades de realizar nuestro trabajo y de diversas maneras de acuerdo cómo se encuentra la persona, su entorno, su familia y también su estado emocional, su situación psicológica y la teoría abarca todo eso, en el cual nosotros nos desarrollamos como profesionales.

E: ¿Cuáles son según sus criterios motivos de posibles crisis?

E7: Bueno, creo que principalmente los motivos de crisis pueden ser posible decaimiento del paciente, alguna complicación en la salud más allá de su tratamiento; también puede ser que el tratamiento no haya funcionado, otro que el paciente no tome responsabilidad o no quiera disponerse a tomar hábitos saludables para que el proceso de recuperación pueda funcionar y también puede ser que la familia no pueda ser, que la familia no colabore con todos estos cambios a realizar, también otro motivo puede ser que el personal de salud no trabaje al 100

por ciento, o que falten integrantes del equipo o no puedan realizar su trabajo por diferentes causas.

E: Bien, ¿De dónde provienen los referentes teóricos de la especialidad?

E7: Bueno, creo que podemos tomar a referentes teóricos como Florence Nigthingale que ella nos explica con su teoría todo lo que es y hace al entorno, que a través del tiempo se ha desarrollado y ahora podemos tomar al entorno como algo más complejo, desde lo físico hasta el ambiente psicológico o emocional de la persona podríamos decir, ya que se encuentra en su domicilio o sea su propia vivienda en el lugar en que se encuentra. También podemos tener en cuenta a Orem, ella habla del autocuidado, de la independencia de la persona, que como enfermeros debemos tomar para lograr la máxima independencia de la misma, y tomar hábitos saludables también en conjunto con las familias para poder trabajar en conjunto. Tenemos fundamentos teóricos a partir de la psicología y todo lo que tenga que ver con la familia para saber cómo llevar el trato con estas personas y en la etapa de desarrollo que ellos se encuentren que son de gran influencia.

E: Y cuénteme, ¿Cuál es el nivel de participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones?

E7: Creo que la participación de los profesionales de enfermería es muy importante, ya que el enfermero es el que tiene una continua asistencia, es el que hace un seguimiento y acompañamiento a través del proceso de recuperación en la casa; y también, es el enfermero el que puede adaptar el entorno para la recuperación es el que pasa más tiempo con el paciente y con la familia, y al pasar más tiempo y tener este seguimiento, creo que obtiene mucha más información y aspectos a tener en cuenta que quizás otras disciplinas no los tienen, puede ser. Son datos que sirven de gran ayuda a la hora de organizarse en equipo y las decisiones que se llevan a cabo en general; es el enfermero el que va a trabajar con el paciente mucho más que otras disciplinas. Además, creo que el enfermero puede sacar conclusiones a través de toda la información que maneja, acerca de si el paciente está apto o no de seguir con su internación domiciliaria; o si no llevarlo tal vez a un hospital con equipos más complejos. El enfermero puede tener más visión del equipo con el que cuenta para continuar teniendo la persona en el domicilio y el tratamiento se pueda llevar a cabo allí. Pero la verdad, no es utilizada de una manera en la cual se puede sacar provecho porque la manera en cómo se mueven las empresas de ID es muy vertical, se hace lo que dice el médico y nada más.

E: Teniendo en cuenta esto que me compartía, cómo es el trabajo en equipo en la ID y cuál es su alcance.

E7: El trabajo en equipo es un poco fraccionado diría yo, si bien hay un registro general de lo que cada uno hace, no hay un cierre; como decir, un encuentro donde se discuta de la terapéutica tomada, también es como que para la ID, si bien estás solo y muchas decisiones las tomas solas, es como que el rol del enfermero sigue siendo ser la mano derecha del médico y eso muchas veces con la familia es un tema medio tenso como ellos ven al médico quieren que vos lo veas igual como un dios, si él dijo de hacer esto, bueno, vamos hacerlo y por ahí el médico no hizo una nueva reevaluación del paciente y las indicaciones son viejas. Deberíamos trabajar desde una misma visión cada disciplina pero son diferentes el kinesiólogo hace su parte y se va, los de la nutrición verifican que esté aumentando de peso y nada más. El alcance llega hasta donde uno lo lleve, vos podés hacer tu trabajo y nada más lo cual nadie en la ID te diría nada, debido a que muchas veces ni aun los pacientes eligen la empresa sino que la obra social le manda la ID y ellos reciben eso de parte de la obra social. Entonces, no se calientan mucho como hacen su tarea, lo que pasa que como enfermeros debemos primero ver por el paciente o por lo menos eso nos enseñan y no te da lo mismo lo que pase o no si no que realmente te interesa.

E: Explíqueme, cómo es lo de la obra social y la ID.

E7: Claro, por ejemplo, tenés tal obra social y no todas las obras sociales tienen un staff de ID, sino que ellos terciarizan, contratan a tal empresa y ellos hacen la ID. Son convenios que tienen y entonces el rango de pacientes varía de diferentes obras sociales. También, dependiendo del plan que tenga le cubre tantas horas o, por ejemplo, algunos además tienen cuidadores los cuales están más tiempo con el paciente y vos solo vas a dar medicación y controlarlos.

E: ¿Cómo eligió usted esta especialidad?

E7: Bueno, me dio menos temor empezar haciendo domicilios que en un hospital, pensá que muchos pacientes están estables y solo son cuidados muy básicos, lo que te da un margen de practicar y adquirir más confianza. Por otro lado, es muy flexible con los horarios no te ata a una institución, podés estar un poco de mañana o de tarde, lo que a mí me gusto más es que tenés todo este acompañamiento con el paciente del día a día y es muy enriquecedor porque conoces cómo funcionan las personas en diferentes estadios y eso te da herramientas para

luego trabajar en cualquier lado. También, el hecho de acompañar a una persona en lo último de su vida es algo que no te olvidas y darle un alivio en medio del sufrimiento es muy satisfactorio. Lo único que tienen la ID que podría decirte que no es un trabajo para siempre, capaz es que el margen de patologías o pacientes que muchas empresas toman no son de gran complejidad por eso no tenés mucha variedad en cuanto a diagnósticos médicos, pero como para trabajar de enfermero sí, no es un trabajo muy estable debido a que el caudal de pacientes muchas veces disminuye mucho y hacerte de nuevos pacientes lleva tiempo, así que hay meses que quedas boyando pero si tenés otro trabajo te manejas.

E: Más allá de lo económico y esa inestabilidad, ¿Cómo le afecta en lo personal?

E7: En lo personal, no procesas muchas veces las cosas solo seguís de vez en cuando hay algo que te pega mal y es como un disparador de emociones o memorias que tenés ahí guardadas. Por ejemplo, pacientes que fuiste meses y meses, de un día para el otro la coordinadora te dice no pases por el domicilio tal porque el paciente falleció. También muchas veces la obra social corta la ID y no vas más aunque muchas veces te das cuenta que hay factores sociales o emocionales que el paciente no está listo para seguir solo. Tenía un paciente con obesidad él tenía ID completa nutrición, kinesiología, etc.; un día me dicen que ya no tenía más cobertura que termino la ID y que no vaya más. Por mi lado, seguí visitándolo a pesar que a veces iba fuera de horario porque era un paciente solo deprimido y no sabía cómo superar la muerte de su esposa, sabías que lo que más podías hacer ahí era contenerlo pero si le sacas todo de un día para el otro ese paciente había bajado como 18 kilos luego tuvo un retroceso y aumento como 20, volvieron a darle ID, pero todo lo avanzado se perdió y eso te da bronca porque era sabido que no iba a estar bien solo. Esas cosas no te las olvidas, te maquinas muchas veces en la cabeza pero tampoco podés hacer más, por eso decía que vos te involucras hasta donde podes, si sabes que hiciste todo lo que podías durante el tiempo que atendiste a un paciente, aunque no tenés el supervisor detrás, te quedás con la conciencia tranquila de que has dado un cuidado de calidad.

E: Bueno, muchas gracias no sé si quiere agregar algo más.

E7: Si para mí como profesional la ID siempre ha sido algo pendiente a ser puesto en discusión en congresos y mesas de debate, lo que muchos consideran que la ID es un trabajo de auxiliar o de estudiantes de enfermería avanzados, pero el nivel de profesionalismo que uno necesita para dar un cuidado de ID completo es muy alto, debes manejar la salud y la

relación paciente desde un paradigma completamente holístico y no biologicista como muchas veces es el que no sé porque los enfermeros usamos, y tal vez en un hospital o una institución pasa y listo pero en la ID no.

E: Bueno gracias.

Entrevista N° 8:

E: Bueno, vamos a dar comienzo a la entrevista a BD, acerca de la práctica de enfermería en la ID ¿cuál es según su criterio la naturaleza y contenido global de la ID?

Eg: Creo que la mayor o el motivo principal de la ID, es por una parte, lograr que el paciente esté en un lugar más cómodo como es su casa, para evitar que tenga alguna complicación mayor o riesgo de una complicación que tendría por estar en el hospital mucho tiempo como una infección intrahospitalaria. Además, facilita que haya más capacidad de internación en la clínica u hospital por liberar una cama que estaría ocupada mucho tiempo. También, puede el paciente estar con su familia con un acceso más fácil y no necesitan reprogramar toda su vida para adaptarse a horarios de visita y viajes. Por otro lado, además se puede dar un cuidado específico para estas personas que están en sus casas

E: Bien, en cuanto a las especificidades y el perfil profesional del enfermero ¿Qué capacitación debería tener para usted?

Eg: La capacitación general que uno recibe está adecuada para un paciente internado en su casa o en una clínica los principios son los mismos. Es más, en un domicilio por ahí es más fácil llevar a la práctica la teoría aplicada que en un hospital donde te corren y andas de acá para allá. Sería bueno tener una especialidad para el trabajo del paciente en domicilio y su familia debido que tenés mucha interacción con la familia y todo el tiempo. Creo que si en tu perfil necesitás ser proactivo y saber cómo manejarte solo, eso requiere un orden y una planificación por parte tuya. Muchas veces es más fácil que te supervisen a ser tu supervisor propio. Lo que si debes hacer es tener un buen registro de toda evolución y saber cómo va el proceso de tu cuidado, para que no se vuelva una rutina de ir, controlar, darle medicación, higienizar, y me voy; viste.

E: Entonces, el trabajar solo ¿es una ventaja o desventaja?

Eg: Mira, puede ser ventaja o desventaja, dependiendo de cómo vos te desenvuelvas en el trabajo debido a que estar solo te puede ayudar a llevar la modalidad que vos quieras darle a la internación y no seguir un protocolo impuesto por otros. Lo que pasa es que si no sos ordenado y no planificas, lo más probable es que te pierdas en lo que hacés y lo hagás dos o más veces. Una desventaja es que estás solo y si se te complica algo debés tomar decisiones rápido y solo, lo cual es mucha responsabilidad; además, siempre tenés al familiar ahí

observando cómo haces todo, opinando y no podés dejarlos afuera porque estas en su casa, ese espacio de poder que uno tiene en su sala, en la ID no está.

E: ¿Y maneja usted esas situaciones con la familia?

E8: Tratás por un lado de que el familiar confíe en vos en plenitud, porque si no te va a cuestionar todo lo que hacés, y peor si sos el reemplazo de alguien que no va mas o está de vacaciones; te vuelven loco. Que tu compañero lo hace así o allá, tenés que tener mucho tacto para que no se enojen, pero dejarles en claro que lo que estás haciendo lo sabes hacer y no es algo que se te ocurrió, sino que lo planificaste, y muchas veces, es más importante como tratás al familiar que al paciente, porque el acceso al paciente ellos te lo dan o no.

E: Y para usted ¿Cuál es el rol de la teoría en la práctica de la enfermería?

E8: La teoría es la que por decir te va guiando en qué hacer o no, si bien uno no recuerda toda la teoría que vio hay cosas que son importantes y te sirven como parámetros para saber cómo actuar, frente a determinadas situaciones. Debería ocupar un lugar muy importante, solo que a veces la práctica es más notoria; podrás tener mucha teoría pero sin práctica no sirve. Hay cosas que en la teoría funcionan de una manera y en la práctica de otra, por eso a veces uno no la aplica en su totalidad.

E: ¿Cómo eligió la especialidad de ID?

E8: Yo la elegí porque me permitía continuar estudiando y cursando, es algo que siempre te dicen la manera de agarrar más práctica es en la ID y luego cuando vas a un hospital no estás tan perdido. No estaba recibida, hablando con una amiga que trabajaba en geriátricos me dijo si quería cuidar un abuelo en la noche y así empecé. Luego salió esta oportunidad de la empresa y era algo más fácil, me buscaban los pacientes, iba y luego solo cobraba no tenía que llamar ni buscar los pacientes. Así empecé con uno, luego otro y se fueron sumando algunos más complejos otros más fáciles, algunos pacientes terminales, otros no, solo hasta que se recuperaban. Además, es algo en lo que hay mucho trabajo, siempre buscan enfermeros para domicilios. Descubrí que me gusta el trabajo con el paciente en su hogar porque nos hablamos por nombres conozco su entorno y como en parte era su vida antes de estar en la necesidad en la ID. Me gusta el trabajo con pacientes pediátricos porque me siento más cómoda; además, los chicos son diferentes cosas que los adultos, muchas veces están mucho más cerrados a que los ayudes y viven de mal humor. El chico no recibe cada minuto de tu atención y ves que sos importante en su vida porque te lo hacen notar.

E: Bien, dígame ¿Cuál es la participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones?

E₈: La participación que tenemos no es mucha, todo lo que hacés está determinado por un médico o un supervisor. No tenés una gran participación en eso, podés sugerir, pero mucho no va a cambiar; más que nada porque no hay un punto de encuentro donde se hablen estas cosas con los demás profesionales. Por ahí sí, con tus compañeros hablás intercambias ideas y hacen variaciones en prácticas de la enfermería, pero en general el protocolo no lo cambiás. Ahora, si hablamos de quién participa más en la ID, son los enfermeros, porque estamos todo el tiempo con el paciente, por eso el nivel de opinión debería ser acorde con las horas que pasamos o que pasa cada profesional con el paciente. Es fácil decir, está cada vez más entumecido el paciente, o no colabora con la rehabilitación, si cuando viene el kinesiólogo es en el momento del día que más dolores el paciente tiene. Por eso hay que ver todo el contexto, como dice la teoría del entorno debemos manipularlo para beneficio de la salud del paciente, y eso, muchas veces, no podemos cambiarlo porque no depende de nosotros. Imaginate si le decís al kinesiólogo; mejor empezá a venir más tarde. No te va a escuchar.

E: Claro, ¿Cuáles sería para usted los motivos de posibles crisis?

E₈: Posibles crisis en cualquier momento podés tener una, desde que el paciente se complique, que haya problemas en el hogar o que discutas con otros compañeros. Por ejemplo, siempre el compañero que lleva más tiempo con el paciente es como el que manda, tiene un peso extra su voz en ese domicilio, porque la familia lo conoce más y muchas veces lo escuchan más que al médico. Por un lado está bueno, porque habla del vínculo que se forma con la familia del paciente y el enfermero, pero por otro lado, el familiar no es muchas veces un profesional de la salud para que valore de acuerdo a cosas objetivas y no solo por simpatía, porque eso muchas veces pasa. También, la crisis es cómo cambiar el chip cuando legas a casa porque si estás en un hospital o clínica sabés que salís de ahí y lo que quedo lo dejaste; en el trabajo en el domicilio es como que vas de casa en casa, que en cada una tenés que tener la mejor sonrisa y disposición, más allá que sea la casa número veinticinco que ves, que cuando llegas a tu casa no sabés si estás trabajando o qué. También, económicamente pareciera que estás pendiente de un hilo, porque si no hay pacientes, no se trabaja y no se cobra. No es que yo voy haya o no pacientes, es cien por ciento dependiendo de la empresa.

E: Bueno, me gustaría saber ¿De dónde provienen los referentes teóricos de su especialidad?

E₈: Los referentes teóricos de la especialidad son los referentes teóricos de la enfermería, no tengo ninguno específico para la ID, sino que de todos se saca algo, de los cuidados, del paciente y cómo verlo, porque uno sigue con que es un paciente y hablás del paciente tal y esto y lo otro, pero muchas veces uno tanto lo nombra que se olvida que es una persona. Como nosotros con emociones, temores y demás, como nosotros, para esto los referentes teóricos y la teoría son buenos porque te ubican a que no te vayas del foco. Lo más importante es reducirle la escara al paciente para que todos digan: que buen tratamiento de escara utilizás, cómo son tus cuidados que tus pacientes no se escaran, no vos lo debes hacer pensando siempre en el mayor beneficio de la persona pero para darte cuenta necesitas la teoría.

E: Puede nombrar algún referente que tenga usted.

E₈: Bueno Orem es muy interesante el desarrollo del cuidado humano con el auto cuidado y la educación al paciente, no todos hablan de eso. Además, genera una independencia necesaria en el paciente, porque imagínate internado en tu casa con gente que viene y va, te dice qué hacer que comer como moverte, a veces te bañan, te cambian el pañal, todo esto en tu casa donde vos eras el padre de familia, la madre o cumplías un rol allí, ahora alguien te hace todo esto imagínate como te pega en tu autoestima entonces el mínimo de independencia que podés generar es muchísimo para la persona. También, la autora Lenninger con sus cuidados transculturales, es una herramienta muy útil ya que cada familia en su casa es una subcultura inmersa en otra cultura y esos recaudos que tomés para no alterar el funcionamiento normal del hogar son muy útiles y la teoría del entorno me gusta mucho ya que respetando de no alterar el lugar donde el paciente estás, debes ver qué cosas son nocivas para el paciente y tratar de llegar a un acuerdo con la familia de cómo van a modificar o no esos patrones nocivos para la recuperación del paciente.

E: Bien, con esto que comparte se podría referir al trabajo en equipo e incidencia.

E₈: El trabajo en equipo es muy importante sin el equipo no existiría la ID, sería solo diferentes profesionales que visitan el lugar. El hecho de nuclear todo en un equipo hace que sea una internación, lo que pasa que activamente, muchas veces no funciona tan así y termina siendo diferentes personas, con diferentes disciplinas, diferentes horarios y maneras de ver al paciente que se nuclean bajo el nombre de una empresa. Cuando uno realiza un buen trabajo en equipo es muy bueno porque lo que puede hacer cada miembro del equipo de salud se potencia los cuidados de enfermería, son un complemento de la nutrición, la kinesiología

y el tratamiento farmacológico. Además, la incidencia que tiene sobre el paciente es mucha, cuando hay un trabajo en equipo bueno la comunicación es fluida, lo que pasa es que falta como un nexo para que eso ocurra y en la ID no es fácil lograr juntar a todos, pero imagínate que para cubrir las necesidades de una persona se necesitan diferentes puntos de vista y que cada disciplina tenga el espacio necesario para desarrollarlo y eso no pasa mucho, está determinado desde el punto de vista del médico y los demás ayudamos a que eso ocurra y nada más.

E: Y siendo así, como compartís, ayuda ese espacio a tu desarrollo profesional.

E: No, claro que no, por eso si no tenés una empresa copada, que te dé lugar de opinión o trabajás con gente que entienda que la enfermería, como cualquier otra profesión, es autónoma y no dependiente de otra que tiene su teoría y métodos; te quedas estancado y no crecés como profesional. Lo que pasa que en si el campo de acción es muy bueno, es uno de los poco que te libera del típico hospitalario que cumplís tu horario y todo en serie, seguís para todos lo mismo, porque en los hospitales es un poco así te la pasas corriendo de un paciente a otro y no haces un PAE ni de casualidad. Acá si, lo podes hacer si querés, pero depende de vos, es como ser un poco tu propio maestro y seguir.

E: Bueno, muchas gracias por su tiempo, desea agregar algo más.

Eg: Gracias a vos por la entrevista.

Entrevista No 10:

E: Bueno, estamos con JR para entrevistarlos ¿cuál es según su criterio la naturaleza y contenido global de la ID?

E10: La ID es una herramienta muy innovadora por así decirlo la cual nos permite tener al paciente en su hogar para que este reciba los cuidados necesarios en todo momento, de manera personal y en su hogar, cambia lo que significa estar internado o parecer una patología de largo tiempo por algo más natural y adaptable a la vida diaria. En lo global afecta al sistema de salud para bien digamos que libera los hospitales y genera que el equipo de salud salga a trabajar en la comunidad que es algo que habitualmente no se ve, en parte parece volver al tiempo más viejo donde el médico iba a visitar a los enfermeros en sus casas. Lo que para mí es muy importante es que el hecho de no estar en un hospital le quita un peso muy fuerte a la internación, no contribuye a que el paciente se sienta pero sino que al ser el solo puede mejorar o si sufre una recaída no se ve afectado por el entorno hospitalario, además es más barato para las obras sociales tener a alguien en su casa desde el hecho que no se le cobra por las instalaciones solamente por el personal a disposición. Por otra parte para nosotros como enfermeros desarrollamos una labor más relajada de aspecto más social y con un enfoque más personalizado y completo del paciente, que en un hospital no podemos ya que todo es muy en serie y general, y el entorno que envuelve al paciente lo hace sentir que se está preocupado por él y no es un número más en este proceso.

E: Bien, refiérase a las especificidades y al perfil de la práctica profesional.

E10: La persona que trabaja en domicilios sabe que está sola que es una responsabilidad mayor y que no se puede ocultar detrás de otro compañero ni nada, para mí en la capacitación que recibí por parte de la universidad me dio elementos suficientes para trabajar solo o equipo y no tener mayores dificultades pero en la capacitación enfermera creo que falta un poco de contenido más sólido en teoría y humanística, hay mucho tecnicismo que no sirve a la hora de enfrentar un domicilio con un paciente en contacto continuo con su familia, en el hospital te digo como es todo en serie lo haces y punto, nadie te va a decir nada pero en un domicilio es diferente y más difícil. El perfil de la practica debe ser de recuperación o paliativa acorde con lo que requiera el paciente lo bueno que es personalizado y es a medida de lo que el paciente necesita no lo que los protocolos institucionales digan, por eso para mí el perfil se lo das vos y como seas de abierto para la realización de la práctica es el lugar ideal para

ejercer un PAE y otras cosas que aprendimos en la capacitación y muchas veces no se puede en una institución.

E: Bien, ¿Cuál considera usted que es el rol de la teoría en la práctica?

E10: Bueno, como te decía en la capacitación que uno recibe tiene un cuerpo de conocimiento al cual acudir durante la práctica, no es que aprendes técnicas que solo te sirven para la institución, hay una teoría que respalda tu accionar que te da el conocimiento de cómo hacer las cosas. Para la práctica de cualquier profesión debe haber una teoría y en enfermería cumple un rol fundamental en la ID debido a que es la que nos va a guiar en la evolución del paciente también. Pero generalmente la teoría muchas veces no parece aplicable a la realidad que vivimos y no generamos teoría nueva y la vieja nos parece anticuada. Para mí el rol que cumple es como más un banco de consulta frente a diferentes situaciones que puedo comparar y leer acerca de lo que los autores dicen, pero más no.

E: ¿cómo eligió usted la especialidad de ID?

E10: La elegí porque no tenía otra opción aun no tenía el título y necesitaba trabajar y era en lo único que me aceptaron si bien de manera informal en el principio cuidando a un conocido luego me ocupe de pacientes más complejos y así seguí, también trabajé en una institución pero ya me había acostumbrado a estar en domicilios la libertad que te permite cambiar tu forma de cómo trabajar para adaptarla para cada paciente de esta manera puedes tener más técnicas y una manera de trabajar global, pero también me gusta trabajar solo y eso lo puedo hacer en ID. También a mí me gusta mucho la atención primaria y eso en la parte de la ID lo puedo hacer trabajar en prevención y promoción de la salud, cosa que en el hospital no porque es más reparativo en el hospital, además tenés un contacto más cercano con el paciente el dialogo es diferente las prácticas son tomadas diferentes o algo es diferente, además puedes usar técnicas que no son muy convencionales pero si efectivas como acupuntura y otras.

E: ¿Y eso ayuda a formar un vínculo mayor?

E10: Claro no es lo mismo que en el hospital, el vínculo es muy cercano es el momento del día donde el paciente está con vos y toda tu atención es por él y es correspondido porque no vienen visitas u otras personas sino que él sabe que vos venís y se preparan, aun el desapego es difícil cuando se termina el tratamiento no están fáciles, te quedas pensando cómo estará se incorporó o no al trabajo como está la familia, te volvéis parte de su vida y ellos de la tuya.

E: Bien, ¿Cuál es el nivel de participación de los enfermeros en la toma de decisiones?

E10: Mira en cuanto a la toma de decisiones es mía plena, decido como administrar los medicamentos como queremos hacer los ejercicios , que tipo de libertades puedo darle y como lo trato lo decido yo, los demás profesionales mucho no opinan, el kinesiólogo viene anota que hace y se va, el médico viene cuando viene y anota nuevas recetas sella y se va, ellos no están mucho con el paciente para la toma de decisiones de ellos en su ámbito será de ellos pero en el día a día con el paciente yo la tomo, ahora la verdad que debo elegir participar porque espacios no hay de debate y discusión, pero cuando viene el médico le sugerís como por ejemplo esta droga está dejando la muy tiesa o esto y lo otro y alguno de ellos te escuchan y cambian las dosis y demás, pero vos elegís hacerlo. Tambien pasa que con tus colegas no intercambias opinión, si bien enfermería es mucho de los compañeros y eso, los enfermeros son medios como que no se cuidan uno al otro, se mandan al frente se critica y eso en otras profesiones no lo ves, yo he tenido compañeros que estuvieron con carpetas psiquiátricas por estrés laboral, y no se debió a el trabajo que hacían, sino la mala relación con los compañeros de trabajo.

E: El hecho de trabajar en la ID te libera de eso

E10: No sé si me libera, sé que soy responsable de lo que hago si veo a mi compañero que lo hace mal o le importa poco le voy a decir pero lo hablo con el no con mi otro compañero y bla bla, en las instituciones pasa eso todo el tiempo con los enfermeros. Pero si creo que por otra parte somos menos en la ID y tarde o temprano debes solucionar las cosas con tus compañeros.

E: Y con todo esto que me cuenta, ¿cuál serían para usted razones de posibles crisis en la ID?

E10: Las crisis de este tipo en cuanto al relacional laboral surgen muy frecuentemente, donde por simpatía se hace un juico acerca de tu capacidad laboral o no, además el enfermero es como muy escuelita, o sea si te capacitas en la universidad sos así, si venís del regional asa y si sos del epsa de esta manera, todos tiran para su lado deforman la profesión para hacer propaganda barata de diferentes lugares. Para mi mayores crisis vivís con el tema de los pacientes cuando cortan el servicio y no vas más y los pacientes no se sienten listos para volver a la vida normal aun, no cuando los pacientes se mueren y no llegaste a despedirte, son problemáticas duras para uno de asimilar, la inestabilidad que te genera emocional y a la vez financiera porque es un paciente menos, te afecta en todo sentido. A la vez otra cosa que

te puede pasar es que todo se la mismo, como que aunque no estés en una institución, haces el mismo cuidado para todos y lo mecanizas de tal manera que trabajaste todo un año con un paciente y ni siquiera planteaste objetivos a corto y largo plazo. Otra crisis que puedes vivir es que dejes de trabajar en ID debido a la inestabilidad y que no recibís una remuneración igual a que si trabajas en una institución, por eso muchas veces aunque te guste la ID debes emigrar hacia lo intrahospitalario. Desde luego entre las crisis que puedes enfrentar en un domicilio es la emergencia y muerte de un paciente mientras vos estas ahí, ya que frente a emergencias se encargan la obras sociales y sus servicios de emergencias si vos estas ahí algo debes hacer y todos te miran a vos, es mucha presión en una situación que tal vez no tenés que ser parte es feo. Lo único que puedes hacer es llamar al servicio de emergencia y rezar que venga rápido para sacarte de la situación.

E: Bien, ¿de dónde provienen sus referentes teóricos para su especialidad?

E10: Los referentes teóricos viven de mi formación en la institución donde me gradué se me enseñó una teoría con autores que uno va eligiendo para hacerlos parte de su práctica, hay autores que se aplican más como Lenninger o Roger, en los cuidados personalizados diría yo, viste te mencione que hay técnicas no convencionales que ayudan al paciente a relajarse y estar más armonioso, también respetando sus creencias los ayudas muchísimo algunos con la radio y escuchando sus canciones, cosa que en el hospital no podrían hacer, otro referente es Orem con las técnicas de autocuidado y la enseñanza al paciente, Henderson me gusta porque es más estructurada aunque solo es asistencial en cuanto a las necesidades del paciente, si bien he visto todos estos autores en mi formación debo volver a releer todos ellos una vez más.

E: Y, ¿Cómo es el trabajo en equipo en la ID y cuál es su incidencia?

E10: El trabajo en equipo dentro de la ID es muy poco, si bien hay un conjunto de profesionales creo que estamos lejos de llamarlo equipo, si un equipo se trata la comunicación en la ID no existe muchas veces he ido a domicilios y el paciente no está porque esta con el medico en su consultorio y nadie te avisa te mandan a un paciente que lo vayas a ver a determinado horario y ese paciente esta con el kinesiólogo y debes esperar a que termine el. Le cambian el horario de medicación y el familiar se entera antes que vos y te quedas en la nada, ahora sería sumamente relevante y la ID se vería completamente diferente, si se trabajara en equipo las evoluciones de los pacientes sería más rápida se tardaría menos en dar

altas, se darían altas precoces, además de poder trabajar con toda la familia, porque si hay un equipo en el domicilio no es solo por el paciente sino por la familia también pero nadie lo tiene en cuenta eso solamente la enfermería, muchas empresas para mí de ID van directo al fracaso debido a que tratan de transportar la institución a un hogar y eso no se puede hacer, se debe dar cuidados y lo que el paciente necesite en manera que el hogar nos permite hacerlo, la incidencia que tiene un buen equipo interdisciplinario sobre la ID es que no hay cabos sueltos todo está cubierto de la manera correcta cada profesional dando el espacio al otro para desarrollar la tarea y ayudándose mutuamente, pero en lo personal pienso que el sistema de salud en general no funciona así sino de una manera oprime e impone la ideología que gobierna y si no te adaptas estas afuera, como diría Foucault castigado y marginado socialmente, los centros sanitarios no son un lugar donde la gente se acerca por dudas y consultas, sino que son el último lugar donde quieren ir y van porque no dan más de dolor, porque creo que es que la salud solo parece que fuera la figura del médico que como un sabelotodo impone y dictamina que debió hacer, hace y que debe hacer la persona sin importarle si lo comprendió, si tiene techo o nada, ir al médico es para que lo reten a uno por eso no funciona la ID porque no cambia la mentalidad, se humilde da un paso al costado no sabes de empatía, no sabes de contención emocional, sabes de patologías, bacterias y virus, pero no, no pasa, para todo una respuesta o una pastilla sin importarle si está bien o mal. Por esta manera de pensar la ID deja de ser una herramienta de atención terciaria y atención primaria a la vez, porque lo que trabajas con la familia no es atención terciaria es primaria, prevención y promoción de la salud, y solo pasa a ser un curro más de las obras sociales o planes, lamentablemente no es aprovechado como debería.

E: ¿Cuál es el alcance de su trabajo?

E10: El alcance de mi trabajo se ve limitado por las limitaciones del sistema no puedo hacer más de lo que el sistema me permite o me deja no puedo pretender pasar por alto todas las barreras y decir que mi trabajo es más profundo y detallado, esto es una cadena y si no hay un trabajo en equipo no hay cadena, yo necesito de mis compañeros y profesionales, para mí son vitales para el tratamiento del paciente pero si no se trabaja unidos mucho alcance no tenemos ninguno, ahora hay otro alcance puedo lograr objetivos de corto plazo el paciente por ahí no puedo lograr que el medico vea la evolución y diga bueno sacamos esta medicación o está pero sí le puedo dar herramientas que él se valga de sí mismo en si empoderarlo para

que él tome la rienda de su salud y sepa que no es solamente la enfermedad o la salud sino el conjunto que esta representa. Con mi paciente nos proponemos caminar, y caminamos, que él tenga estabilidad física y se puede bañar solo, no seguir sistemáticamente bañándolo porque así debe ser, es o suena ridículo pero hay todavía enfermeros que piensan así el medico dijo esto o esto, y no se valen de sus conocimientos o les da miedo enfrentar al médico.

E: Y usted tiene un supervisor, alguien que le asigne las tareas a realizar o las supervise.

E10: Si tengo pero ellos supervisan más, mis horarios, si voy o no, no supervisan tanto mis prácticas que eso deberían hacer no para retar o controlar pero si para supervisar que el paciente reciba la mayor atención posible, pero ellos pasan buscan las planillas que firmo y me dicen, cuidado el horario o fijate esto, pero nada mas

E: Y, ¿Cómo se siente trabajando en la ID?

E10: Me siento muy bien me gusta lo que hago, disfruto mi relación paciente – enfermero, disfruto compartir con la familia y aportar en lo que puedo para que la calidad de vida de ellos en cuanto a salud sea lo mejor posible, muchas veces te piden si les tomas la presión y vos lo haces y se genera un espacio donde podes enseñar y ellos escuchan tus consejos y los aplican, eso es muy bueno, disfruto el ser independiente ya que nuestra profesión si bien es autónoma en muchas instituciones está supeditada a lo que los médicos digan y punto, acá aprovecho la soledad para realizar mi practica como corresponde sin rendir cuentas a alguien ajeno a mi profesión.

E: Bueno muchas gracias por su tiempo, no sé si querés agregar algo.

E10: Bueno gracias por la entrevista y por elegir este tema para investigar ya que no ha sido muy reconocido y valorado, como labor de la enfermería.

Entrevista No 10:

E: Bueno, estamos con JR para entrevistarlo ¿cuál es según su criterio la naturaleza y contenido global de la ID?

E10: La ID es una herramienta muy innovadora por así decirlo la cual nos permite tener al paciente en su hogar para que este reciba los cuidados necesarios en todo momento, de manera personal y en su hogar, cambia lo que significa estar internado o parecer una patología de largo tiempo por algo más natural y adaptable a la vida diaria. En lo global afecta al sistema de salud para bien digamos que libera los hospitales y genera que el equipo de

salud salga a trabajar en la comunidad que es algo que habitualmente no se ve, en parte parece volver al tiempo más viejo donde el médico iba a visitar a los enfermeros en sus casas. Lo que para mí es muy importante es que el hecho de no estar en un hospital le quita un peso muy fuerte a la internación, no contribuye a que el paciente se sienta pero sino que al ser el solo puede mejorar o si sufre una recaída no se ve afectado por el entorno hospitalario, además es más barato para las obras sociales tener a alguien en su casa desde el hecho que no se le cobra por las instalaciones solamente por el personal a disposición. Por otra parte para nosotros como enfermeros desarrollamos una labor más relajada de aspecto más social y con un enfoque más personalizado y completo del paciente, que en un hospital no podemos ya que todo es muy en serie y general, y el entorno que envuelve al paciente lo hace sentir que se está preocupado por él y no es un número más en este proceso.

E: Bien, refiérase a las especificidades y al perfil de la práctica profesional.

E10: La persona que trabaja en domicilios sabe que está sola que es una responsabilidad mayor y que no se puede ocultar detrás de otro compañero ni nada, para mí en la capacitación que recibí por parte de la universidad me dio elementos suficientes para trabajar solo o equipo y no tener mayores dificultades pero en la capacitación enfermera creo que falta un poco de contenido más sólido en teoría y humanística, hay mucho tecnicismo que no sirve a la hora de enfrentar un domicilio con un paciente en contacto continuo con su familia, en el hospital te digo como es todo en serie lo haces y punto, nadie te va a decir nada pero en un domicilio es diferente y más difícil. El perfil de la practica debe ser de recuperación o paliativa acorde con lo que requiera el paciente lo bueno que es personalizado y es a medida de lo que el paciente necesita no lo que los protocolos institucionales digan, por eso para mí el perfil se lo das vos y como seas de abierto para la realización de la práctica es el lugar ideal para ejercer un PAE y otras cosas que aprendimos en la capacitación y muchas veces no se puede en una institución.

E: Bien, ¿Cuál considera usted que es el rol de la teoría en la práctica?

E10: Bueno, como te decía en la capacitación que uno recibe tiene un cuerpo de conocimiento al cual acudir durante la práctica, no es que aprendes técnicas que solo te sirven para la institución, hay una teoría que respalda tu accionar que te da el conocimiento de cómo hacer las cosas. Para la práctica de cualquier profesión debe haber una teoría y en enfermería cumple un rol fundamental en la ID debido a que es la que nos va a guiar en la evolución del

paciente tambien. Pero generalmente la teoría muchas veces no parece aplicable a la realidad que vivimos y no generamos teoría nueva y la vieja nos parece anticuada. Para mí el rol que cumple es como más un banco de consulta frente a diferentes situaciones que puedo comparar y leer acerca de lo que los autores dicen, pero más no.

E: ¿cómo eligió usted la especialidad de ID?

E10: La elegí porque no tenía otra opción aun no tenía el título y necesitaba trabajar y era en lo único que me aceptaron si bien de manera informal en el principio cuidando a un conocido luego me ocupe de pacientes más complejos y así seguí, tambien trabaje en una institución pero ya me había acostumbrado a estar en domicilios la libertad que te permite cambiar tu forma de cómo trabajar para adaptarla para cada paciente de esta manera puedes tener más técnicas y una manera de trabajar global, pero tambien me gusta trabajar solo y eso lo puedo hacer en ID. Tambien a mí me gusta mucho la atención primaria y eso en la parte de la ID lo puedo hacer trabajar en prevención y promoción de la salud, cosa que en el hospital no porque es más reparativo en el hospital, además tenés un contacto más cercano con el paciente el dialogo es diferentes las prácticas son tomadas diferentes o algo es diferente, además puedes usar técnicas que no son muy convencionales pero si efectivas como acupuntura y otras.

E: ¿Y eso ayuda a formar un vínculo mayor?

E10: Claro no es lo mismo que en el hospital, el vínculo es muy cercano es el momento del día donde el paciente esta con vos y toda tu atención es por él y es correspondido porque no vienen visitas u otras personas sino que él sabe que vos venís y se preparan, aun el desapego es difícil cuando se termina el tratamiento no están fácil, te quedas pensando cómo estará se incorporó o no al trabajo como está la familia, te volvéis parte de su vida y ellos de la tuya.

E: Bien, ¿Cuál es el nivel de participación de los enfermeros en la toma de decisiones?

E10: Mira en cuanto a la toma de decisiones es mía plena, decido como administrar los medicamentos como queremos hacer los ejercicios , que tipo de libertades puedo darle y como lo trato lo decido yo, los demás profesionales mucho no opinan, el kinesiólogo viene anota que hace y se va, el médico viene cuando viene y anota nuevas recetas sella y se va, ellos no están mucho con el paciente para la toma de decisiones de ellos en su ámbito será de ellos pero en el día a día con el paciente yo la tomo, ahora la verdad que debo elegir participar porque espacios no hay de debate y discusión, pero cuando viene el médico le sugerís como

por ejemplo esta droga está dejando la muy tiesa o esto y lo otro y alguno de ellos te escuchan y cambian las dosis y demás, pero vos elegís hacerlo. También pasa que con tus colegas no intercambias opinión, si bien enfermería es mucho de los compañeros y eso, los enfermeros son medios como que no se cuidan uno al otro, se mandan al frente se critica y eso en otras profesiones no lo ves, yo he tenido compañeros que estuvieron con carpetas psiquiátricas por estrés laboral, y no se debió a el trabajo que hacían, sino la mala relación con los compañeros de trabajo.

E: El hecho de trabajar en la ID te libera de eso

E10: No sé si me libera, sé que soy responsable de lo que hago si veo a mi compañero que lo hace mal o le importa poco le voy a decir pero lo hablo con el no con mi otro compañero y bla bla, en las instituciones pasa eso todo el tiempo con los enfermeros. Pero si creo que por otra parte somos menos en la ID y tarde o temprano debes solucionar las cosas con tus compañeros.

E: Y con todo esto que me cuenta, ¿cuál serían para usted razones de posibles crisis en la ID?

E10: Las crisis de este tipo en cuanto al relacional laboral surgen muy frecuentemente, donde por simpatía se hace un juico acerca de tu capacidad laboral o no, además el enfermero es como muy escuelita, o sea si te capacitas en la universidad sos así, si venís de la regional asa y si sos del epsa de esta manera, todos tiran para su lado deforman la profesión para hacer propaganda barata de diferentes lugares. Para mi mayor crisis vivís con el tema de los pacientes cuando cortan el servicio y no vas más y los pacientes no se sienten listos para volver a la vida normal aun, no cuando los pacientes se mueren y no llegaste a despedirte, son problemáticas duras para uno de asimilar, la inestabilidad que te genera emocional y a la vez financiera porque es un paciente menos, te afecta en todo sentido. A la vez otra cosa que te puede pasar es que todo se la mismo, como que, aunque no estés en una institución, haces el mismo cuidado para todos y lo mecanizas de tal manera que trabajaste todo un año con un paciente y ni siquiera planteaste objetivos a corto y largo plazo. Otra crisis que podés vivir es que dejes de trabajar en ID debido a la inestabilidad y que no recibís una remuneración igual a que si trabajas en una institución, por eso muchas veces, aunque te guste la ID debes emigrar hacia lo intrahospitalario. Desde luego entre las crisis que podés enfrentar en un domicilio es la emergencia y muerte de un paciente mientras vos estas ahí, ya que frente a emergencias se encargan las obras sociales y sus servicios de emergencias si vos estas ahí

algo debes hacer y todos te miran a vos, es mucha presión en una situación que tal vez no tenés que ser parte es feo. Lo único que podés hacer es llamar al servicio de emergencia y rezar que venga rápido para sacarte de la situación.

E: Bien, ¿de dónde provienen sus referentes teóricos para su especialidad?

E10: Los referentes teóricos viven de mi formación en la institución donde me gradué se me enseñó una teoría con autores que uno va eligiendo para hacerlos parte de su práctica, hay autores que se aplican más como Lenninger o Roger, en los cuidados personalizados diría yo, viste te mencione que hay técnicas no convencionales que ayudan al paciente a relajarse y estar más armonioso, tambien respetando sus creencias los ayudas muchísimo algunos con la radio y escuchando sus canciones, cosa que en el hospital no podrían hacer, otro referente es Orem con las técnicas de autocuidado y la enseñanza al paciente, Henderson me gusta porque es más estructurada aunque solo es asistencial en cuanto a las necesidades del paciente, si bien he visto todos estos autores en mi formación debo volver a releer todos ellos una vez más.

E: Y, ¿Cómo es el trabajo en equipo en la ID y cuál es su incidencia?

E10: El trabajo en equipo dentro de la ID es muy poco, si bien hay un conjunto de profesionales creo que estamos lejos de llamarlo equipo, si un equipo se trata la comunicación en la ID no existe muchas veces he ido a domicilios y el paciente no está porque esta con el medico en su consultorio y nadie te avisa te mandan a un paciente que lo vayas a ver a determinado horario y ese paciente esta con el kinesiólogo y debes esperar a que termine el. Le cambian el horario de medicación y el familiar se entera antes que vos y te quedas en la nada, ahora sería sumamente relevante y la ID se vería completamente diferente, si se trabajara en equipo las evoluciones de los pacientes sería más rápida se tardaría menos en dar altas, se darían altas precoces, además de poder trabajar con toda la familia, porque si hay un equipo en el domicilio no es solo por el paciente sino por la familia tambien pero nadie lo tiene en cuenta eso solamente la enfermería, muchas empresas para mí de ID van directo al fracaso debido a que tratan de transportar la institución a un hogar y eso no se puede hacer, se debe dar cuidados y lo que el paciente necesite en manera que el hogar nos permite hacerlo, la incidencia que tiene un buen equipo interdisciplinario sobre la ID es que no hay cabos sueltos todo está cubierto de la manera correcta cada profesional dando el espacio al otro para desarrollar la tarea y ayudándose mutuamente, pero en lo personal pienso que el sistema de

salud en general no funciona así sino de una manera oprime e impone la ideología que gobierna y si no te adaptas estas afuera, como diría Foucault castigado y marginado socialmente, los centros sanitarios no son un lugar donde la gente se acerca por dudas y consultas, sino que son el último lugar donde quieren ir y van porque no dan más de dolor, porque creo que es que la salud solo parece que fuera la figura del médico que como un sabelotodo impone y dictamina que debió hacer , hace y que debe hacer la persona sin importarle si lo comprendió, si tiene techo o nada, ir al médico es para que lo reten a uno por eso no funciona la ID porque no cambia la mentalidad, se humilde da un paso al costado no sabes de empatía, no sabes de contención emocional, sabes de patologías, bacterias y virus, pero no, no pasa, para todo una respuesta o una pastilla sin importarle si está bien o mal. Por esta manera de pensar la ID deja de ser una herramienta de atención terciaria y atención primaria a la vez, porque lo que trabajas con la familia no es atención terciaria es primaria, prevención y promoción de la salud, y solo pasa a ser un curro más de las obras sociales o planes, lamentablemente no es aprovechado como debería.

E: ¿Cuál es el alcance de su trabajo?

E10: El alcance de mi trabajo se ve limitado por las limitaciones del sistema no puedo hacer más de lo que el sistema me permite o me deja no puedo pretender pasar por alto todas las barreras y decir que mi trabajo es más profundo y detallado, esto es una cadena y si no hay un trabajo en equipo no hay cadena, yo necesito de mis compañeros y profesionales, para mí son vitales para el tratamiento del paciente pero si no se trabaja unidos mucho alcance no tenemos ninguno, ahora hay otro alcance puedo lograr objetivos de corto plazo el paciente por ahí no puedo lograr que el medico vea la evolución y diga bueno sacamos esta medicación o está pero sí le puedo dar herramientas que él se valga de sí mismo en si empoderarlo para que él tome la rienda de su salud y sepa que no es solamente la enfermedad o la salud sino el conjunto que esta representa. Con mi paciente nos proponemos caminar, y caminamos, que él tenga estabilidad física y se puede bañar solo, no seguir sistemáticamente bañándolo porque así debe ser, es o suena ridículo, pero hay todavía enfermeros que piensan así el medico dijo esto o esto, y no se valen de sus conocimientos o les da miedo enfrentar al médico.

E: Y usted tiene un supervisor, alguien que le asigne las tareas a realizar o las supervise.

E10: Si tengo, pero ellos supervisan más, mis horarios, si voy o no, no supervisan tanto mis prácticas que eso deberían hacer no para retar o controlar pero si para supervisar que el paciente reciba la mayor atención posible, pero ellos pasan buscan las planillas que firmo y me dicen, cuidado el horario o fíjate esto, pero nada mas

E: Y, ¿Cómo se siente trabajando en la ID?

E10: Me siento muy bien me gusta lo que hago, disfruto mi relación paciente – enfermero, disfruto compartir con la familia y aportar en lo que puedo para que la calidad de vida de ellos en cuanto a salud sea lo mejor posible, muchas veces te piden si les tomas la presión y vos lo haces y se genera un espacio donde puedes enseñar y ellos escuchan tus consejos y los aplican, eso es muy bueno, disfruto el ser independiente ya que nuestra profesión si bien es autónoma en muchas instituciones está supeditada a lo que los médicos digan y punto, acá aprovecho la soledad para realizar mi practica como corresponde sin rendir cuentas a alguien ajeno a mi profesión.

E: Bueno muchas gracias por su tiempo, no sé si querés agregar algo.

E10: Bueno gracias por la entrevista y por elegir este tema para investigar ya que no ha sido muy reconocido y valorado, como labor de la enfermería.

Entrevista N° 11 AC

E: ¿Cual es según su criterio la naturaleza y el contenido global del servicio de internación domiciliaria?

E₁₁: El servicio de internación domiciliaria creo que busca descomprimir la internación hospitalaria en aquellos pacientes que son factibles de ser atendidos en su domicilio y abarca una gama muy amplia de la atención así está planteado en el lugar donde yo trabajo y la atención en domicilio se fue modificando directamente en relación con las necesidades de la institución.

Yo llevo varios años en atención domiciliaria y originalmente fui convocada, aunque, ya existía la atención domiciliaria en el hospital, para formar un grupo diferente que pudiese dar más atención y menos asistencialismo. El grupo original estaba formado por personas que hacían meramente asistencialismo básicamente se efectuaban curaciones post operatorias recientes, úlceras crónicas, no muchos más que eso. Después con este segundo grupo se fue orientado hacia la ampliación del servicio, se empezaron a administrar medicaciones, lentamente se fue remplazando la asistencia en la curación por la educación en la curación entonces el enfermero paso a ser el educador de la práctica, metodológicamente, lo que hacíamos era una semana inicial de curación desde la enfermería después ir dándole las pautas de curación al familiar o al propio paciente y íbamos programando visitas de control según la evolución de la lección. Por otra parte, en un momento se intentó un trabajo con grupo de cardiología para educación en los controles y los signos de alarma de los insuficientes cardíacos crónicos, el manejo de la dieta, el control de los síntomas y la alarma para la consulta en la guardia. Todos estos programas que se fueron haciendo y lamentablemente se descartaron porque en realidad el hospital, como decía, tiene que ver con la necesidad puntal de la institución y también con el profesional que tiene la inquietud de realizar algo distinto en algún momento, por lo general al ser un hospital escuela hay mucha rotación de profesionales y esto hace que un programa no dura más de cuatro o cinco años por que cambia la persona interesada.

Dentro de atención domiciliaria lo que más duro y lo que a mi particularmente me gusto fue la parte de cuidados paliativos que también ya fue desarmada digamos. Los cuidados paliativos duro aproximadamente diez años fue la que más duro en su función plena pero esto tuvo que ver con que ahí si fue donde hubo un grupo que se pudo considerar equipo porque

fue por otra parte el equipo creador del programa esto hizo que el programa funcione de una manera muy distinta porque uno está involucrado de otro lado y allí las prestaciones de enfermería eran totalmente generales, porque las necesidades del paciente de cuidados paliativos eran cubiertas en su totalidad en domicilio, la pretensión era que el paciente falleciera en domicilio que no se internara en ningún momento y se ha logrado un buen promedio en ese momento de muerte en domicilio con una muy buena calidad en el proceso, pero fue satisfactorio suena feo desde el punto de vista de un paciente muriente terminal pero fue satisfactorio el ver que funciono, que sirvió digamos.

Hoy por hoy hay otro programa que esta la verdad desde mi punto de vista desdibujado porque el servicio se supone es el de rehabilitación enfocado hacia un paciente post ACV pero realmente no se cumple ,yo considero, que en un 60 % con un programa de rehabilitación está muy desviado hacia el paciente crónico y con una asistencia más desde lo clínico que desde lo rehabilitativo, el paciente de rehabilitación debería tener un fuerte apoyo del terapeuta, de kinesiología y de fisioterapia si querés pero en realidad está enfocado más desde lo clínico, tiene más asistencia del médico clínico y de su patología crónica que de rehabilitación. Como son paciente crónico enfermería no desarrolla grandes actividades hace la asistencia del control es casi una rutina lo que se hace con el paciente es el programa que eligió el hospital para poner en práctica hoy no la necesidad del paciente.

E: ¿Cuál es el perfil profesional que desempeñas?

E11: Y el perfil profesional de la practica en este momento está muy débil por esto mismo que te digo, porque no hay un objetivo claro desde el servicio, entonces la enfermería no tiene demasiada actividad no puede desarrollar ninguna actividad específica y la verdad yo siento que este momento no se requiere más que una presencia no hay nada destacable para enfermería si vos querés podés encontrar algo para hacer y obviamente lo haces pero aquel que simplemente quiere estar puede estar, con estar es suficiente.

E: ¿Cómo elegiste la especialidad?

E11: Yo al poco tiempo de recibirme me ofrecieron el servicio de internación a domicilio justo en este proceso de transformación de que te hable primero cuando pretendían dejar de ser simplemente asistencia servicio para ser educadores en ese programa han elegido cuatro enfermeros que veníamos de otros lugares del hospital y nos trasladaron incluso fuera del hospital la idea era no contaminar al grupo en ese momento y nos trasladaron a un lugar

edilicio fuera del hospital que era nuestra sede bolívar durante un año y medio, desde allí con médicos que acabaron de terminar su residencia que fueron contratados como *fellow* fuimos el grupo original que empezó el cambio en atención domiciliaria. Ese mismo grupo fue el que gestó el programa de cuidados paliativos por iniciativa propia porque no tuvo la intervención de la institución sino el grupo en forma particular estudio, se formó una vez que estuvo el grupo formado que se hizo el programa se presentó al hospital el programa armado buscando ponerlo en práctica, lo aceptaron se puso en práctica y durante diez años se trabajó así eso es lo que hizo que yo siguiera me quedara ahí porque eso es realmente lo que me interesó ese fue el *leiv motive* de mi estadía.

E: ¿Tenés algún referente teórico en que te bases?

E₁₁: Si, la formación de cuidados paliativos que es lo que hizo que formáramos el grupo este fue en Palium tenía toda su teoría basada en la creación de los Hospis, Tuaycros era el referente médico, orientó la escuela de los cuidados paliativos en Buenos Aires y como referente latino adoptó el sistema catalán para bajar ese sistema inglés a la idiosincrasia latina hicimos una fusión entre la escuela inglesa y la catalana y así se pudo formar lo que nosotros llamamos PADES y se puso en funcionamiento por diez años, PADES es el grupo que trabaja con cuidados paliativos, con la asistencia y la formación en el seguimiento de los paciente a domicilio. PADES (Programa de atención domiciliaria equipo de soporte)

E: ¿Cuál es el nivel de participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones?

E₁₁: Y el nivel de participación de los profesionales de enfermería hoy en día depende mucho del enfermero porque en otro momento era algo muy dinámico los profesionales médicos, enfermeros y el asistente social que era parte del grupo de trabajo tuvimos una discusión muy fluida era muy participativo todo tratábamos de discutir al paciente de manera muy activa durante una vez por semana y se organizaba la tarea de la semana eso fue durante el tiempo de trabajo de PADES. Después esto fue modificándose hoy queda una reunión semanal de servicio, pero la dinámica de esta reunión no es la misma ósea la participación del enfermero depende mucho de cada enfermero y ya no se abordan los problemas globales del paciente sino estamos hablando del síntoma que hoy nos aqueja entonces el enfoque es totalmente distinto entonces el síntoma de la semana se discute y se discute en la medida que el enfermero quiera discutirlo hay personalidades que usan el momento de la reunión para

consulta y no para discusión yo hago la diferencia porque a mí me gusta discutir yo quiero saber por qué y el cómo aprendí a trabajar de esa forma y no quiero perderla aunque haya cambiado el perfil del trabajo. La responsabilidad del paciente en domicilio sigue siendo para mí la misma es la mía mientras estoy yo siempre digo el enfermero es el ojo del médico en la casa en el momento en el que estas por que vos sos el que tenés que detectar si algo ha cambiado, si hay una necesidad de algo distinto. Hoy por hoy el apoyo telefónico es muy débil antes teníamos un apoyo médico desde el teléfono muy fuerte uno se encontraba con una necesidad en el domicilio llamaba al médico transmitía lo que estaba sucediendo y el medico indicaba o discutía la posibilidad de actuar en el momento sobre algo. Siempre hubo un referente de domicilio hoy en día también hay un referente del domicilio yo me tengo que comunicar con ese médico. Con los cambios políticos que influyen sobre la atención en domicilio el enfermero no puede derivar a un paciente de manera inmediata, antes yo me encontraba con una necesidad de ser evaluada en guardia tomaba el teléfono llamaba a la guardia y pedía como enfermera de domicilio un traslado para que sea llevado a la guardia para su valoración hoy por hoy como los pacientes son de ■■■ y políticamente han hecho modificaciones no puedo llamar a la guardia para llevar a un paciente tengo que pedirle al familiar que solicite la ambulancia de ■■■ para que lo traslade entonces digamos tengo menos posibilidades para resolver cosas, hay cosas que tienen que ver con el afuera también no solamente con la institución.

E: ¿Existe trabajo en equipo?

E₁₁: Antes había trabajo en equipo yo hago esta diferencia antes había trabajo en equipo ahora somos un grupo que trabaja, para mí la diferencia es bien marcada, no es lo mismo un trabajo en equipo donde las decisiones y las discusiones se cruzaban a trabajar en un mismo grupo.

E: ¿Cual es según su criterio los motivos de posibles crisis?

E₁₁: Como en todas las cosas de la vida la base es la economía para mí la crisis más importante que sufrió todo esto fue la economía porque siempre tuvo que ver lo recaudado, siempre los cambios que se generaron en el grupo de trabajo tenían que ver si eran solventes o no solventes no importaba calidad de atención ni resultado de beneficio de salud siempre tuvieron que ver los costos siempre fuimos un servicio que salió muy caro nunca tampoco se pudo y eso podría ser culpa del grupo que trabajo, nunca se tomó el trabajo de ver cuánto beneficiaba de lo económico ya que es lo único que importa desde lo económico cuanto

beneficiaba en el no gastar porque siempre se ve el no produce nunca se ve el no gasta, entonces esa es la balanza que nunca reflejamos en ningún papel en ningún control razón por la cual nunca pudimos pelear la diferencia porque si bien el servicio no generaba dinero el servicio permitía que se gastara menos de otro lugar nunca se pudo comprobar.

E: ¿Cuál es el grado de compromiso en tu trabajo?

E₁₁: Creo que le pongo al trabajo todo lo que debo ponerle no puedo comprometerme más porque no creo que si hoy no tengo el mismo grado de compromiso de antes es por qué no tengo el incentivo.

E: ¿Aspectos gratificantes y desagradables de la tarea has tenido?

E₁₁: Aspecto gratificante es el reconocimiento de la gente a lo largo de los años, anécdotas hay miles. Y desagradables el sentir que constantemente hay que ir luchando con el mismo molino, siempre es el mismo molino que se me pone delante y no es otro que el capital.

E: ¿Tuviste algunas debilidades y fortalezas durante el ejercicio de tu práctica enfermera?

E₁₁: Debilidad es la impotencia que genera no poder vencer a ese molino. Y la fortaleza es la resistencia que me hace seguir estando.

E: ¿Existen diferencias entre servicio de internación hospitalaria y internación en domicilio?

E₁₁: [y...] diferencias en el hospital el enfermero siente que es su territorio, en el domicilio uno invade el territorio del paciente, pero a lo largo del tiempo yo me siento más en mi territorio en la casa del paciente que en el hospital, ya que por más que sea un domicilio nuevo me siento más cómoda entrando en una casa que yendo al hospital uno ya tiene estrategia, tiene básicamente experiencia a lo largo de los años he recorrido todos los niveles sociales, todos los niveles económicos en cuanto a las casas a las que he asistido. Y te hago esta diferencia sociales y económicos porque hay gente que tiene mucho dinero que socialmente es muy pobre y uno tiene que aprender a manejarse en una casa que para mí que son los peores. Por qué el que es socialmente bueno y tiene mucho dinero directamente delega todo y vos te manejas con un tercero, el que es demasiado pobre te brinda lo que puede y vos sabes que tenés que arreglarte con lo que podés ahora el que tiene mucho dinero pero no paso por lo podríamos llamar la formación social adecuada es el que demanda, el que protesta, el que te basurea, el que te pide lo que no te tiene que pedir. Entonces ya te digo llevo casi veinte años haciendo esto (se emociona).

E: ¿Y eso que te emociona qué es?

E₁₁: El recordar. Todo lo que trabaje estos años para ayudar a las personas a tener una mejor calidad de vida hasta su último momento junto a su familia.

E: El recordar ¿qué quieres transmitirlo?

E₁₁: Todo porque siempre le puse el cuerpo a todo, el que me conoce sabe que soy así.

Últimamente a la profesión de enfermería se la ve como un lugar de salida laboral está bueno, pero se deshumaniza. Yo lo que veo es eso últimamente hay camadas que salen con un objetivo muy distinto al que podríamos tener es parte de la vida, pero a mí me molesta.

Entrevista N°12 AM

E: ¿Cual es según su criterio la naturaleza y contenido global de la internación domiciliaria?

E₁₂: La internación domiciliaria es un servicio que se brinda después que el paciente sale de internación, generalmente se atienden paciente que sufrieron ACV lo que más se ve también hay algún paciente con cuidados paliativos. Después hay prestaciones que son cambios de sonda vesical tanto de hombre como de mujer, curaciones, colocación de sonda nasogástrica y de vía endovenosa, administración de antibiótico a domicilio que son paciente que empezaron con terapia antibiótica durante la internación y siguen luego de ella en el domicilio. Se realizan acciones en el domicilio hasta que el medico decide internarlo de nuevo.

La internación domiciliaria se divide por zonas en este momento quedaron 5 zonas en este servicio, eran ocho en un momento y las enfermeras tenían como 20 pacientes cada una. Antes había servicio de internación domiciliaria 24 horas ahora hay solo de día y tarde. El servicio de enfermería es diario en lo que lo llaman módulos, pero por ejemplo paliativo tiene tres veces por semana. Cada enfermera tiene una zona y cuando no está la enfermera de ella zona que tiene franco la cubren los relevos.

E: ¿El servicio de internación como está formado?

E₁₂: El servicio de internación está conformado por enfermeros, terapistas ocupacionales, médicos, kinesiólogo y servicio social. El kinesiólogo va tres veces por semana y el medico algunos cada semana y otros cada quince días.

E: Refiérase a las especificidades y el perfil de su praxis profesional

E₁₂: Y el perfil que tengo yo como soy enfermera es el de relevo me conocen todos, me presento al paciente y la familia le digo que pertenezco al servicio de internación domiciliaria que voy a realizarle tal procedimiento como por ejemplo colocarle una sonda vesical.

E: ¿Cuál considera usted sea el rol de la teoría en su práctica profesional?

E12: En el Servicio de Internación mi rol ayudar a realizar higiene con el familiar, administrar medicación, rotarlo, hidratarlo, registro de signos vitales, todo lo que es la alimentación, ingresos y egresos de líquidos, los edemas, todo va en la evolución que cuando llegas al servicio de internación lo escribís en su historia clínica en la computadora.

E: ¿Cómo elegiste la especialidad?

E12: Yo trabaje muchos años en el piso hasta que el jefe del servicio me eligió y estuve como seis meses a prueba, pero después me quede.

E: ¿De dónde vienen los referentes teóricos de la especialidad?

E12: No tuve, pase al servicio porque me eligieron.

E: ¿Cuál es el nivel de participación de los profesionales enfermeros en las tomas de decisiones?

E12: Tomas vos las decisiones eso es lo que me dijeron cuando arranque al servicio que iba a estar sola por ejemplo si un paciente está respirando mal tengo que tomar yo decisiones y actuar cuando no hay nada más para ser lo interno, pero siempre hacemos todos nosotros.

E: Refiérase a los alcances del trabajo en equipo y su incidencia.

E12: Hay trabajo en equipo, pero no trabajamos todos al mismo momento. Hay una reunión en un día de la semana entre todos (médicos y enfermeros) y se dialoga de los pacientes, tomar decisiones sobre ellos y acciones. Con mis compañeras enfermeras me llevo bien.

E: ¿Cuales son según su criterio los motivos de posible crisis?

E12: Y una crisis puede ser que yo estoy sola tomando decisiones, y lo tomo de la mejor forma posible. Y también con las familias demandantes para poder contenerlas también.

E: ¿Vos atravesaste una crisis importante o estas atravesando alguna crisis?

E12: Si te terminas estresando por ejemplo en el trabajo a veces son muy injustos vos tratás de cumplir con las tareas, a veces el familiar no lo entiende, trabajas con mucha presión y bueno te terminas estresando como yo. Es una suma de cosas.

E: ¿Que sentís que te está pasando?

E12: Negativa de entrar al hospital al menos hoy.

E: ¿Te impacta mucho con el servicio o es mucho más personal?

E12: Si lo relaciono con la falta de personal, con la demanda, del trabajo, de la exigencia de la institución y bueno es una suma de cosas como te lo dije anteriormente no sé cómo

explicártelo. Falta de personal, mucha exigencia y terminas en todo esto.

E: ¿Los cuidados brindados a sujetos de cuidado con nivel adquisitivo alto son iguales de los brindados a los que tienen menos?

E₁₂: Los cuidados son los mismos el paciente que tenga o no tenga es lo mismo. La atención de enfermería es la misma yo no hago ningún cambio en uno que tenga más o menos a pasar que el que tiene más a veces te exige mucho y el que es más humilde te exige menos pasa eso pero para mí es el mismo paciente le doy los mismos cuidados.

E: Refiérase usted a las diferencias entre el servicio de internación y la internación hospitalaria.

E₁₂: En la internación hospitalaria tenés a los médicos, otros compañeros enfermeros y en el servicio de internación estas sola. En la internación hospitalaria cumplís un horario de ocho horas fijas en el servicio de internación domiciliaria haces visitas que nunca llegan a ser 8 horas. En el servicio de Internación sos más independiente que en el hospital. En el servicio de internación tener pocos pacientes y visitas en la internación hospitalaria tenés muchos más pacientes a tu cargo. Puedo brindar más cuidados en internación domiciliaria que en internación hospitalaria.

E: ¿Existe una estabilidad laboral en el servicio de internación domiciliaria?

E₁₂: Si la hay por qué siempre tengo paciente sino voy a los pisos del hospital.

E: ¿Cómo visualizas a la familia con el servicio de internación domiciliaria?

E₁₂: Están conformes con muchos agradecimientos y eso te conforta. De mi parte no he tenido contratiempo con nadie.

E: ¿La familia prefiere estar más en la casa o en el hospital internados?

E₁₂: Prefieren estar más en la casa la mayoría, puede pasar que alguno que este muy solo que no tienen hijos y qué te digan que te están esperando para que le hagas compañía que para controlarlo. Hay muchos pacientes que están solitos que no tiene marido o que no tiene mujer, pero hay interviene mucho el servicio social porque muchos después terminan en un geriátrico.

E: Refiérase al grado de compromiso con el trabajo.

E₁₂: Si hay mucho grado de compromiso mío y de mis colegas. También es un servicio que no hay inasistencias.

E: ¿Cuáles sería los aspectos gratificantes y desagradables de la tarea?

E₁₂: Gratificante podés sacar adelante al paciente con una buena evolución o le dan altas.

Desagradables un choque con la familia, pero casi nunca pasa.

E: ¿Algún estereotipo de enfermería que vos tengas como alguien que te enseñó en la profesión o un estereotipo de enfermera?

E: Como alguien en el que yo me base. Si [REDACTED] siempre me acuerdo de una cosa que me enseñó que me quedo gravado hasta el día de hoy es llegar y limpiar la mesa con alcohol una cosa simple pero eso me quedo gravado y siempre que pongo el alcohol me acuerdo de ella cuando llegaba me decían tenés que pasar en la mesada el alcohol y lavar los sueritos todas esas cosas esas cosas me quedaron muy marcadas con respecto a [REDACTED] yo la veía así como que ella era muy desenvuelta y yo trataba de haber que podía tomar de ella en ese caso para mí como profesional era y es muy buena.

E: Vos que trabajas en el hospital y también en el servicio de internación ¿Qué diferencia vez primero con la familia y vos como enfermera en cada uno de los servicios?

E₁₂: Si hay diferencia por ejemplo es como que en domicilio tenés que tomar todas las decisiones vos pero también estas como del otro lado por ejemplo en el hospital estas ahí y bueno vos sacas al familiar afuera ,no sé, hay una urgencia pero llamas al médico y aparece, en cambio en domicilio no está primero el familiar lo que decide pero respecto a lo que vos le vas a hacer al paciente sos vos mucha tomas de decisiones en el momento de una urgencia lo que sea en cambio en el hospital vos llamas al médico y bueno mientras actúas poniendo oxígeno o algo y esas son las diferencias. En cambio, es como que en la calle o sea en domicilio te sentís un poco sola y tenés que saber hace lo que vas a hacer tenés que estar medio más preparada. En el hospital sabes que estas resguardada por el médico o con tus compañeros que pueden estar próximos, pero en el domicilio estás solito y estas del otro lado porque en el hospital con el familiar vos lo sacas a fuera vos lo dejás no lo dejás en cambio vos en el casa tenés que estar ahí con el familiar es lo que me parece o es así.

E: Respecto a la familia ¿Prefiere que el sujeto de cuidado este internado en el hospital o en la casa?

E₁₂: Mira eso, alguno no sé cómo decirte un diez o veinte por ciento capaz que viste quiere que este en el hospital por qué bueno como el hospital le brinda otras comodidades que se yo haber pasa haber hay gente que no tiene medios entonces prefiere que este en el hospital porque sabe que le van a cambiar el pañal o que le van a hacer las curaciones eso también

pasa en gente que no tiene medios y bueno que no tiene suficiente dinero para contratar a alguien y prefiere que este en el hospital nosotros vamos una vez al día en caso de curaciones vamos una vez por semana depende según cuando solicitan los jefes o quien lo manda una vez a la semana como más pronto dos veces en el mes te imaginas una ulcera que por lo general se cura todos los días y no tienen los medios y esa gente prefiere que a veces los internen pero son los menos no siempre son el resto prefiere estar en la casa.

E: ¿Les gusta como estar en su entorno?

E₁₂: Si.

E: ¿Te pasó alguna experiencia de un paciente en cuidado paliativo? ¿Cómo vivió la familia los últimos momentos con su familiar prefieren en el hospital o en la casa?

E₁₂: Si , atendí a paciente paliativo y también eso es relativo lo que más me llega es en pacientes jóvenes cáncer o una leucemia que me ha tocado últimamente para uno le llega mucho pero la mayoría han ido al hospital ya en el último tiempo y los últimos pacientes jóvenes que vi terminaron en el hospital la verdad que si experiencia buena pero la verdad que te llega mucho joven que no puedes hacer nada como es paliativo ya no hay muchas alternativas no y eso pero prefieren en el hospital son pocos los menos los que quieren que terminen en la casa. Los últimos fallecieron en el hospital y me tocaron jóvenes.

Entrevista N°13 AR

E: ¿Cual es según su criterio la naturaleza y el contenido global de la internación domiciliaria?

E₁₃: Bueno según el criterio de la naturaleza y contenido global de la internación domiciliaria consiste en que tenemos que ayudar al paciente con su enfermedad grave o su patología a sentirse mejor obviamente mejorando la calidad de vida entre sus síntomas o signos que el paciente presente y obviamente que incluye todo el vínculo entre el paciente, el profesional más la familia. Es una buena opción para el paciente que vuelva a su lugar porque ayuda muchísimo y bastante a darle un poco más de apoyo de aliento al paciente para que pueda reanimarse y seguir con su vida natural depende obviamente de la patología que esté presente no.

E: Refiérase a las especificidades y el perfil de su praxis profesional

E₁₃: El perfil de la práctica consiste en todo lo que es atención fundamentalmente el cuidado. En si el profesional llega al domicilio se presenta frente al paciente y los familiares vemos como está el paciente que situación y que objetivos nosotros como profesionales llegamos a cumplir para que él pueda seguir con su vida de la mejor manera posible. En si mi objetivo

es ayudar al paciente. Se trata de eso cubrir las 24 horas al paciente depende de la patología o la enfermedad que esté presente y tratar de cubrir la mayor parte de las necesidades que conlleve a un buen tratamiento.

E: ¿Cuál considera sea el rol de la teoría en su praxis profesional?

E13: Bueno por ejemplo ... me da un paciente luego al domicilio me presento igual recabo información a través de la entrevista, observación, examen físico, acondicionarlo, tomo signos vitales, administró la medicación etc. Igual ... te da un seguimiento de que patología tiene el paciente y las acciones que tenés que realizar como profesional, pero pueden también a través de la práctica surgir cosas nuevas y las vas realizando como por ejemplo aspirar secreciones si el paciente no puede expectorarlas por sí mismo.

E: ¿Cómo elegiste tu especialidad?

E13: Y bueno yo opté por el servicio de internación porque es mayor comodidad para mí y para el paciente obviamente más. Lo elegí por la independencia que te da ya que uno tiene una vida y se va acomodando con el horario, por la forma del trabajo. Es buenísimo por el tiempo en el que estás porque el Servicio de Internación te da una serie de cantidad de pacientes y visitas entonces vos acomodas tus horarios y te conviene por no cumplir un horario fijo y es menos de ocho horas.

E: ¿Le da una estabilidad laboral?

E13: Sí porque si se te termina un domicilio ya la empresa te da otro y así consecutivamente, por eso nunca te quedas sin trabajo. Encima es cómodo porque te dan otro que sea cerca del domicilio que tenías.

E: ¿De dónde provienen los referentes teóricos de la especialidad?

E13: Tengo uno más enfocado con Florence Nightingale es más de mi profesión enfermera que del Servicio de Internación. Pero me reflejo en mi trabajo ya que con su Teoría del Entorno ella refiere que teniendo un entorno saludable puede llegar a confortar al paciente, con una buena luz, sin ruidos, y más con un entorno familiar apoyando al paciente en su recuperación o no.

E: ¿Cuál es el nivel de participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones?

E13: En la toma de decisiones tenés libertad con la confirmación del médico. Primero los profesionales no trabajan todos en un mismo momento. Si se deja un informe para que llenes

día por día hora por hora para que se llene lo que realizas y para que vos realices una evaluación. El medico viene generalmente una vez por semana ve esa evaluación y puede tomar decisión de modificar algo o que el paciente se vaya de alta. Nunca hay en si una decisión en equipo ahí.

E: Refiérase a los alcances del trabajo en equipo y su incidencia.

E₁₃: No hay trabajo en equipo, el equipo está formado por los distintos profesionales de la empresa. Pero para que haya decisiones de equipo hay que reunirse y todos los profesionales tienen distintos horarios casi nunca se reúnen todos. Tampoco hay trabajo en equipo porque cada uno trabaja solo en su profesión y en tiempos distintos.

E: ¿Cual es según su criterio los motivos de posibles crisis?

E₁₃: Y un motivo de crisis es el stress de trabajar con enfermos, con la familia. También por requerir siempre el asentimiento de los médicos para dar una medicación por ejemplo un paciente hipertenso que lo llamamos al médico no atiende y los que tenemos que estar ahí con el paciente y la familia somos nosotros.

E: ¿Usted está en alguna especialidad dentro de su práctica enfermera en el servicio de internación?

E₁₃: Si a mí me gusta cuidados paliativos dando los cuidados últimos del ser humano y familia conteniendo a todo el grupo familiar y al paciente que trate de sufrir lo menos posible generándole un buen confort.

E: ¿Cuál es el grado de compromiso con el trabajo?

E₁₃: En mi caso es una entrega completa al paciente y familia. Soy de vincularme mucho trato de que no por la imparcialidad de mi profesión, pero me es muy difícil ya que trabajo con seres humanos que están enfermos y que quieren vivir y con sus familias que también quiere que se cure el familiar. Es muy difícil trabajar en un escenario en el cual la familia y el paciente sabe que está pronto a morir en la mayoría de los casos y es muy difícil tratar de lograr que las personas estén positivas si están muy triste porque saben que puede llegar el momento que no van a ver más a su familiar y eso les duele y mucho. Uno ama lo que hace todos los días.

También el grado de compromiso con mi trabajo es el día a día es el crecimiento como profesional aplicas todo lo aprendido obviamente también todo lo que va surgiendo de enfermería por qué también va avanzando la enfermería y es un crecimiento personal y

también es un logro una satisfacción enorme el ayudar el comprometerse sacar al paciente adelante y obviamente también para dejarle toda tranquilidad a los familiares. Uno quiere lo mejor para la pronta recuperación del paciente.

E: ¿El compromiso depende mucho del sujeto de cuidado de la familia?

E₁₃: Obviamente al cien por cien, yo estoy totalmente predispuesta a seguir los pasos, habar como está indicado y bueno de ahí reconfortarlo y tenés la evolución que es lo importante del paciente obviamente que va a ayudar a la recuperación del paciente si se puede.

E: ¿Te involucras en cuestiones sociales, ambientales y también económicas que tiene el sujeto de cuidado?

E₁₃: Obviamente que sí, hay pacientes que tienen buena economía y el que no tiene nada como los adultos mayores dependen de una prestación de una obra social hoy conocido el ■■■ y no te dan al cien por ciento todo lo que vos necesitas te pongo un ejemplo hasta en los pañales te dan una cierta cantidad y de esa cantidad ocupas el doble o el triple más allá de todo lo que lo quieras cuidar y todo depende de los cuidados ambientales de cómo lo tenés al paciente la higiene y confort la higiene de la casa si esta aireado todo influye y obviamente que uno trata por ahí y ayudar un poco.

E: ¿Y cómo ayudas?

E₁₃: Y bueno vemos si hay algo que no se utiliza vemos si lo podemos donar para el otro paciente que necesite o sino tratamos de orientar como podrían hacer, o ir a tal lugar por ejemplo la obra social ■■■ si vas y hablas tenés contacto para ver como podes facilitar y ver como uno puede ayudar al otro obviamente, Porque hay gente que no está informada hoy tanto de cómo es el manejo y uno a través del habla del contacto social uno se entera de cómo se maneja no pero obviamente el involucramiento en cuestiones sociales todo influye.

E: ¿Cuáles serían los aspectos gratificantes y desagradables de la tarea?

E₁₃: Los aspectos gratificantes son los agradecimientos de la familia por nuestra labor y entrega, también te recomienda a otras familias, está el que queda conforme y el que no lo va a dejar conforma pero trato del cien por cien de cubrir la necesidad y que los familiares entreguen en manos al paciente porque me paso ahora en un domicilio que venía con una mala curación de una ulcera sacra y cuando la realizas a la curación tenés los ojos encima del familiar a ver qué es lo que estas aplicando, como lo estás haciendo. Pero bueno es muy gratificante que te agradezcan yo me manejo con recomendaciones y es muy gratificante

obviamente muy enriquecedor para mí y para mi persona y es lo que más me da el día a día de seguirlo, uno está el empeño de sacar a los familiares y al paciente.

En cuanto a lo desagradable es el stress de no poder resolver a veces situaciones que no dependen de mí. También una discusión con el paciente y con el compañero de que uno tiene su forma y la familia me paso tuvo algo desagradable cuando un familiar te digo que influye mucho lo económico por qué te dicen que necesitamos usar tres pañales en el día y vos decís no podes tenerlo tanto tiempo porque si estamos curando una escara sacra entonces ahí teníamos que tener más cuidado más higiene hay una zona que tenemos que tener bien limpia entonces ellos quieren economizar pero acá lo primordial es que el paciente se recupere. Obviamente vas a encontrar en todos lados la gente que queda conforme y la que no es así ya está plantado así el ser humano acá cien por cien el paciente.

E: ¿Alguna debilidad y fortaleza en la práctica profesional?

E₁₃: Debilidad es el día a día para mí es desde que arrancas a la mañana e ir a tus domicilios y ver cómo están tus pacientes si están bien si están mal que podemos renovar que podemos hacer mi debilidad es el dejar al paciente en su evolución y que luego se transforma en una fortaleza porque lo cumplo no tan solo como profesional sino también los sentimientos la empatía que haces mutuamente con el paciente de cambiarle ciertos pensamientos y de renovarle la energía. Para mí es crecimiento tanto para mí y para los familiares y cada domicilio que tengo que trabajar todos los días es satisfactorio.

E: ¿Algún estereotipo de enfermería que tengas?

E₁₃: Mira la verdad que a mí me gusto siempre el área de salud hoy un estereotipo no pero siempre me tiro el área de enfermería decía que lo iba a estudiar de chica y hoy estoy ejerciendo eso trabajando de esto y obviamente es lo que me gusta.

Entrevista N°14 CDLP

E: ¿Cual es según su criterio la naturaleza y contenido global de la internación domiciliaria?

E₁₄: La internación domiciliaria es un medio por el cual a uno le permite trabajar más tranquilo sin tantas estructuras como por ejemplo lo que es una institución, es decir, es más flexible a la hora de tomarte ciertas libertades, por ejemplo, el uniforme vos en el servicio de internación domiciliaria podes ir sin uniforme con ropa común y corriente. Pero en cuanto a lo profesional creo que hay más en contra que a favor en comparación con la institución del hospital porque si por ejemplo tenés un paciente complicado en el domicilio y no tenés cierta

cosas que hay en el hospital como equipamiento a no ser que en ese domicilio estés con todos los insumos necesarios que se da en la minoría de los casos. Y si estas solo con más razón por más que sepas todo no podés realizar todo solo siempre a un colega tenés que tener.

Con respecto a la naturaleza es un medio en el cual el profesional se desenvuelve con sus prácticas profesionales en el domicilio con un paciente que hay que atender.

Y el contenido global de la internación domiciliaria es un servicio en el cual cuenta con un grupo de profesionales (enfermeros, médicos, kinesiólogos, etc.) que brindan sus servicios a pacientes que lo necesitan por la situación de salud que están pasando.

E: Refiérase a las especificidades y el perfil de su práctica profesional.

E₁₄: El perfil profesional es el de asistir al paciente en el domicilio con sus necesidades y cuidados de salud. Es un medio, el domicilio, en el cual tienen que poner un 50% del profesional y un 50 % de la familia y paciente, al trabajar ahí no todo depende de uno, las reglas no las impone uno hay que buscar la armonía y el equilibrio entre lo que damos y recibimos ser flexibles con la familia, con el paciente y entender su situación de salud.

E: ¿Cuál considera usted sea el rol de la teoría en su práctica profesional?

E₁₄: Y mi rol en la práctica es realizar prácticas de enfermería en un domicilio determinado por ocho horas. Tengo varios pacientes, pero uno en especial que voy más tiempo. Ese domicilio tiene 24 horas de enfermería con tres turnos mañana, tarde y noche yo voy por la mañana. Mi rol a la mañana en lo que son tareas de enfermería le tomo signos vitales, le realizo higiene y confort, le administró la medicación indicada. Este paciente que yo cuido esta traqueomizado posee muchas secreciones y tengo que realizarse aspiraciones. También depende mucho del paciente como esta de humor porque si un día no se quiere bañar no lo puedo hacer bajo su disconformidad y puedo hablar con él para tratar de darle las razones para que acepte que lo baño y tenga su piel limpia tersa hidratada para que no se lesioné en la cama, etc.

E: ¿Cómo elegiste la especialidad?

E₁₄: Internación domiciliaria más que nada lo elegí por una cuestión de salida laboral, ya que no me recibí todavía de enfermero. Hoy por hoy estoy en una situación que tengo que seguir estudiando, profesionalizándome, esto me permite estudiar y trabajar al mismo tiempo que por más que tenga que cumplir una guardia o una visita en domicilio tengo la flexibilidad que el horario laboral me lo manejo yo no cumplo un horario estricto, sino que acepto o no

la visita o la guardia si yo deseo o no.

Tengo mucha independencia. En cuanto a la estabilidad laboral la tengo, pero mucho no pagan necesitaría más dinero para poder cubrir por completo mis necesidades.

E: ¿De dónde provienen los referentes teóricos de la especialidad?

E₁₄: No tengo referentes teóricos.

E: ¿Cuál es el nivel de participación de los profesionales enfermeros en las tomas de decisiones?

E₁₄: El nivel de participación que tengo en la toma decisiones con un paciente es casi total, eso no se discute solo con confirmación del médico. Más las acciones que dan bienestar al paciente ni se consultan se realizan ya que estas para eso para cuidarlo y brindarle confort. Él medico casi nunca esta, solo se llama en emergencias.

E: Refiérase a los alcances del trabajo en equipo y sus incidencias

E₁₄: En particular el paciente con el que más tiempo estoy tiene un equipo de enfermería de 24 horas así que el trabajo en equipo se tiene que dar si o si por más que nos llevemos bien o mal personal mente entre nosotros. En cuanto al equipo interdisciplinario no hay un trabajo al mismo tiempo de múltiples disciplinas. Hay un libro en el cual se anota todas las acciones de enfermería se usa de referencia para saber todo lo realizado.

E: ¿Cual es según tu criterio los motivos de posibles crisis?

E₁₄: Problemas con el equipo de salud internos de falta de comunicación entre médicos y enfermeros ya que no trabajamos juntos se puede presentar un conflicto. También como somos todas personalidades distintas podemos tener diferentes formas de pensar y puede surgir un conflicto o intercambio de palabras. También se puede dar conflicto con la familia ya que vos podés trabajar de una forma y a la familia no le gusta y por más que le expliques que estudiantes para ello ya hay un conflicto y no se trabaja bien.

E: Con respecto a la familia ¿Pensás que están conformes por los servicios que prestan los profesionales en el servicio de internación?

E₁₄: Si, yo creo que sí, estoy hace un año con este paciente y sigo con el por qué creo que llegamos a un mutuo acuerdo que hace que permanezca en ese domicilio. Teniendo en cuenta que es un paciente bastante complejo en el cual tenés que realizar todas las acciones a conformidad de él y su familia.

Con los restantes pacientes también siento que la familia está conforme con las acciones que

brindamos.

E: Refiérase al grado de compromiso con el trabajo de los profesionales en el servicio

E₁₄: Hay mucho de todo, hay personas que tienen mucha vocación y están preparadas brindan buenos cuidados y otras que hacen lo justo y necesario. Es según de cada uno lo que quiere involucrarse.

En lo que son las tareas de enfermería uno tiene que hacer lo de su trabajo ver que el paciente este en el mejor estado posible, que los signos vitales los tenga dentro de sus parámetros normales pero es como ya te digo en internación domiciliaria uno va predispuesto a hacer todo lo que tiene que hacer pero si el paciente o la familia por ciertos motivos no quiere digamos que le tomes los signos vitales o bueno en el caso de la medicación, tenés que ir viendo cómo resolverlas uno va con la intención o predispuesto a tratar de hacer todo bien y no siempre todos los días te vas a encontrar con eso. El compromiso tiene que ser siempre al cien por ciento, pero si tenés otros factores que influyen en tu tarea laboral no podés realizarlo.

E: ¿Y tuviste un conflicto con la familia por este tema?

E₁₄: Si claro, en la intimidad de un domicilio te pueden pasar un montón de cosas por ejemplo hay paciente en los que uno ha ido y vos sabes que el paciente esta tratado con enalapril que tienen enfermedades cardiacas vos lo vez y el paciente se prende un cigarrillo por ahí no se prende uno en el día se prende cinco y vos que le vas a decir, vos le decís eso está mal pero no lo podés obligar a no hacerlo como no estás en una institución sino que estas en su casa y por más que le digas te va a decir pero bueno es mi vida y hago lo que quiero, a eso me refiero vos como profesional no lo vas a dejar que fume porque encima vos es tu responsabilidad que el este bien y si al paciente le llega a pasar algo y el día de mañana, por ejemplo le pasa algo después le hacen una autopsia o lo valoran y averiguan que el paciente fumo y después te preguntan a vos que paso que estaba fumando y no lo paraste. Con lo que es internación domiciliaria tenés que lidiar con ese tipo de cosas que sinceramente no está para nada bueno. Aunque eduques a veces el paciente hace lo que quiere

E: ¿Cual es según tu criterio los aspectos gratificantes y desagradables de la tarea?

E₁₄: Mira gratificantes si en cuanto es a lo personal te sirve esto para el día de mañana trabajar en una institución hospitalaria ya que te da herramientas como la escucha activa, la empatía y la experiencia de estar con paciente en domicilio sin la presión de tiempos como en el

hospital. Podes escucharlo de otra manera.

Además, es gratificante que uno puede llevar el trabajo digamos también un poco a lo que es su manera y estar un poco mucho más tranquilo porque vos no estas cuidando a treinta personas en un hospital sino que estas cuidando a una sola digamos que el ritmo de trabajo es súper tranquilo a comparación a lo que estás en un hospital, clínica u otra institución por ejemplo en el INAREPS, pero eso es lo gratificante que estás trabajando tranquilo te podes tomar el tiempo del mundo. En pacientes en los que tenés buenos insumos, toda la tecnología para trabajar, tenés todos para hacerlo sin necesidad de pedir insumos y trabajas más tranquilo que lo que es en la clínica u hospital.

Y desagradable los conflictos que se puedan dar con la familia, diferencias de opinión. También desagradable es no poder hacer las cosas a tu manera no por ser porfiado o caprichoso sino por llevar un ritmo de trabajo que tiene que ser siempre así para forjarse uno como profesional siempre va a tener que tener una metodología de trabajo está bueno adaptarse también a lo que viene pero en cuando a desagradable por ahí tenés que andar lidiando con este tipo de situaciones que no están buenas situaciones en las que por ejemplo no te dejan tomar los signos vitales, el paciente se quiere levantar y no está en su integridad física como para levantarse, vos lo vez que el paciente tiene que descansar y se quiere levantar por ejemplo el paciente que tengo yo es una persona que hasta en día fríos de lluvia se quiere levantar y se quiere ir a fuera a tomar aire solo obviamente lo vas a recontra validar pero puede pasar que cuando está en la calle o afuera en lo que es el exterior le pueda agarrar un montón de cosas se pueda enfermar y ahí es donde se empieza a complicar el trabajo.

E: Ah te puedo preguntar referente a eso ¿Vos te involucras en alguna cuestión social ambiental?

E₁₄: En el domicilio en donde estoy yo en lo que es saneamiento ambiental están bien, no tienen residuos de aguas que se juntan mosquitos, el agua es potable es un domicilio en donde no tiene ese tipo de problemas si por ejemplo si me preguntas en el lugar donde trabajo yo no dejo que se acumule basura, mantengo la habitación adecuada para trabajar en condiciones limpias y ordenadas, en esas cosas si porque es tu unidad de trabajo vos tenés que mantenerlas limpias pasar lavandina desinfectar son todas digamos cosas que tenés que hacer por el trabajo para mantener limpio tu lugar de trabajo.

E: Refiérase a las debilidades y fortalezas de su práctica profesional en el domicilio.

E₁₄: La debilidad que solo me concentro en una patología hace que me encasille en ella y no pueda ver otro tipo de pacientes lo que me hace accionar siempre de la misma manera es todo muy rutinario esto. Al no tener un abanico de patología siempre es lo mismo ejemplo con mi paciente le doy la medicación por botón gástrico, aspiro secreciones, etc. si tuviera otro paciente como por ejemplo con una estoma aprendería a cambiar bolsa de colostomía. Por eso es acotado a la patología el paciente. Es todo muy rutinario.

Otra debilidad que a lo mejor tendría que prestar más atención, es porque a veces me confió de que mi valoración puede estar bien y a lo mejor termino olvidando algunas cosas que son importantes con respecto al paciente o en el lugar del trabajo ya sea por ejemplo calcular cuántos insumos vas a tener en el mes o en la semana o en la quincena ya que si trabajas en una empresa de internación domiciliaria vos tenés que hacer un pedido de todos los insumos que vas a utilizar en el mes y si calculas mal en definitiva el que va a estar más perjudicado es el paciente. La debilidad sería que a lo mejor soy un poco más distraído en cuanto a ese sentido.

Y como fortaleza esto de adquirir tu manera de hablar o comunicarte con el paciente y preguntarle sus necesidades con respecto a mi trabajo y como preferiría el que actué yo para que este de buen humor y que se sienta gratificante con mi trabajo.

También fortaleza en cuanto a lo personal es que soy una persona joven y me voy formando de acuerdo con mi experiencia no tengo mucha así que todo lo que pueda aprender esta bienvenido. Fortaleza sería en mi caso particular es que tengo mucha paciencia que esa es una tarea requerida para enfermería.

E: ¿Algún principal estereotipo sobre la profesión de enfermería?

E₁₄: No, no simplemente mi estereotipo sería seguir así como soy y tratar de siempre ser así de trabajar bien, humilde, empáticamente, tratar al paciente como corresponde no tratarlo como si fuese algo sino como si fuese alguien y seguir así en realidad tratar de hacer las cosas bien estereotipo no tengo ninguno pero si me gustaría seguir aprendiendo y en lo que es esta tarea que es súper humana.

Entrevista N°15 FC

E: ¿Cual es según su criterio la naturaleza y el contenido global de la internación domiciliaria?

E₁₅: [bueno...] buenos días para mí el servicio de internación domiciliario es muy similar a estar internado en una clínica o en un instituto con la diferencia de que es un servicio más personalizado hacia el paciente porque uno tiene un solo paciente y dedica todo su tiempo a ese paciente sumado que tiene la comodidad de estar en su hogar y con su propia familia que colabora con los enfermeros o personal de trabajo hacia ese paciente. Después creo que el trabajo es muy similar al de una clínica o instituto la diferencia que tenemos un solo paciente y que nos avocamos a brindar cuidados holísticos específicamente a ese paciente.

E: ¿Cómo es estar internado en la casa, como lo siente el sujeto de cuidado y su familia?

E₁₅: Creo que lo llevan de una mejor manera dado que el paciente esta con su propia familia y en su propio hogar, los cuidados son los mismos que una clínica, pero con el beneficio de estar todo el tiempo con sus seres queridos y en su hogar que es su entornó íntimo.

La familia siente que la internación domiciliaria le brinda el beneficio de tener al paciente continuamente con ellos, no hay horario de visitas, que es lo que rige en un instituto, en alguna clínica o en el mismo hospital, en casa no hay horarios es tenerlo a disposición de uno atendiéndolo a su manera, por eso el familiar le gusta tenerlo en la casa.

E: ¿Y cambia la dinámica a la familia al estar su familiar internado?

E₁₅: Y la dinámica al tener el paciente internado en su propio hogar creo que sí, que le cambia bastante, ya que la familia no se tiene que estar movilizándolo hacia otro lugar para visitar al paciente o para ver si su familiar necesita algo, para ver cómo estás en qué condiciones se encuentra, ya que los partes médicos los tiene en su propia casa, el enfermero que esté trabajando en el momento pasa el informe instantáneamente, cada cosa que se va haciendo el familiar puede verla, está presente en todo momento inclusive colaborar con el enfermero o con el profesional que esté trabajando en ese momento el kinesiólogo, sea la fonoaudióloga, sea el profesional que este el familiar puede ser partícipe de la práctica.

E: Refiérase al perfil profesional en la práctica y el rol enfermero en el servicio de internación

domiciliaria.

E₁₅: El rol que cumplimos es similar o igual al de una clínica dependiendo de la patología de cada paciente, todo depende de cómo este el paciente en el momento el estado de salud o de lo que el paciente necesité en su momento.

En el trabajo diario uno llega toma la guardia y observa al paciente, controla los signos vitales, va viendo lo que el paciente necesita , dependiendo de su patología y de la complejidad que tenga en ese momento, hay que evaluar lo que hay que hacer en el momento .Muchas veces se va para hacer una curación de escara y se observa que el paciente no está higienizado, y bueno uno por más que vaya a ser solo la escara por ahí tenés que higienizar al paciente primero o mismo cambiar una sonda vesical y te encuentras al paciente que esta incomodo en la cama, entonces hay que rotarlo primero eso va dependiendo de cada paciente.

E: ¿Y cómo son las prestaciones que cubrís en el paciente?

E₁₅: Yo hace muchos años que trabajo en Dar Salud y es según la prestación que necesite cada paciente he tenido la suerte de trabajar con muchos pacientes en los cuales algunos he hecho guardia de ocho horas y en otros he ido visitas de media hora o quince minutos dependiendo de la patología del paciente pero si me ha tocado estar guardias de ocho horas y también me ha tocado pacientes de ir media horita y por suerte encontrar al paciente en buen estado de salud así que no me llevo más tiempo que eso.

E: ¿Cómo elegiste la especialidad?

E₁₅: Yo me enteré por compañero míos que estudiaban conmigo y me presente y me tomaron. Yo no llegue a terminar mi carrera de enfermería soy auxiliar así que por ende no tengo la suerte de trabajar en un instituto o en una clínica. Esta es una buena forma de trabajar de lo que a mí me apasiona y poder brindarme hacia la persona.

E: ¿Cuál es el nivel de independencia que vos tenés en tu trabajo?

E₁₅: El nivel de independencia creo que varía mucho respecto al paciente que vos tengas por ejemplo yo cuando trabajaba turnos de ocho horas no tenía mucha independencia porque estaba ligado a un horario que tenía que cumplir como cualquier instituto pero en este momento estoy haciendo visitas máximas de una hora entonces te da otra independencia , te da tiempo de vos manejarte con el paciente en el horario que a él le conviene que a uno la conviene ir al hogar siempre y cuando eso no modifique la patología del paciente ni hacer un

mal mayor a él.

E: ¿Te brinda estabilidad laboral?

E₁₅: [eh...] y la estabilidad laboral es muy variante porque te puede tocar un tiempo que tenés muchos pacientes como también te puede tocar un tiempo que tenés pocos pacientes. Creó que la estabilidad laboral va más que nada en uno, en su forma de trabajar, en su forma de tomar las cosas con responsabilidad lo cual lleva que la empresa te dé más pacientes y siempre mantenerte en una línea económicamente bien.

E: ¿Tenes algún referente teórico de la espacialidad.

E₁₅: No referentes teóricos no.

E: ¿Cuál es el nivel de participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones?

E₁₅: Creo que el nivel de la toma de decisiones es muy importante ya que el enfermero es el que esta la mayor parte del tiempo con paciente, un kinesiólogo o un médico tal vez va una vez por semana o hay pacientes que va el kinesiólogo todos los días pero va un ratito y se va, el paciente pasa la mayor parte del día con el enfermero el cual tiene que tomar muchas decisiones porque si un paciente entra en una descompensación el primero que esta es el enfermero y el que tiene que tomar las determinaciones es el enfermero ya sea ,actuar con sus propios medios o comunicarse con el médico de cabecera pero el que está en ese momento es el enfermero.

E: ¿Alguna vez te paso en presenciar alguna situación en la que se te descompensó un sujeto de cuidado?

E₁₅: Si una vez llegue a un control domiciliario en el cual yo no era el enfermero de turno yo iba a ser la higiene, rotación, control de signos vitales , cuando llego al domicilio estaban queriendo vestir al paciente y la cuidadora de turno me informaba que el paciente quería vestir cuando le controlo los signos vitales el paciente estaba descompensado , estaba con veinte cuatro de presión, tenía cuarenta pulsaciones por minuto, la respiración era muy leve, el paciente se nos estaba yendo y yo tome la determinación de llevarlo rápidamente a la clínica. El paciente estuvo internado un tiempo y después pudo salir adelante.

E: ¿Y tienen alguna reunión en la cual ustedes se pasan las novedades de cómo está el sujeto de cuidado?

E₁₅: No, en muchos domicilios se manejan con planillas por el hecho de vas al domicilio y

te vas no llegas a ver a otro personal pero en domicilios que tiene enfermería veinte cuatro horas ahí si es un trabajo más en equipo el enfermero te pasa la guardia, te da un informe personal , como se encuentra el paciente, como paso la noche, pero generalmente nos manejamos con la planilla, en la planilla esta todo detallado de lo que se trabajó con el paciente, como son sus signos vitales, como estuvo el paciente, si vino el kinesiólogo a trabajar, si vino el medico a visitarlo se deja un informe bastante completo dentro de la planilla.

E: Ah bueno ya que estamos hablando refiérase al trabajo en equipo y sus incidencias

E₁₅: Yo creo que para dar una buena calidad a cualquier paciente se debe trabajar en equipo uno no puede trabajar solo porque no corresponde y no le hace bien al paciente uno tiene que tratar de tener una comunicación y un equipo de trabajo sólido para que el paciente salga adelante brindándole una mejor calidad de vida. Si uno como enfermero decide trabajar y no le aviso a nadie, las novedades o lo que le realice estoy perjudicando al paciente yo necesito trabajar en equipo ya sea con el Kinesiólogo, con la misma familia hay que estar unidos con todos. Pero en la práctica encontramos que es muy individualista el trabajo por más que haya comunicación no se trabaja en equipo en forma óptima.

E: ¿Cual es según su criterio los motivos de posibles crisis?

E₁₅: [y...] con respecto a lo que es internación domiciliaria como habíamos dicho antes si bien tiene muchos beneficios por el hecho de que el paciente está en su hogar, esta con su propia familia pero eso a veces trae conflictos hacia el enfermero, hacia el kinesiólogo, hacia el medico porque muchas veces la familia cree saber mucho más que el enfermero o que el kinesiólogo cuando en realidad no es así por ejemplo ven que estás haciendo algo que vos lo haces de una determinada manera porque sabes que es la correcta que es lo mejor para el paciente pero el familiar cree que se hace de otra manera y que está en su derecho de hacerlo de otra manera cuando no es así uno tiene que dejar trabajar al profesional como corresponde también a veces es difícil porque llegas al domicilio y hay conflictos interno en la familia que muchas veces afecta al paciente .

E: ¿Por ejemplo hay alguno conflicto que has visto?

E₁₅: Si por ejemplo me tocó trabajar en un domicilio el cual era una niña de aproximadamente seis años ahí trabaje mucho tiempo, los padres eran adictos a la cocaína, entonces en muchas oportunidades nos encontrábamos en circunstancias bastantes feas en las cuales teníamos que

ser muy unidos los enfermeros para sacar a esa paciente adelante y estar abocados a ella tratar de aislarnos de los conflictos que había en la familia. Esta familia estaba formada por mama, papa, una hermana mayor y la paciente, si bien el enfermero va a abocarse a la paciente es inevitable tratar de ayudar a la otra hermana porque también era pequeña yo me acuerdo de que la ayudaba a la nena con las tareas de la escuela y colaboraba también con ella.

E: ¿Y has tenido algún conflicto con algún familiar?

E₁₅: No, por suerte gracias a dios, nunca tuve conflictos con ningún familiar siempre cordialmente uno trata de dejar en claro los puntos de vista entendiendo al familiar y su postura viven un momento de crisis ya que tiene a un familiar con una patología complicada así que siempre trate de ser objetivo y comprender al familiar.

E: ¿Te comprometes con tu trabajo?

E₁₅: Creo que el grado de compromiso es bastante alto yo trato de estar siempre comprometido con el paciente porque creo que el paciente depende mucho de nosotros entonces si uno no tiene un alto nivel de compromiso no podría dedicarse a esto porque si yo no estoy comprometido con lo que hago no le sirve al paciente.

E: ¿Algún aspecto gratificante y desagradable de la tarea?

E₁₅: Gratificante he tenido varios ya que en muchas veces me ha pasado de tener que ir a cubrir vacaciones o de ir a cubrir remplazos a domicilios y creo que he dejado al paciente en una mejor calidad inclusive muchos pacientes me han pedido que vuelva que este con ellos eso creo que es gratificante para mí y creo que es bastante positivo. Me paso que un paciente que estaba postrado con muchas escaras muy mal higienizado y estuve cubriendo más de un mes una licencia , el paciente dormía en una cama muy precaria , le conseguí un colchón anti escaras, le conseguí una cama ortopédica, vivía en un ambiente muy sucio, logre conseguir a alguien para que le limpie la casa creo que le di una mejor calidad de vida a ese paciente cuando entregue el domicilio entregue al paciente sin escaras yo lo recibí con cinco escaras lo higienizaba todos los días cuando a él lo higienizaban una vez por semana y con suerte así que eso fue gratificante.

Y como parte desagradable bueno me toco una paciente que iba de visita, las visitas se llaman cuando tenés que ir a hacer algo específico y era una señora mayor creo que yo la adopte como una abuela, fue feo en el momento que perdió la internación domiciliaria y yo tuve que dejar de ir si bien a veces estaba cerca del domicilio pasaba igual por cuenta propia pero

poco tiempo después de perder la atención domiciliaria se descompensó y la tuvieron que internar a lo cual fui a verla a la clínica como visita y al poco tiempo falleció eso para mí fue duro yo creo que cuando estaba con la atención domiciliaria iba a verla todos los días ella estaba bien nos hacíamos chistes mutuamente creo que tenía una buena calidad de vida.

E: Eso me da pie para hacerte una pregunta ¿El vínculo con los sujetos de cuidados son todos iguales?, ¿hay algunos con los cuales vos te involucras más?

E₁₅: No son todos iguales, el vínculo con el paciente depende de cada persona, uno siempre va predispuesto a brindar lo mejor siempre hay que ver lo que te permite el paciente. Yo tenía un paciente que eran visitas también y era un hombre mayor, era un hombre muy renegado más de una vez hemos discutido siempre con respeto, pero el vínculo se formaba de esa forma creo que esa era su forma de ser y había que saber llevarlo, pero el vínculo se genera.

E: ¿Los aspectos económicos y sociales de la familia repercuten en los cuidados a brindar al sujeto de cuidados?

E₁₅: No, los cuidados que uno va a presta deben ser los mismos uno va con la misma predisposición a un paciente con nivel adquisitivo alto como va a un paciente con nivel adquisitivo bajo me ha tocado estar en las dos puntas me ha tocado tener paciente con un nivel adquisitivo muy alto y me ha tocado tener paciente con un nivel adquisitivo muy bajo y uno trata de dar todo lo que tiene en los dos aspectos siempre tenés ciertas cosas que te limitan, como decía antes cuando atendía a el paciente postrado su nivel adquisitivo era muy bajo era muy precario todo pero con un poco de voluntad y esfuerzo se consiguen cosas. En la empresa en la cual yo trabajo a este paciente le conseguimos la cama ortopédica, le conseguimos el colchón anti escaras, los materiales de trabajo se consiguen para los pacientes así que creo que eso influye si, pero uno tiene que estar dispuesto a los dos extremos y dar lo mejor.

E: ¿Alguna debilidad y fortaleza en la práctica profesional?

E₁₅: Creo que la debilidad es cuando sobrepasa las cosas que uno tiene a su alcance hay momentos en que uno no puede hacer más y no ve avance en el paciente creo que esa es una debilidad. Y creo que la fortaleza está en tratar de seguir siempre adelante.

E: ¿Algún estereotipo profesional de enfermería que tengas o una persona que vos sigas en la práctica porque te marco para tu ejercicio?

E₁₅: Si yo tuve un profesor que fue el que me dio las clases de auxiliar de enfermería y creo

que me baso mucho en lo que él me enseñó y como es el como profesional siempre tomándose todo con mucha responsabilidad y mucha disponibilidad.

E: Y no sé si alguna vez trabajaste en hospital o las prácticas en la facultad ¿Encontrás alguna diferencia entre el servicio de internación domiciliaria y el hospital?

E15: [eh...] el servicio que uno presta es más o menos el mismo pero creo que el paciente está mucho más tranquilo en su casa en su hogar que en la clínica o en un hospital a mí me tocó estar en un hospital y el paciente está pendiente todo el tiempo de que a qué hora llegan las visitas, de quien viene a visitarlo de quien no viene a visitarlo eso en un domicilio no pasa por que el paciente está todo el tiempo rodeado de su familia eso creo que es algo positivo. Algo negativo tal vez sea que si el paciente sufre una descompensación o algo que traspasé nuestro alcance lleva una pérdida de tiempo llegar hasta el hospital que lo veo un médico y demás en cambio en un hospital lo ve el medico enseguida.

E: ¿Sentís que en la internación domiciliaria te aboca más al cuidado específico del sujeto de atención?

E15: Exacto uno en el domicilio está abocado solamente a ese paciente sea a una guardia de ocho horas o sea una visita de treinta minutos son esos treinta minutos para el paciente exclusivos para ese paciente o esas ocho horas exclusivas para ese paciente. En el hospital puede ocurrir que uno puede estar tomando los signos vitales y se descompensa un paciente y tiene que dejar lo que está haciendo con ese paciente para ir a atender a otro entonces no está abocado solamente a un solo paciente.

E: Y con respecto a la independencia ¿Tuviste alguna experiencia que te diera una franja grande de independencia?

E15: Si cuando hablamos de independencia a mí me tocó con una paciente que se fue a vivir a Rosario desde [REDACTED] le siguieron brindando el servicio así que me tocó ir como supervisor y coordinador de esa paciente. A que llamamos coordinador- supervisor yo tenía que conseguir todo el equipo de trabajo, tenía que conseguir el médico de cabecera, tenía que conseguir los enfermeros para cubrir guardias de ocho horas por que la paciente tenía enfermería las veinticuatro horas, tenía kinesiólogo todos los días y en ese caso no tenía mucha independencia porque tenía que estar en otra ciudad alejado de mi familia y estaba todo el tiempo dedicado a esa paciente tratando de conseguir equipo de trabajo, reuniéndome con los médicos de la ciudad para ver quién podía cuidar a la nena, cuál era el presupuesto

que me pasaban, el presupuesto de la empresa , lo mismo con los kinesiólogos y tratando de buscar enfermeros que puedan dedicarse a las guardias con la paciente.

E: Pero ¿cómo tuvo que ir a trabajar a Rosario?

E₁₅: Yo tenía mi paciente acá en Mar del Plata y ella por cuestiones familiares se fue a vivir a Rosario y como el servicio de ■■■ era bueno ellos decidieron que querían mantenerlo desde ■■■ aceptaron la propuesta así que había que armar todo el equipo de trabajo para esa paciente en Rosario en un principio fui solo sin la familia para ir tratando de armar el equipo de trabajo para cuando la paciente llegara, en ese momento conseguí un médico de cabecera era reconocido como uno de los mejores de la ciudad y un equipo de kinesiólogos ,me costó mucho conseguir equipo de enfermería así que el primer tiempo yo estaba prácticamente viviendo con la familia aparte de conseguir todo lo que la paciente necesitaba hacía de enfermero en ese momento ya que no había servicio de internación domiciliaria con enfermeros allá . Mi independencia como decía era muy poca así que también tenía que encargarme de que lleguen los insumos, de que lleguen los materiales que la paciente necesitaba, de que llegue la medicación, tenía que encargarme absolutamente de todo, tenía que reunirme con los médicos de cabecera, con el kinesiólogo así que la independencia era muy poca allá, pero saco algo positivo para mí porque fue algo gratificante por qué de la empresa me tuvieron en cuenta para hacerme cargo del trabajo.

E: ¿Cuánto tiempo duro ese trabajo?

E₁₅: Duro aproximadamente un año podríamos decir al principio lo que fue difícil fue un mes o dos meses que yo vivía ahí después ya viajaba una o dos veces por meses a dejarle los insumos a los enfermeros, a ver si necesitaban algo, a traerme las planillas de informes, a reunirme con el médico de cabecera para ver el estado de salud de la paciente, a ver a los familiares si necesitaban algo, inclusive como hablamos que uno se mete en la familia sin querer porque era parte de la familia inclusive le he hecho tramites estando en Rosario yo viajaba a Mar del Plata y le hacía tramites que ellos necesitaban. Es el día de hoy que sigo teniendo trato con ellos, aunque ellos con el correr del tiempo dejaron de estar en la empresa por distintos motivos de índole personal, inclusive fue el cumpleaños de quince de una de las hijas y fui invitado a ir a Rosario creo que mi trabajo lo cumplí de buena manera.

E: Que bueno... ¿Una experiencia distinta?

E₁₅: Sí, sin lugar a duda una experiencia distinta y con mucha responsabilidad porque era un

paciente complejo ya que sufrió un accidente y quedo discapacitada, tenía un botón gástrico, tenía una traqueotomía, ella no tenía habla, solo gesticulaba, no tiene movilidad tampoco. Un paciente muy complejo que necesitaba mucha atención y la verdad que fue gratificante poder armarle su equipo de trabajo.

Entrevista N°16 JE.

E: ¿Cuál es según su criterio la naturaleza y el contenido global del servicio de internación domiciliaria?

E₁₆: El servicio de internación domiciliaria está compuesto por enfermeros, kinesiólogos y médicos que realizan prestaciones de salud a distintos pacientes que necesitan esas prestaciones por la situación de salud que presentan en ese momento. En el caso de enfermería consiste en cuidados que se brindan en cambios de turno de ocho horas cada uno en el cual en mi caso cuidamos a un paciente pediátrico cumplimos el rol de enfermeras, somos tres. Este paciente está internado en su casa con su familia y el rol que cumplimos es cuidarlo de manera integral, hacer cuidados de higiene, medicación, control de signos vitales donde solo se hace cuidados de enfermería y el médico asiste al control del pediátrico.

E: ¿Entonces ustedes lo que hacen en la internación es una guardia completa de veinticuatro horas y en ella brindan los cuidados básicos de enfermería?

E₁₆: Sí totalmente.

E: ¿La familia cómo ve al sujeto de cuidado internado en domicilio? ¿Le es un problema?

¿Le es mejor estar en la casa por su entorno?

E₁₆: A la familia le es mejor estar en la casa y también a veces lo complejo de esto es que a veces la familia se olvida del paciente internado, se olvida del rol de enfermería y hace también que hagamos un rol de cuidador completo de niño porque sé entrega completamente a la enfermera y a veces tenemos que bañarlo, si bien es un rol de nosotros el paciente también requiere del cuidado de su madre porque es un paciente pediátrico de un año y si la enfermera suple todo el tiempo no deja que los padres estén con la criatura porque nosotras la dormimos, le damos de comer, la bañamos entonces pierde el contacto con sus padres.

E: ¿Por qué requería el servicio de internación el sujeto de atención? ¿Qué enfermedad tenía?

E₁₆: La paciente tiene un EPOC crónico con una bronquitis crónica posee oxigenoterapia y tiene botón gástrico por el cual se alimenta. Pero en realidad es una paciente que es bastante independiente si bien no camina entiende todo y sus padres podrían estar con ella, pero son padres muy jóvenes que tiene quince años los dos. Este es el problema, el ámbito social hace que quede más el rol de enfermería como cuidador más que enfermería, entonces terminamos cumpliendo todos los roles de padres, de enfermeros, de cuidadores, de todo.

E: Y en el servicio de internación ¿Con que profesionales cuenta?

E₁₆: Nosotros brindamos enfermería todos los días, kinesiólogo una vez por semana va a la casa y al médico ellos lo llevan al control que se hace en el Materno Infantil cuando los necesita. En caso de urgencia viene la ambulancia y contamos con un supervisor de enfermería que viene por cualquier urgencia. El cuidado es completamente de enfermería, en cualquier urgencia se llama al médico, pero el cuidado es completamente de enfermería. La medicación la administramos nosotros, la leche la administramos nosotros, es un cuidado las veinticuatro horas.

E: ¿Cómo elegiste la especialidad?

E₁₆: [eh...] La especialidad la elegí porque siempre me gusto la profesión, al principio la trabaje siendo estudiantes, ahora siendo enfermera también me gusta esto del cuidar, igual no hay nadie en mi familia que sea enfermero ni medico; a mí me gusta.

E: ¿Y vos lo hiciste en un momento como una salida para una estabilidad económica?

E₁₆: Yo quería estudiar y lo hablé con mi familia estuvieron de acuerdo me apoyaron empecé a estudiar y al segundo año de estar estudiando empecé a trabajar si ser enfermera profesional

en esta empresa.

E: ¿El nivel de independencia en el servicio de internación cómo es?

E₁₆: Es totalmente bueno si bien a veces tenés la presión de los padres por ejemplo con la medicación, o al momento de hacer dormir a la bebe a veces sentís presión de los padres pero la presión de ellos es cuando sentís que le conviene como cuando estas lejos de la nena y le pasa algo ahí te das cuenta que la culpa es de la enfermera y de repente quizás los padres no se dieron cuenta que fuman dentro de la casa o la casa no está en condiciones de higiene y cuando la nena sufre una crisis la culpa es de la enfermera los cuidados no son valorados, creo que ellos tendrían que tomar más responsabilidad en su tareas criando a su hija.

E: ¿Entonces los aspectos socioeconómicos y socio ambientales influyen en este caso?

E₁₆: Todos los aspectos, el rol que cumplimos es totalmente amplio por que cumplimos el rol de cuidador, somos un equipo de tres personas y a veces hasta ayudamos con la higiene de la casa para cuidar al bebe completamente. Tratamos de cuidar su entorno, limpiar su habitación que no nos corresponde y lo hacemos para cuidar al bebe.

E: ¿Y la independencia con los horarios, tenés algún franco?

E₁₆: Tenemos un franco por semana fijo, y una franquera que nos cubre los francos.

E: ¿Y estar en el servicio de internación te da estabilidad laboral?

E₁₆: [eh...] Si, por el momento sí. En realidad las compañeras que se fueron lo hicieron por incomodidad, por sentirse presionadas por el mismo trabajo esa incomodidad de que por ejemplo por ser muy jóvenes los padres se ven situaciones que no gustan entonces eso hace que las compañeras se hallan retirado del servicio. Pero a uno por parte de la empresa le da estabilidad laboral.

E: ¿De dónde provienen los referentes teóricos?

E₁₆: No, no tengo ningún referente, aunque la catedra me ayudo con conocimientos fundamentales.

E: ¿Cuál es el nivel de participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones?

E₁₆: Y si bien cada uno cumple un turno nos comunicamos bastante entre nosotras para tomar decisiones. Enfermería tiene toma de decisiones con la consulta del médico, pero hay mucha libertad.

E: ¿Tiene alguna reunión en el servicio de internación?

E16: Cuando surge un inconveniente tenemos una reunión, cuando ha surgido inconveniente con los padres hemos tenido reunión con el supervisor todos los enfermeros de turno los padres donde se han planteado los inconvenientes surgidos, entonces ahí es cuando se alcanza un buen nivel de comunicación y hace que las cosas sean más tranquilas. El nivel que tenemos con nuestros compañeros es muy bueno nos llevamos muy bien todos los turnos. Al ser tan pocos profesionales tres hace que nos llevemos bien.

E: ¿Cómo esa la relación con el kinesiólogo?

E16: Y con el kinesiólogo yo estoy en el turno de la noche mucho contacto no tengo, la que lo ve es la chica de la mañana que también tiene muy buena comunicación.

E: ¿Y con el medico cómo es? ¿El médico vine una vez por semana, cada quince días?

E16: Van ellos al control en donde consultan al médico. El médico se llama solamente para una urgencia. La nena está estable si hay una urgencia se la lleva al materno. El medico se lo llamo en un caso de urgencia que gracias a dios con ella no hemos tenido.

E: ¿Ella estuvo internada alguna vez un hospital?

E16: Si estuvo mucho tiempo internada por la bronquitis crónica se le hizo un EPOC estuvo meses internada.

E: ¿Vos la conocías en ese momento?

E16: Nosotros entramos a trabajar cuando ella tuvo la internación domiciliaria, cuando ya estaba afuera.

E: ¿Y los padres que te decían en que le diferenciaban la internación hospitalaria con la internación domiciliaria?

E16: Yo entré a trabajar luego de que se fueron otras enfermeras la nena ya tenía meses de intención domiciliaria. Pero ya era la tercera internación de la nena, están acostumbrados a esto, que la nena está internada, que esté enferma.

E: ¿Pero prefieren internarse en la casa?

E16: Si porque tiene mayor comodidad y también la nena tiene una gemela entonces prefieren que este en la casa.

E: ¿Es sana la gemela?

E16: No, en realidad la gemela se enfermó contagio a esta nena y así es como cayo internada ella y quedo enferma ya que no tiene la suficiente calefacción en la casa, la suficiente higiene y eso también ayuda a que se enferme. Los factores ambientales fueron los que propiciaron

la enfermedad

E: Refiérase al trabajo en equipo y sus incidencias.

E₁₆: Si hay muy buen equipo con los tres turnos, hay muy buen equipo. Los tres turnos nos organizamos si vemos algo que no estamos de acuerdo lo hablamos, si vemos que algo en la nena no está bien nos mandamos mensajes, los pases de guardia son muy buenos dejamos todo anotado. Es más cuando estamos dentro de nuestro horario laboral si hay algo que vemos mal en Jazmín lo comunicamos con la próxima guardia o con la guardia anterior hay muy buen equipo. Pero con el kinesiólogo y con el médico menos que menos hay contacto se trabaja muy independiente lamentablemente. Entré los enfermeros si hay trabajo en equipo.

E: ¿Cual es según tu criterio los motivos de posibles crisis personales o con el sujeto de cuidado?

E₁₆: Y la crisis se da en el entorno del trabajo, el ámbito personal de la familia es lo que me cuesta adaptarme como vive la familia, es la crisis que no logramos entender como teniendo una nena tan chiquita y que por más que vos eduques no cambian su actitud es lo que te dan a veces ganas de retirarte del trabajo.

E: Y los abuelos de la nena ¿Que opinan de la educación que le brindan los padres a la nena?

E₁₆: A los abuelos de la nena nunca los he visto en la casa sé que no tiene mucha relación con ellos.

E: ¿Y alguna crisis que hayas tenido con la familia?

E₁₆: Si quizás cuando la nena ya de noche ellos han desconfiado del cuidado de uno de porque la nena llora, que le hiciste que te dan ganas de tirar el trabajo uno hace todo lo que puede y ellos piensan cosas que no tienen que pensar, pero eso es lo más triste del trabajo que no hay cambio de actitud del otro lado.

E: ¿Y el grado de compromiso en el trabajo vos como te brindas?

E₁₆: A veces demasiado.

E: ¿Por qué?

E₁₆: Porque uno tratar de hacer lo mejor posible para que el entorno, la familia y el paciente este bien y uno a veces se lleva los problemas a la casa que no corresponde, porque uno tiene que solucionarlos en el trabajo y no llevárselos a la casa

E: ¿Vos tenés hijos que te hacer pensar?

E₁₆: Si, uno tiene hijos y pensás en esas cosas, lo ves injusto, te pone mal.

E: ¿Y asistente social tienen?

E₁₆: Si, asistente social ellos tienen, algunos cambios de actitudes en las reuniones hubo por eso me he quedado en el trabajo, pero muchos cambios no hay.

E: ¿Algún aspecto gratificante y desagradable de la tarea que encuentres?

E₁₆: Gratificante el ver a la nena que día a día evoluciona bien gracias al trabajo que hacemos en equipo. Y desagradable es lo que te decía recién el tratar de modificar algunas cosas del entorno que no se pueden modificar o que se pueden modificar de a poco, pero hay que luchar con todo el equipo de trabajo para que se modifiquen por parte de los padres.

E: ¿Existe alguna forma de involucramiento en cuestiones sociales y ambientales?

E₁₆: No le damos material, pero si le decimos que debido a la enfermedad de la nena no se puede fumar dentro de la casa, que hay que tratar de mantener el ambiente limpio de barrer, de limpiar los pisos, que la otra nena no tiene que andar todo el día descalza que puede enfermar y enfermar a la otra nena. Con todas esas acciones uno trata de mejorar la salud de la bebé. Son todas acciones de prevención.

E: ¿Alguna debilidad y fortaleza en tu formación académica como enfermera? ¿En el servicio de internación?

E₁₆: Y durante la formación la debilidad es que nadie te enseña a afrontar estas cosas, como ver la realidad. Fortaleza que gracias a la formación que uno adquiere en las practicas también te ayuda a ver cosas dela realidad.

Debilidad en el servicio de atención si también igual que nadie te enseña a afrontar la realidad. Y la fortaleza que la vas adquiriendo de a poco con tu misma experiencia.

E: ¿Algún estereotipo de enfermería que vos veas como referente?

E₁₆: No, en internación creo que no.

E: Vos has trabajado en el hospital ¿Qué diferencia encontrás con el servicio de internación domiciliaria?

E₁₆: Si, trabaje en el hospital, en el hospital es totalmente distinto vos no tenés un paciente son muchos pacientes y son responsabilidades totalmente diferentes, los tiempos son totalmente diferentes. En el domicilio contas con un paciente en el hospital tenés veinte pacientes donde trabajar y no podés dedicarle tiempo a la familia, ves cosas que no ves en la internación domiciliaria. En el domicilio con enfermería hay trabajo en equipo en el hospital no hay trabajo en equipo completo porque no podes conciliar con todos hay tres turnos y se

manejan de formas distintas los tres turnos, creo que el día que todos nos llevemos bien es el día en que enfermería va a cambiar ese es el problema más grande de enfermería que no crece por que no nos apoyamos entre nosotros por eso no tengo ningún estereotipo de enfermería porque no veo que nadie se apoye siempre es tirarle tierra al compañero y no apoyarlo.

E: En el servicio de internación domiciliaria vos ¿Cómo realizas los cuidados al sujeto de cuidado?

E₁₆: Son cuidados integrales nosotros higienizamos, controlamos los signos vitales, medicamos, hacemos todo. La diferencia que en el domicilio es un solo paciente y en el hospital veinte en la misma cantidad de tiempo.

E: ¿La familia en el hospital como la observas con diferencia en el domicilio?

E₁₆: En el domicilio tenés más presión por que estas más vigilado, más controlado en todo y tenés más contención si te llevas bien con la familia. Aunque en el hospital cuando hay pacientes que están internados mucho tiempo también tenés una relación muy hermosa por que estando tantas horas con la familia y el paciente terminas siendo amigo de la familia.

E: ¿A la familia y al sujeto de cuidado vos pensás que le gusta estar en el hospital?

E₁₆: No a nadie le gusta estar en el hospital. Prefieren estar en su casa porque en el hospital pierden toda su privacidad, pierden el derecho de ver al paciente a la hora que ellos quieren, su intimidad, pierden todo.

E: La diferencia en la internación en el domicilio que no tenés el medico como en el hospital ¿Cómo lo tomas?

E₁₆: Si es muy parecido si bien no tuve una descompensación en el domicilio, pero sé que estoy sola porque no tengo al médico en el hospital lo tengo pero a veces no vienen así que es muy parecido para mí.

E: ¿El paciente en el domicilio está tranquilo porque esta con su entorno? ¿En el hospital se siente igual?

E₁₆: En el hospital depende de donde este internado si es en una sala común o una compartida o en un sector más complejo de área cerrada pierde todo su entorno, su privacidad yo creo que no es agradable estar en un hospital si algún día capaz que no saben en dónde están, si es de día o es de noche, pierden noción del tiempo, no pueden mirar tele. Creo que la internación domiciliaria es totalmente distinta al hospital en internación domiciliaria están en su casa, en su ámbito, todos quisiéramos morir en nuestra casa, con nuestra familia y no morir

delante de alguien que no conocemos esa es la gran diferencia.

E: ¿Cuándo vos vas a la casa como te sentís realizando tu tarea? ¿Y cómo te sentís en el hospital haciendo una guardia?

E₁₆: En su casa es mucho más íntimo estas entrando en su ámbito, en su ambiente, estás irrumpiendo una familia a mí me pasa trabajando de noche donde de noches ellos se acostaban a dormir y yo me quedaba trabajando y pensaba ellos quieren dormir estar tranquilos y uno está ahí interrumpiendo es como que irrumpís su parte íntima. Y en el hospital es al revés vos estás en tu ámbito laboral.

E: ¿Cómo es diariamente ir a la casa?

E₁₆: Y es complicado yo creo que el turno noche no es tan complicado como el de la tarde y la mañana el turno tarde tiene que vivir el ritmo de la familia. Es como estar dentro de la vida cotidiana de la familia todo el tiempo ser un integrante más. Y si sos bien recibido esta bien, pero si, no podés estar.

E: ¿Va en la persona o en lo profesional?

E₁₆: Por experiencia propia a mí me paso que mi compañera de la tarde no caía muy bien con la familia y le costaba muchísimo ir a trabajar porque no se adaptaba, era una persona joven y la familia era joven a veces cuando son dos jóvenes y no hay filin a veces cuesta adaptarse. En el hospital vos tenés un montón de pacientes no vas con una persona específica siempre.

E: ¿Vos en que ámbito te sentís mejor?

E₁₆: Depende de donde estás trabajando, internación domiciliaria me gusta mucho y el hospital también me gusta mucho. Pero siempre es importante trabajar, pero con la gente que trabaja. Gracias a dios me llevo bien con mis compañeros y puedo trabajar bien.

Entrevista N 17 LL.

E: ¿Cual es según su criterio la naturaleza y el contenido global de la internación domiciliaria?

E₁₇: Bueno específicamente nosotros nos basamos en visitas domiciliarias que son guiadas por un protocolo de atención domiciliaria que es bajado de ■■■ como obra social que paga las

capitas de los pacientes, en donde se los llama módulos de rehabilitación , que consta de atención de enfermería, atención de médico, kinesiólogo y terapeuta ocupacional, aparte de los módulos estos que son específicamente visitas diarias que dependen la calidad y estado general del paciente , el tiempo que dedique la visita, en donde se constata a diario son los controles de signos vitales, realizamos antibióticos , analgesia y tratamientos para cuidados paliativos a domicilios o también específicamente lo que llamamos prestaciones aisladas que son procedimientos como colocación y cambio de sondas vesicales o sondas nasogástricas en donde eso se hace de manera acordada cada dos meses , pero el paciente no se lo visita a diario y no se tiene un registro exhaustivo del estado general del paciente.

E: Refiérase usted a la especialidad y perfil de su praxis profesional.

E17: En realidad la enfermera de atención domiciliaria es bastante dinámico el trabajo en el sentido que tenemos que estar constantemente nosotras, vamos a domicilio solas sin médico y no tenemos un médico que evalúe a diario al paciente, como lo hacemos nosotras entonces tenemos que estar un poco más al tanto de los signos y síntomas que pueda presentar el paciente o de los cambios en el estado general tanto del paciente como también estar alerta de lo que la familia refiere que nota de cambios en el estado general del paciente, es decir, es bastante no sé si compleja es la palabra pero mucho más específicas las observaciones que se hacen en domicilio en diferencia a por ahí otros tipos de cuidados en donde uno lo que no observa uno tiene la posibilidad de observar el otro , acá no se puede.

E: ¿Cuál considera usted sea el rol de la teoría en su praxis?

E17: En realidad es un rol muy social. El rol que nosotros cumplimos más allá de las practicas enfermeras específicas que podemos realizar como cambio de sonda, como la suministración de una medicación, también cumplimos un rol muy de contención psicológica, porque somos la persona que vamos todos los días a la casa, somos la persona que de alguna manera si se puede se llega al paciente y en donde ellos brindan un poco de confianza inclusive cumplimos un rol de servicio social porque nosotros somos las que vemos alguna alteración dentro de la interacción de lo que es el ámbito familiar o el ámbito social donde se desarrolla porque muchos pacientes también están institucionalizados, pueden ser geriátricos pueden ser neuropsiquiátricos o pueden ser que vivan solos y eso es lo que nosotros informamos por ejemplo al asistente social de las alteraciones que vemos, es un rol mucho más allá de la perspectiva biologicista que se puede tener de una práctica específica sobre la persona y nada

más, es una perspectiva más holística, abarcando mente, cuerpo y alma.

E: ¿Cómo elegiste la especialidad?

E₁₇: En realidad yo no la elegí. Yo trabajaba en un servicio, cuando pedí el cambio de servicio a otro no me lo pudieron dar y me dieron la opción de ir acá y de probar, estaba un poco estresada de la internación y al principio me costó bastante porque la perspectiva por ahí de internación de la práctica específica de enfermera de realizar una práctica como subministrar un antibiótico, como dedicarle tiempo a los controles de signos vitales o una colocación de sonda, no es lo único que se hace en domicilio. Uno tiene mucho más tiempo de interacción con el paciente y tiene que poder desempeñar mucho más sus criterios en todos sentidos para evaluar los signos y síntomas que puede presentar el paciente de lo biológico, patológico hasta para poder evaluar un estado de ánimo y poder tener una conversación adecuada dependiendo de qué es lo que le paso y que él tenga la confianza de poder decirte si hay algún problema.

E: ¿Estas dentro de la especialidad con un nivel de independencia?

E₁₇: Nosotros específicamente vamos solas al domicilio en muy pocas oportunidades puede darse una visita conjunta de médico y enfermera y que en caso de que eso se de en una persona determinada se va a dar una sola vez y nada más, no es que cada vez que vamos a esa persona va a ir un médico y una enfermera, nosotras a los domicilios vamos solas, somos lo que le realizamos la evaluación y si es necesario y consideramos que algo lo amerita, podemos hacer una consulta con el medico de servicio pero el médico no va todos los días, así que lo que nosotros decimos, lo que nosotros observamos aparte de ser minuciosos, es tomado por el medico porque es la única manera que ellos tienen una evaluación de cómo se modifica el estado del paciente si es que hay una modificación.

E: ¿Te genera una estabilidad laboral?

E₁₇: Nosotros en particular en ... la estabilidad laboral la tenemos por qué si bien trabajamos con pacientes capitados desde ... nosotros estamos contratados por el hospital, no es ... el que nos contrata entonces somos personal efectivo del Hospital de Comunidad lo cual si en caso de que la cantidad de capitados de ... baja la cantidad de pacientes son menos y las enfermeras somos más de las que la necesitan la cantidad el hospital dispone del personal para que puedan cubrir otro servicio como puede ser una internación o ir a un consultorio o ir a donde ellos necesiten en ese momento.

E: ¿De dónde provienen los referentes teóricos de la especialidad?

E₁₇: En realidad el contexto digamos de atención domiciliaria y el análisis que tuvo desde un principio el servicio de lo que yo indague con los jefes que son los que más tiempo tienen está diseñado y esta bajado de un protocolo de instituciones españolas que son los primeros y los que en un principio instalaron Hospis para cuidados paliativos que los primeros que fueron son en Europa y después se bajó un plan para América e América latina, que en realidad lleva muy pocos años comparado con lo que es el de Europa pero el prototipo de atención domiciliaria es ese, no se llegó a instaurar ni tiene la modalidad específica que tienen en el primer mundo pero la idea era tratar de copiarlos por ende el tema de atención domiciliaria en un principio surgió con el tema de los cuidados paliativos y que el paciente terminal pueda estar sus últimos días en su casa y rodeados de sus cosas conocidas y sus seres queridos y no muriendo en una institución. Después de ahí con el tiempo como que se fue evaluando y se fue viendo que se podían realizar muchas otras cosas sin la necesidad de que el paciente este institucionalizado con los riesgos que eso conlleva.

E: ¿Y los referentes teóricos tuyos?

E₁₇: En realidad si hablamos específicamente de cuidados en domicilio nosotros cuando entramos al servicio nos dan un manual de lo que es atención domiciliaria, de cómo se modifica principalmente el tema del dialogo, la empatía hacia el paciente y cómo manejarnos en domicilio y es la atención en domicilio por que tiene un perfil muy distinto de lo que es la atención de otro servicio y toda esa bibliografía es sacada de España específicamente nosotros no tenemos bibliografía propia y los teorizadores que usan también son de allá o sea impartir el cuidado desde la perspectiva del individuo y hacer participar a la familia principalmente eso que la familia o que el entorno sea quien cuide de esa persona, nosotros le enseñamos a que ellos aprendan a cuidar de sí mismo y que la familia cuide de ellos.

E: ¿Cuál es el nivel de participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones?

E₁₇: Obviamente que nosotros ante determinadas decisiones tenemos que tener una comunicación con el médico y avisamos o damos nuestra perspectiva del estado general que se puede llevar a cabo, pero tenemos un nivel de toma de decisiones bastante independiente si nosotros llegamos a un domicilio y vemos que una persona esta descompensada no necesitamos necesariamente la autorización de un médico para derivarlo a una guardia o en

determinados casos como cuando los pacientes se tratan con medicación a domicilio que instaurado desde antes de ir al domicilio del paciente y con una evaluación general previa del médico, que medicaciones se pueden tener como opciones de rescate para que a la persona no se la tenga que estar derivando a la guardia, porque la idea es que este lo más confortable posible dentro de su casa y que si se puedan tomar decisiones en el domicilio para que esta persona no tenga que modificar todo su rutina en cuanto a un tratamiento específico.

E: Refiérase al alcance del trabajo en equipo y sus incumbencias

E₁₇: Nosotros trabajamos en equipo, como por ejemplo en el caso de los módulos, nosotros tenemos una evaluación del paciente la cual también tiene una evaluación el médicos que son uno o dos visitas las que hace mensuales , pero con la evaluación que hacemos nosotros los médicos pueden determinar la necesidad de uno u otro tratamiento, los cuales nosotros también podemos proponer y también tenemos cierto grado de comunicación con los kinesiólogos que son los que lo visitan dos o tres veces por semana y que si ellos ven alguna modificación también nos dicen que modificaciones notan, puede ser con respeto al dolor, al estado general, a variaciones en los signos vitales que ellos observen y hay determinado nivel de comunicación a pesar de que no tenemos un seguimiento diario de todos los profesionales si hay cierto grado de comunicación. Si con lo que contamos en el servicio es con un teléfono celular con el cual nosotros podemos comunicarnos tanto con los médicos, como con otra compañera, con nuestra jefa o llamar al hospital en caso de que el caso requiera otra intervención como trasladar a un paciente que ya se sepa que está yendo para la guardia o para una internación.

E: ¿Cuales son según su criterio los motivos de posibles crisis?

E₁₇: A nivel personal muchas veces ha pasado que el contexto social no es el apropiado para que la persona siga estando en un determinado lugar y legalmente no se puede hacer nada, por ejemplo, el caso de una persona que uno ve que en el domicilio no tiene las condiciones básicas necesarias y a pesar de que se hace una exposición judicial, va una asistente social muchas veces hasta que se puede resolver algo de eso pasa mucho tiempo e inclusive si es que se llega a resolver en los tiempos que necesitamos y genera cierto grado de crisis porque es un poco de impotencia el hecho de que uno vaya todos los días y está evaluando el estado general de esa persona y que muchas cosas deberían ser modificadas con un aporte de otro lado y que esos aportes no se tienen y que no se logran en muchos casos.

Desde el plano general laboral bueno también muchas veces lo administrativo, por ejemplo, en el tema de las personas que nosotros les vamos a suministrar antibióticos a domicilio o analgésicos para el tratamiento del dolor a veces hay una brecha entre en el momento que se les da el alta en el hospital que se les presta determinada medicación y el tiempo que las obras sociales tardan en dispensar de la medicación que necesitan y a veces está en una encrucijada entre si el hospital lo va a seguir prestando, si el paciente lo puede pagar o si la obra social lo va a dar para que un tratamiento no se corte y que la persona no tenga que volver a internarse y es todo bastante confrontante tanto como para uno como para la misma persona que tiene que estar a la expectativa de que es lo que va a pasar si tiene que estar en la casa, si tiene que volver a la internación.

E: Y vos que trabajaste en internación en el hospital y trabajas ahora en internación domiciliaria ¿Qué diferencias ves entre las dos?

E17: Desde lo personal uno en atención domiciliaria siente y se nota que se tiene más en cuenta lo que uno dice como uno es la persona que va todos los días al domicilio, que ve como está evolucionando, obviamente con determinado criterio y teniendo determinados conocimientos, que uno puede fundamentar cuando considera que un tratamiento es apropiado que se lleve a cabo por ahí el medico no lo pone tanto en tela de juicio. Nos da más campo de acción y inclusive más libertad para poder trabajar, por ejemplo, el tema de las curaciones no son evaluadas por los médicos o sea la curación es específica de enfermería nosotros simplemente lo que hacemos es redactar en la historia clínica como va evolucionando la curación inclusive le podemos sacar fotos con el celular con el consentimiento del paciente para que el medico vea como va evolucionando y le contamos con que lo tratamos pero no tenemos que tener la habilitación o el permiso del médico para realizar una curación. Cosa que a mi particularmente en el piso de internación me pasaba cuando un paciente entraba se tenía que preguntar al médico con que quería que lo cure, cuando los médicos muchas veces no sabían con qué, pero había que esperar que el medico escriba en la historia clínica con que iba a ser curado acá por el contrario uno sabe tiene los conocimientos y los médicos confían en ese conocimiento. Creo que el criterio medico es mucho más amplio en la internación domiciliaria desde la perspectiva que uno se siente profesional y parte del equipo de trabajo.

E: ¿La familia como lo ve al servicio de internación domiciliaria para el sujeto de atención?

E₁₇: Hay como una disputa con el nombre cuando uno dice internación domiciliaria la persona en el domicilio piensa que al estar en el domicilio tienen el acceso inmediato a todo, lo cual no es así la internación domiciliaria conlleva que si la enfermera va a ir todos los días, pero no es en el momento que ellos lo necesiten la visita esta diagramada en un momento del día y con un horario dentro de una determinada franja horaria o sea no es una guardia que ellos llaman y van a estar a disposición de ellos y pasa lo mismo con el médico que no va todos los días y como ellos en la internación en el hospital tiene la evaluación del médico diaria a veces se considera que como es una internación esto va a seguir siendo así cuando la persona se le explica y lo entiende no lo toma a mal por el contrario la gente no quiere estar en el hospital prefiere estar en su casa y de hecho tener a veces menos tiempo de atención en la casa por parte de profesionales pero tener un lugar en donde ellos se sientan cómodos, pero lo toman bien no es que lo toman mal si tienen que adaptarse y modificar este concepto de internación, que la internación no requiere que uno tenga que estar la disposición como ellos pretenden o como ellos disponen en una internación hospitalaria.

E: ¿Qué grado de compromiso tenés en el trabajo?

E₁₇: El grado de compromiso creo que acá nosotros lo evaluamos por la interacción que podemos realizar, es decir, hay pacientes que nos dan la posibilidad de que nosotros tengamos más confianza o podamos llegar un poco más a ellos y hay paciente que no nos dan esa posibilidad entonces dependemos mucho de eso que tanto nos podemos comprometer y dependiendo también en cada caso particular desde el entorno de lo social en el servicio se cuenta con asistentes sociales en los cuales nosotros por ahí hay conflictos que más allá que de los que nos vemos comprometidos no podemos resolver personalmente y se puede acudir a otros profesionales o inclusive algún tipo de marco legal si así lo requiere como para sacar a la persona de la casa o para mejor por ejemplo la calidad de atención dentro de determinada institución cuando el paciente esta institucionalizado.

E: ¿Pero vos sentís que el compromiso es completo al brindar tus cuidados?

E₁₇: Todo lo que hace al contexto del cuidado de la persona ósea ya sea desde una cuestión que nos puede permitir una aplicación de una práctica esencialmente hasta lo que requiere otros aspectos como sea el ámbito social, como ser el ámbito religioso si la persona no se de repente está en una etapa terminal y quiere hablar con un cura o dependiendo de su religión particularmente me comprometo dentro de todas las posibilidades y los aspecto que el

paciente me da la posibilidad de comprometerme.

E: [bueno...] ¿Algún aspecto gratificante o desagradable de la tarea?

E₁₇: Y creo que el desagradable es cuando más allá del compromiso que uno tiene por ahí no se puede hacer todo lo que uno pretende desde lo laboral personal y muchas veces incluyendo a otras personas tampoco se logra poder completar eso. Como nos puede pasar y que pasa que hay personas particulares con problemas sociales en donde nosotros no podemos meternos mucho más en el ámbito familiar el problema se pasa a una asistente social y también la asistente social se ve limitada dentro de determinado rango porque si ese paciente dentro de la familia no les permiten que tenga mayor interacción con nosotros o se limita por alguna cuestión a veces no surge gratificante porque uno sabe que debería brindarle otras cosas y que no se puede porque no nos ampara la ley desde ningún ámbito, es decir ha habido casos de gente por ejemplo que uno nota que la familia por así decirlo la abandona porque es muy poca la presencia que tiene y se encuentran institucionalizados y por más que esos casos pase a un servicio social mientras que a la persona no le falte nada, ya sea su medicación, su ropa, sus elementos de higiene, por más que la persona reclame la visita de la familia si la familia no la quiere ir a ver uno no les puede obligar por que legalmente esta con todas los insumos mínimos básicos indispensables que requiere para su vida.

E: ¿Y gratificantes?

E₁₇: Y gratificantes yo creo que siempre que la gente te agradece que vayas a la casa y que lo ayudes desde lo mínimo así sea tomarle la presión que para ellos es un montón ya te resulta gratificante. El hecho de uno poder ver en mínima medida como va evolucionando la persona como va mejorando o inclusive que lo que uno le explica, le enseña o le da como pauta lo va cumpliendo y que el cumplir lo ha mejorado algo es gratificante.

E: ¿Cuáles son las debilidades y fortalezas en la práctica profesional?

E₁₇: Creo que una de las debilidades que tenemos en atención domiciliaria es el tiempo, muchas veces nos vemos delimitados por el tiempo a estipular cuanto vamos a estar en cada domicilio, cuanto vamos a preguntar hoy, cuanto vamos a preguntar mañana y a veces eso nos juega en contra porque tenemos necesidades de pasar más tiempo o de indagar más profundo en algo y no podemos porque nos vemos limitados en el tiempo no se nos hace fácil y es una debilidad importante para poder trabajar porque no sabemos si al otro día cuando volvamos vamos a tener la posibilidad de restablecer una conversación y otra

debilidad que hoy por hoy creo que se sigue presentando en la profesión es que de repente el colectivo común social todavía no la reconoce demasiado a la enfermería como una profesión entonces hay muchas cosas de índole profesional que la gente considera que son específicas del médico entonces se complica poder llevarlas a cabo si uno vine explicándoselo lo puede llevarlo a cabo pero es como la gente en una primera instancia se reusa.

E: ¿Por ejemplo?

E₁₇: Por ejemplo, cuando uno va a un domicilio y quiere examinar a un paciente sin más lejos realizar un auscultación respiratoria lo primero que te dicen pero trabajas como el medico cuando es algo completamente autónomo de la enfermería poder hacer una evaluación completa ellos consideran que es una práctica médica habitualmente el paciente no se llega a negar pero he tenido casos en donde la familia no ha querido que se realice una auscultación porque eso es algo específico del médico.

E: ¿Y alguna fortaleza?

E₁₇: Y alguna fortaleza ya hoy por hoy el hecho que la enfermería se está reconociendo más como profesión y uno puede fundamentar o llega a fundamentar no duda tanto en realizar determinadas prácticas dentro de lo que nos corresponde dentro del marco legal y profesional pero uno ya no se ve limitado cuando tiene que hacer algo ósea en cuanto debe estar prescripto por el médico cuanto no hay un montón de cosas que obviamente necesitamos que estén prescriptas por un médico pero hay muchas cosas que ya por hoy creo que le hecho que la enfermería siga siendo una profesión que dentro de la institución se pueda seguir formando y podamos seguir teniendo espacios propios nos dan lugar que podamos seguir desarrollando por ejemplo en el servicio de atención domiciliaria que tenemos las reuniones con los médicos una vez por semana y demás nosotras somos las encargadas específicas del tema de curaciones ya sean de escaras o de heridas quirúrgica y demás en donde nosotros vamos viendo cómo evoluciona la curación y se lo comentamos al médico no esperamos específicamente una indicación del médico para realizar una curación.

E: ¿Algún estereotipo de profesional de enfermería que sigas?

E₁₇: No en realidad estereotipo no, desde lo que he ido estudiando y desde lo que he ido trabajando de los años de profesión fui sacando lo que me pareció bueno y lo que me pareció malo de cada uno dentro de mi forma de ser y lo que me ayudo a seguir formando más allá de lo teórico en la práctica. Particularmente no tengo un estereotipo si por ahí uno tiene

referentes en donde puede apoyarse para decir bueno no sé si una persona puede llegar a ser jefe y puede tener determinada capacitación y hacer esto o aquello, estudiar este y estudiar aquello por ahí el hecho de ver en los demás la experiencia que tienen, los objetivos que hay cumplido, las capacitaciones que tiene y ver que eso que ha hecho le sirve para desarrollarse en la práctica es como que a uno le sirve para ponerse objetivos y poder lograr nuevos objetivos y seguir capacitándose o seguir haciendo cosas pero no tengo un estereotipo absoluto.

Entrevista N 18 NC.

E: ¿Cual es según su criterio la naturaleza y el contenido global de la internación domiciliaria?

E₁₈: Y la internación domiciliaria se hace justamente para sacar al paciente del hospital, mantener la cama vacía y hacer la visitas de todo lo que podría hacer enfermería en el hospital llevarlo a la casa, entonces vos vas a la casa del paciente, lo miras, lo controlas, lo revisas como si estuviera en el piso y a su vez trabajas con la familia y el entorno del paciente. Ahí sos vos la que tiene que decir esto se va a hacer de tal forma tratando de educar al paciente y a la familia. Darle un lugar a cada uno, porque hay lugares en donde tiene todas las posibilidades económicas con pocas ganas y lugares que tiene pocas posibilidades económicas con todas las ganas para ayudar a su familiar. Entonces vos tenés que interactuar con ellos y explicarle a lateralizarlo, administrarle líquidos, póngale crema a su familiar.

E: Defínase la especificidad y el perfil de su práctica profesional.

E₁₈: Y yo como enfermera de internación domiciliaria tomo signos vitales, reviso al paciente, coloco sonda nasogástrica si es de apuro sino lo tengo que derivar al hospital, fijarse si orina o no, asegurarse que lo estén hidratando y alimentarlo bien, colocar sonda vesical tanto a hombres como a mujeres. Enseñas todo lo que podría ser en el hospital que lo hacemos los enfermeros en el hospital a la familia y a las precauciones siempre la alerta ejemplo fijarse que puede llegar a transpirar puede estar haciendo una hipoglucemia, fijese que la piel tiene que estar bien hidratada, como darle de comer fijarse si no se ahoga. Todo tus conocimientos enseñárselo en castellano diríamos al familiar, ya que, en el hospital vos tenés todos los recursos ellos ahí no tiene nada entendés como para que ellos se puedan manejar con ese paciente acostado.

E: ¿Cuál considera usted sea el rol de la teoría de la praxis?

E₁₈: Somos el nexo entre el hospital y el domicilios somos el hospital ambulatorio de ellos entendés incluso le enseñás a tomar presión arterial, a tomar las glucemias porque hay gente que no sabe se van de la internación y ni siquiera le han dicho como curarlos, como cambiar un paciente todo se les enseña, se le explica todo como aprendiste vos a ellos dando educación a al familiar y al paciente sobre su propio cuidado dando educación constante cada día que siempre le enseñás algo nuevo. Hoy tenemos una contra la computadora porque la gente a veces se educa mal por ejemplo a un paciente diabético que tenía control de glucemia pensando que tenía la glucemia baja teniendo 110 mg sobre dl le dieron más azúcar subiéndole la glucemia y luego le corrigen haciéndoles picos de hipoglucemia e hiperglucemia por eso lo mejor es educar y también reeducar, educar continuamente día a día.

E: ¿Cómo eligió su especialidad el servicio de internación domiciliaria?

E₁₈: No lo elegí me mandaron, me preguntaron y cuando fui a decir algo me dijeron mañana empezás y realmente lo amo.

E: ¿Cómo lo sentiste en diferencia a la internación hospitalaria?

E₁₈: Y es el día y la noche vos en internación domiciliaria te sentís muy solo con las necesidades del paciente y de la familia. Vuelvo a insistir hay familia que no tienen nada y le dan todo al paciente y hay familias que tiene todo y no le dan nada. Te encontrás con algún maletín con apósitos, gasas y vos decís necesitarían como la gente también calefacción como corresponde, comida. Tampoco les podés exigir vos sabés que al medio día sea mucho, poco tiene su plato de lo que le dan de comer. A veces te preguntas como le decís dele verdura no le dé polenta todos los días, porque por ahí con lo único que cuentan es con arroz, polenta y fideos. Tenés que estar en los dos lugares en lo que necesitan y en lo que le pueden dar es complejo.

E: ¿De dónde provienen los referentes teóricos de la especialidad?

E₁₈: En internación hospitalaria Marcela Salvador fue una de las primeras que me mantuvo y en su momento Cristina Reynoso. La que me enseñó en sí fue Marcela Salvador lo poco lo mucho que se lo sé de ella. De internación domiciliaria no tengo.

E: Refiérase al nivel de participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones.

E₁₈: La toma de decisiones en este momento es amplia con confirmación del médico. Puedo tomar una decisión de mandar un paciente a la guardia porque le siento ruidos agregados, porque tiene fiebre, porque esta hipertenso, porque la medición no le hace efecto, porque esta deshidratado, esta con un sangrado masivo que yo no lo pude frenar durante el momento que estuve ahí. Pero de todos modos yo llamo puedo pedir una ambulancia que lo lleven al hospital. Decisiones puedo tomar una decisión de bajar una medicación, pero a su vez tengo que llamar al médico y decirle doctor pasó esto o aquello, que hago? Normalmente las decisiones tienen que ser con el otro. Yo tomo decisiones en el domicilio, pero siempre consultándolas por eso tenemos el teléfono para comunicarnos con el médico.

E: Refiérase usted al alcance del trabajo en equipo y se sus incidencias.

E₁₈: El trabajo en equipo sería lo mejor, sería una utopía que en este momento prácticamente no existe hay mucho individualismo. En este momento el trabajo en equipo por lo menos en donde yo estoy en si no existe porque cada enfermera sabe tiene su zona y arreglate. La enfermera a cargo el día anterior te puede decir mira fijate en este paciente que ayer estaba hipertenso, fijate si sigue hipertenso que tome la medicación que coma y todo. Eso si ellos lo refieren en equipo, para mí eso no es en equipo. Para mí el equipo es otra cosa. Ellos dicen trabajamos en equipo por que los miércoles nos reunimos hablamos de todos los pacientes. Para mi trabajo en equipo es que si vos sos el medico sos la cabeza del equipo yo te llamo y todo cae sobre tu responsabilidad, pero la realidad es que la responsabilidad cae toda sobre mí que estoy delante del paciente y la familia. Y hay veces que te sentís solo y no te sentirías solo si te dan una respuesta a lo que vos necesitas. Es duro porque en el domicilio no es como en el hospital que tocas un timbre y tenés a todos los médicos acá estas vos sola con el paciente.

E: ¿Cual son los motivos de posibles crisis?

E₁₈: Creo que una crisis importante de hoy por hoy son las enfermeras que aspiran a una jefatura, a una UCI o un lugar que no tenga que involucrarse son pocos los enfermeros que se involucran. Hoy por hoy la crisis es no involucrarse con el trabajo, el que se involucran lo boicotean.

Las crisis más con el servicio de internación es la falta de compromiso del personal. O que te digan a este no vayas. A mí no me importa lo que vos hagas yo sé lo que yo hago. Entendés, pero vos no me podés hacer guerra porque yo no hago lo que vos haces.

Acá no hay una jefatura como la gente. La jefatura no solo es ser jefe es ser un buen líder. Vos no me podés decir como jefe bueno lo voy a ver yo. Vos tenés que lograr que tu gente haga su trabajo. No sirve estar con la picana, pero si no se hace el trabajo toma medidas. De nuevo te sentís solo en un equipo que la mayoría son licenciados en el poder y nadie quiere trabajar.

E: ¿Cómo ve la familia al servicio de internación?

E₁₈: Lo ven en algunos casos como llego la salvadora la que te salva. Ellos esperan eso porque saben que vos estas y que les vas a solucionar el problema y están en casa. Se dan los casos que hay gente que dice intérmelo no lo quiero en casa y otra gente que dice que por favor no lo interne que prefiero que este en mi casa.

En la mayoría de los casos la gente está muy agradecida por el servicio y el cuidado que brindamos y especialmente en mi caso que doy entrega completa dando todos mis conocimientos al paciente y a la familia. Yo me siento particular mente feliz de la profesión y del servicio de internación, pero las crisis de estar sola con todo y del no trabajo en equipo a veces me frustran pero es más mis ganas de enseñar y brindar buenos cuidados al paciente y a la familia.

E: El grado de compromiso de trabajo en el servicio de internación.

E₁₈: Bueno el grado de compromiso siempre fue un cien por cien lo que pasa que a veces no te da un tiempo, no lo podés hacer de acuerdo con lo que vos quieras.

E: ¿Pero vos con el paciente?

E₁₈: Me comprometo siempre un cien por ciento en todos los pacientes todos, todo paciente es individual yo estoy comprometidas con todos y con mi trabajo.

E: ¿Y con la familia a veces se tiene apoyo o no?

E₁₈: [y...] es un combo diríamos internas a un paciente, pero internas a una familia también no es que es individual cada uno. Vos te dedicas específicamente al paciente es un todo total familia, paciente y todos sus problemas. Paciente está mal te tenés que comprometer para contener a una familia para que te ayude a manejar los momentos vividos con cada uno de los pacientes todos son diferentes algunos se comprometen más otros un poquito menos algunos te cuestan un poquito más y otros un poquito menos también.

E: ¿El compromiso que vez vos comparado con tus otros compañeros?

E₁₈: Todas tiene diferentes ópticas para su trabajo algunos aman lo que hacen con esto te voy

a responder todo algunos aman lo que hacen otros lo hacen porque fue una salida laboral del momento.

E: ¿Algún aspecto gratificante y alguno desagradable de la tarea?

E₁₈: Lo gratificante es cuando el paciente se va, cuando un día vas por la calle y alguien te dice vos te acordás y vos no sabes quién es, pero recibís un abrazo un beso y vos decís guau y yo no me acuerdo quién es, me pasó hace poquito que fui a comprar un bolso y me regalaron otro más porque yo había atendido al señor y yo no me acordaba del señor y ya ahora lo estoy usando. Pero yo no los recuerdo se terminó y listo por ahí algo te afecta más cuando es un paciente un poquito más joven y vos decís se me fue lo tomas propio y entonces es muy duro a veces no para mí que después de todo todavía no pude dejar ciertas cosas de lado de alguna manera.

Lo malo lo que no es gratificante que a veces vos sunchas, sunchas, no que te valoren o pensás que no pude hacer esto o podría haber hecho aquel otro o qué tal si hubiera hecho esto me entendés esas cosas todavía me quedan en el tintero

E: ¿Pero por qué? ¿Por qué el paciente esta con una patología terminal y no podes? ¿O por qué la familia no te deja a veces?

E₁₈: A veces se complementan las dos cosas y a veces vos decís podría haber hecho esto y no lo hice y por ahí podría haber hecho aquello otro y no me di cuenta en la vorágine no es que tenés solo una cosa en la cabeza tenés veinticinco millones normalmente no siempre las podés cumplir todas podés lograr un equilibrio, pero no por ahí lo que uno espera.

E: ¿Y alguna debilidad y fortaleza en el desarrollo de la práctica?

E₁₈: En la mi personal debilidad que por ahí si la empatía la puedo llegar a tener, pero soy débil en el sentido que si hay un problema y lloran en mis brazos por ahí me pongo a llorar en lugar de darle fortaleza soy débil en ese momento me gustaría haber sido más fuerte o a través de los años haber hecho cosas para manejar esto, pero no puedo hacerlo. Me inmiscuyo demasiado y si hay un problema trato de estar yo les digo acá estoy o tiene mi teléfono me llaman y saben que ellos cuentan conmigo, a veces me molesta el hecho de que por ahí que por más de que cuenten con vos yo me fui de vacaciones y cuando volví tenía millones de mensajes, pero les dije que me iba de vacaciones.

E: ¿Así que si pensamos en la pregunta que le realice con el grado de compromiso sería una debilidad?

E18: Si, puede ser. Tiene un grado de dependencia en mi uno a veces pasa a ser mama no sé si es bueno, ni para ellos ni para mí.

E: ¿Y una fortaleza que vos sientas?

E18: No siento ninguna, no se siento que aparento fortaleza, me siento muy fuerte para cualquier tipo de trabajo, yo entro e inspiro confianza. No sé cuál es mi fortaleza nunca me puse a pensar.

E: ¿Y hay un principal estereotipo en la profesión?

E18: Yo siempre quise parecerme a Marcela Salvador una enfermera que trabajaba a la par de la mucama, de la auxiliar, de la enfermera de cualquiera, no le importaba ponerse los guantes o agarrar un trapo de piso y un secador y creo que mucha cosa ha logrado. Y ella cuando entro era auxiliar yo era mucama ya después ella venia como enfermera esa época, aunque vinieras como enfermera tenías que hacer de todo y entonces ella fue la que de alguna manera me fue forjando y yo la veía en el piso corría de aquí repartía bandejas de comida si había una sola mucama, se ponía a limpiar con nosotras, se ponía bañar pacientes, no le importaba la jerarquía son pocas las personas que hacen esas cosas. Hoy por hoy el enfermero en esta institución si se obliga a hacer un trabajo integral, pero en una época la enfermera era la enfermera de la pastillita, la auxiliar era la que bañaba, la mucama era la que repartía bandejas.

E: ¿Y ahora qué diferencia sentís?

E18: Hoy veo que al enfermero se lo hace hacer integral de todo, hay enfermeros que no les interesa si tienen un uniforme blanco te reparten una bandeja de comida y si tiene que ayudar a la mucama la ayudan. Hay otros que ni la miran y hacen separación de colores. Enfermería es un trabajo en equipo.

E: ¿Pero eso va en la persona?

E18: Si por supuesto, pero desde el vamos tenés que pensar que es un trabajo en equipo. Ahora se trabaja mucho más en equipo que antes por lo menos lo que he visto este tiempo. Hay lugares que no.

Entrevista N° 19 NLT

E: Bueno, vamos a arrancar con la entrevista ¿Cuál es según su criterio la naturaleza y el contenido global de la internación domiciliaria?

E₁₉: Bueno, para mí, específicamente, es un dispositivo que trabaja para lo que es la recuperación del paciente al lado de su familia. Es un servicio que no tiene muchos años y se empezó a hacer, primeramente, de manera informal y después se empezó a formalizar más en todo lo que es el trabajo en las obras sociales y demás. Pero bueno, básicamente para mí cumple una buena función de que los pacientes se recuperen o tengan sus últimos momentos al lado de sus familiares, al lado de sus seres queridos.

E: Bien, y ...podría usted referirse a las especificidades y el perfil de la práctica profesional.

E₁₉: Mira, específicamente, lo que nosotros hacemos [eh...], yo trabajo en [Dar Salud] (internación domiciliaria) y bueno, soy prestadora. Nosotros somos todos prestadores, no estamos en relación de dependencia. [Eh...], lo que nosotros hacemos, nos pasan un paciente, nos dan el usuario con su patología, [eh...] con la práctica que tenemos que llevar a cabo. Y bueno, nosotros nos presentamos en el domicilio, tenemos una pequeña entrevista con el paciente por nuestro medio. Yo particularmente tengo una metodología, llevo una planilla que hice mía, personal, en la cual me presento en el domicilio y realizo una pequeña anamnesis del paciente y familia, para poder llevar a cabo la tarea, porque la información que nos pasan, en este caso [Dar Salud], es muy básica y llegas al domicilio encontrándote con otro tipo de situación totalmente distinta a la que te plantean por ahí desde la empresa. Y bueno, específicamente, la tarea se basa en la práctica de acuerdo con la patología y de acuerdo a la complejidad. Yo trabajo mucho en lo que es la parte de cuidado intensivo, paliativo y de, soporte entonces, es de acuerdo con cada patología como nosotros vamos adaptando la práctica ¿no?

E: Bien, [eh...]. ¿Y cuál considera usted que es el rol de la teoría en la práctica?

E₁₉: El rol...

E: ¿Qué rol cumple usted en su práctica profesional?

E₁₉: Y, asistencial... Nosotros cumplimos un rol asistencial. También, [eh...] trabajamos [en] mucho lo que es la contención. A veces un familiar tiende un poquito a creer que ese tipo de contención que nosotros brindamos, ese tipo de tarea asistencial como está hecho dentro de un domicilio... eh... eso hay que pactarlo muy bien de entrada con el familiar porque a veces lo confunde al servicio profesional como con un servicio anexo un poquito a servicios de limpieza y pequeños quehaceres. Si bien lo que nosotros hacemos son visitas, ellos... -al familiar- le cuesta diferenciar que vos vas a realizar una práctica y que tenés... no vas con un cierto tiempo pero tardas entre 40 minutos y una hora que es lo que te lleva realizar... ya te digo, dependiendo de lo que haya que hacer, es el tiempo que te lleva [y que] el familiar tiende por ahí a confundir como que quieren un horario o que necesita que por ahí son dos horas. Es una visita lo que se realiza, no es una guardia. Por ahí una visita extendida dura un poco más de tiempo, una hora y media. Pero eso es dependiendo, ya te digo... de la práctica y de la complejidad que tenga el paciente. Si está con un respirador, si hay que aspirarlo,

depende... si hay que pasarle una medicación. Esperamos los tiempos de acuerdo a la práctica que se realice, pero bueno, ese es el rol que nosotros tenemos, yo particularmente lo tengo... yo sé, afianzado mi rol asistencial de contención con el paciente, pero veo también este tema de que se confunde el tema profesional con familiar.

E: ¿Y cómo eligió la especialidad del servicio de ID

E₁₉: ¿La especialidad de la ID o la enfermería?

E: [eh...] las dos.

E₁₉: La enfermería, por parte de mi abuela. Mi abuela, es generacional, mi abuela era enfermera de la Cruz Roja, estuvo en las Malvinas y bueno, mi mamá también es enfermera. Pero lo elegí más por la parte de mi abuela que ella fue la que más hizo que incursionáramos varios de la familia en todo lo que es el tema de la salud. ¿Y qué otra cosita me habías...?

E: ¿Por qué elegiste el servicio de ID?

E₁₉: No, el servicio de ID, básicamente porque a mí, me gusta anualmente hacer varias capacitaciones y necesito esa libertad de tiempo. Tengo hijas grandes de 14 y 18 años, entonces, yo lo que necesito es esa libertad de tiempo para realizar otras tareas por la tarde tanto de capacitación como otras cosas que hago...

E: Esto te genera un nivel de independencia...

E₁₉: Claro, me genera un buen nivel de independencia. Yo manejo mis horarios, pacto de entrada con el paciente que tengo, un parámetro de horarios y si tengo que ir a las 10 yo le digo que puedo estar entre las 9.30 y las 10.30 para que eso no me genere ningún tipo de problema. Yo arreglo mis turnos por zona y por horario. Yo trabajo en la zona del centro, entonces empiezo desde un lugar y tengo casi la mayoría de los pacientes cada dos cuadras. Entonces me hago como un mapa en el cual empiezo de un lado y termino en el otro a tiempo, me gusta porque lo puedo manejar cómo yo quiera

E: ¿Y le genera una estabilidad laboral el servicio?

E₁₉: Si, me genera. Me genera porque a medida que hay un descenso de pacientes por ejemplo si fallece algún paciente, la empresa inmediatamente te da otro paciente. Siempre tenés pacientes

E: [Perfecto...] ¿De dónde proviene tu referente teórico de la especialidad?

E₁₉: Si, es generacional. Lo mío en mi caso es generacional.

E: Perfecto, que bueno. Y el nivel ¿Cuál es el nivel de participación de los profesionales

enfermeros en la toma de decisiones?

E₁₉: ¿Dentro de la ID? Ninguna, la verdad. Porque, es una empresa que tiene multidisciplinar que trabajan todas, o sea... todas asisten al domicilio en diferentes horarios del día. Nosotros, por lo general asistimos en esos horarios importantes que tiene el paciente como es en la mañana cuando debe levantarse, cuando debe medicarse, cuando hay que dejarlo en condiciones para que pase el resto del día. Por ahí hay pacientes que tienen cuatro visitas de internación domiciliaria a la mañana y mediodía va un enfermero, a la tarde va otro, a la noche va otro. Tampoco, a mi criterio, la empresa no mantiene un nivel de privacidad del domicilio con respecto al paciente. Debería por ahí buscar, [eh...] se han presentado escritos como para solicitar este tema de que no es por un tema monetario que manden al mismo enfermero los cuadros veces al día sino por un tema de continuidad y confianza con el paciente. Eso trae un montón de problemas en el futuro con el mismo paciente ¿no? Porque...

E: Ah, ¿no mandan siempre el mismo?

E₁₉: Claro, no mandan siempre el mismo. Eso principalmente con respecto a la toma de decisiones, un enfermero se mantiene en contacto con el médico que contesta cuando ve los mensajes, pero contesta cuando aparentemente a su criterio tiene que contestar. Y por ahí, hay ciertas prácticas que el medico pide que se realicen de manera telefónica, que en mi caso yo no permito.

E: ¿Cuáles serían esas?

E₁₉: Y, por ejemplo, pasar cierta medicación intravenosa y vos llamas le decís como está el paciente y el medico te dice: bueno, pásale tal medicación. Bueno Doctor cuando usted bien me lo registre yo la paso y se enojan. Se enojan los médicos porque no quieren llegar hasta el domicilio a registrar una historia clínica interna que se tiene para que el enfermero pueda realizar la práctica. Nosotros llevamos una evolución que es nuestra de enfermería, la entregamos y el médico, el kinesiólogo, el terapeuta ocupacional, todos los profesionales que asisten al domicilio dependiendo de lo que tenga solicitado el paciente y el módulo de obra social que maneje, lleva cada cual su evolución.

E: ¿Y al mismo tiempo no interactúan los distintos profesionales?

E₁₉: No jamás, no hay reunión de equipo, no hay trabajo interdisciplinario. Son diferentes disciplinas que trabajan separadas y después todas esas evoluciones se juntan en una misma historia clínica, pero sin haber tenido relación una y otra en ningún momento. Nosotros...

E: Ejemplo, si vos vas en una visita y un paciente se descompensa, vos ahí tenés que avisar que el médico vaya, en ese caso sí.

E₁₉: El médico de [dar salud] no asiste para lo que es emergencia, no si yo encuentro un paciente descompensado, hay que llamar al servicio de ambulancia o de médico a domicilio que tenga por medio de su obra social cada paciente. Una vez que llega el servicio de ambulancia lo asiste y de derivarlo inmediatamente, en ese momento hay que dar aviso a la empresa para que la empresa levante el servicio. El servicio una vez que el paciente cruza la puerta para afuera se levanta y se vuelve a restablecer cuando el paciente porque es ID. El enfermero las horas y visitas que cubre en el domicilio no las puede ir a hacer a la clínica, excepto particular, que el familiar por una cuestión de confianza le diga al enfermero, mira, te contrato particular, para que vengas a cuidarlo un par de horas, pero eso no corre por cuestión de la empresa y el médico de la empresa no hace emergencias, si por ahí si el paciente presenta un estado febril o cualquier cosa que se pueda solucionar en el momento se lo llama al médico, que es en los casos que yo te comento que el médico quiere medicar por teléfono y yo, particular mente, no lo hago, porque no...

E: Refiérase al trabajo de equipo y sus incidencias.

E₁₉: No, porque no hay esto, se ha presentado un montón de escritos entre muy pocos compañeros que coincidimos, se han presentado un par de escritos solicitando aunque sea una vez al mes con el médico de seguimiento de los domicilios de cada uno para que se pueda hablar o realizar algún tipo de plan o modificación de trabajos, porque hay muchos pacientes que pueden tener ciertas modificaciones o que le faltan cosas que no se las autorizan las obras sociales, entendés, y que por ahí, con un buen informe interdisciplinario se podría facilitar todo lo que es ese paso, para que el paciente lo tenga su recuperación sea más rápida, y la independencia de todo lo que es la internación sea más viable, pero no se puede, no se puede porque la empresa no presenta esta oportunidad tampoco.

E: Claro, y, bueno la última sería ¿Cual es según su criterio los motivos de posibles crisis?

E₁₉: De posibles crisis dentro de... ¿A qué se refiere? Es amplio

E: sí, [eh...], podría ser de posibles crisis en tu accionar, y también a nivel laboral, posibles crisis que usted tenga.

E₁₉: ¿Laborales o crisis más personales?

E: Pueden ser personales o laborales, explíquemelas.

E19: Y crisis más personales, y el estrés, de lo que es la ID, es bastante complicado, ya te digo, vos tratás con el familiar, tratás con el paciente, con todas las personas que entran en la casa que van que vienen, y es un poco complicado poder llegar a un acuerdo con todas las personas que transitan, y con respecto a lo que es mío personal si por ahí voy con una carga emocional un poco complicada a mi casa porque la parte de enfermería tenemos mucha pelea con lo que es la parte médica, por este tema porque nos quieren hacer realizar prácticas sin ellos dejar la orden escrita y esto es algo que fundamentalmente a nosotros nos complica, nos complica y mucho tanto de lo legal como de lo ético y demás, bueno cada uno sabe lo que hace yo hablo de mí en particular, sé que hay colegas que sí, con un llamado telefónico lo hacen, eso a mí me genera mucha crítica y si me genera mucho estrés porque vos también después tenés que, si bien hace seis años que trabajo en la empresa, también a veces tengo que transitar con ciertos episodios de descontentos con el área de coordinación porque me llaman a presentarme y hablar de este tema y esto me genera crisis.

E: O sea en su parte ¿Puede elegir la objeción de conciencia de no trabajar con ese médico, que ese médico es el que te indica por teléfono?

E19: Si, yo no trabajo con ese médico me derivan de paciente porque al médico lo designan cuando se abre un módulo de ID de las obras sociales, dependiendo de qué tipo de módulo sea, si es uno, dos, tres, cuatro, de eso dependen todas las disciplinas que le corresponde las visitas de enfermería, las horas de cuidadores y demás, eso de acuerdo con la patología con la que ingrese y la orden que traiga médica externa porque la orden de ID la tiene que dar un médico externo no la puede dar la ID, y cuando hay una renovación, la renovación se debe hacer externamente también porque si no cae, ellos caen en todo este tema que es, que si lo hace la ID, es como que queda que la ID quiere alargar el tiempo de prestación para que el paciente continúe en el domicilio y ellos sigan facturando, entonces, si es medio complejo y complicado todo ese tema.

E: Y para terminar lo que refiere a su especialidad que vos elegiste, bueno usted estas en intensivo y oncológico. ¿Cómo se siente, le gusta y también se siente que haya más crisis?

E19: Si, siento crisis no en el momento que estoy en rol, en el momento que uno está en rol creo, hace muchos años yo estoy en esto, desde los 17 años que trabajo, desde antes de recibirme, entonces, empecé en geriatría, de a poco me fui, acostumbrando a la muerte de los pacientes y demás, lo he trabajado mucho en su momento, entonces, hoy por hoy no me afecta

de la misma manera que me afectaba en otro momento, dependiendo de la historia que trae uno también y la que tiene el paciente si afecta o no.

E: ¿Y con la familia?

E₁₉: No, con la familia por lo general la verdad que nunca he tenido problemas, porque soy bastante reglamentaria. Yo, por ejemplo, cuando me mandan a un lugar entro y lo primero que pregunto es ¿ustedes saben para que estoy yo acá?, bueno yo les voy a contar lo que yo vengo a hacer. Yo soy enfermera, vengo a realizar esta práctica, vengo a hacer esto, esto y esto. Bueno, cuando yo termino de realizar esa práctica, me retiro del domicilio porque es lo que yo tengo indicado por el médico, es el informe que a mí me pasaron y demás. Entonces, al vos llegar a un lugar, marcar ciertas pautas de entrada, vos ya podés libremente después hacer tu trabajo porque ellos ya saben cuál es la restricción que hay. Que vos vas a realizar esta práctica con el paciente y no vas a sacar una bolsa de basura. Porque todo lo que es la parte asistencial la familia, sobre todo la gente grande lo tiene generacional. La chica que limpiaba era la chica que cuidaba a tu padre, a tu madre, entonces es como que la enfermería si bien hoy está un poquito mejor posicionada y está más respetada la profesión, la gente que es grande aún confunde el rol del profesional.

E: ¿Qué grado de compromiso tenés con la tarea?

E₁₉: El grado de compromiso con el trabajo es absoluto el tema de la ética por sobre todo obviamente y también los cuidados del paciente.

E: ¿El grado de participación en los cuidados depende mucho de la persona que recibe el cuidado o de tu predisposición?

E₁₉: No uno va predispuesto al cien por ciento pero también depende de la persona que recibe el cuidado obviamente pero tampoco podés poner volcar toda la dependencia en esa persona porque hay que ver también cuáles son sus limitaciones dependiendo del tipo de paciente que tengas por ahí tenés una paciente muy severo que vos no podés tampoco volcarle a que ponga su positividad o a que te colabore de una manera que vos esperas nosotros estamos precisamente para darle cuidados de enfermería en todas instancias.

E: ¿Y la familia frente al cuidado con el sujeto de atención cómo reacciona?

E₁₉: Y eso depende de cada familia también viste cada subjetividad es diferente así que tenés familias que son muy complicadas, tenés familias que son muy demandantes que demandan diferentes cosas que por ahí quieren que inventes y obviamente que uno ni desde lo humano

ni desde lo técnico lo puede inventar así que bueno como también tenés las familias que son con las que tenés más consenso que con la que por ahí podes hasta compartir el cuidado de enfermería porque te ayudan, te preguntan y está bueno.

E: Y hablando de esos condicionantes y cuestiones sociales, económicas y ambientales ¿Vos crees que influyen en el cuidado?

E₁₉: Si, claro que influyen en todo lo que es también el sistema familiar, si no tenés los recursos necesarios para poder brindarle el cuidado más allá que la obra social te cubra las visitas de enfermería o un cuidador por tres o cuatro horas o a veces no es suficiente, a veces esa familia tiene que salir a trabajar para sustentar esa casa, para sustentar también lo que es la medicación y demás de este paciente. Yo manejo pacientes desde niños hasta adultos, mayores discapacitados y es ya te digo dependiendo del contexto familiar y dependiendo el tipo de paciente, encontrás todas estas decidías alrededor de la familiar sobre todo en el área de discapacidad adultos mayores; también hay muchos que viven solos y tienen una prestación de internación domiciliaria que les contrata un vecino que pasa tres veces por día por la casa a hacerle de comer y el único cuidado que recibe en lo que es higiene, en lo que es cuidado de enfermería es cuando va el enfermero en una visita que a veces autoriza la obra social dependiendo si es una obra social de adultos mayores te autorizan una y con mucha dificultad o dos por día pero hacen auditoria porque tiene que ser un caso de extremo totalmente sino no lo autorizan .

E: ¿Algún aspecto gratificante y otro desagradable de la tarea?

E₁₉: Algún aspecto gratificante.... cuando la familia y el paciente te agradece por los cuidados que prestas. También cuando el paciente se va de alta en el servicio con buen estado de salud, pero eso se torna desagradable si al paciente crónico le levantas el servicio sin haberse recuperado por su patología crónica.

Y desagradable.... he tenido discusiones con la familia por cosas por ahí que piden que se extralimitan de lo normal digamos por ejemplo tengo una paciente en este momento con escaras en zona sacra bastante complicada el medico dio una crema específica para curar que es muy buena que le hace bien pero tiene un costo muy elevado setecientos pesos, yo necesito la crema antes que se termine que la repongan porque no puedo cortar el tratamiento es muy buena la crema regenera los tejidos bastante rápidos y bueno este familiar no compra los insumos necesario o los apósitos que pongo entre medio del pañal explicándole que tiene un

fin que es para aislar todo lo es la parte de la escara de la diuresis, tuve una pequeña discusión por ese tema este es un paciente que tiene los recursos para traer las cosas en el momento que las necesitas entonces cuando vos pedís y no te lo traen sabiendo que los recursos están ahí es donde me molesta si los recursos no están yo trato de solucionarlo de otra manera y trato de conseguir yo por mi lado lo que puedo para poder ayudar pero si lo tiene me lo tiene que dar es lo que corresponde calculo no.

E: Bueno, ¿Podrías referirte a alguna debilidad y fortaleza en tu formación académica?

E₁₉: A ver,[eh...] una debilidad en la formación académica es que me hubiese gustado estudiar un poco más de discapacidad y salud mental que es lo que me gusta, se ve muy por arriba dentro de lo que es la carrera, me hubiera gustado más profundizar sobre ese tema porque resulta que llegado a la práctica te das cuenta que una discapacidad termina en otra, es decir de una depresión, con un intento de suicidio termina con una discapacidad física si no fallece, entonces se inicia y termina en discapacidad en algunos casos que me interesan más.

Fortaleza en lo académico, me gustó mucho todo lo abordado en la ética tanto lo que está estructurada dentro de lo académico como lo que después cada uno pone de su propia ética, eso para mí es una fortaleza haber podido con los años desarrollar mi propia ética y posicionar desde un lugar de yo poder elegir de acuerdo a mi ética donde quiero estar.

E: ¿Principal estereotipo sobre el profesional de enfermería?

E₁₉: Y mira... básicamente lo que me llevo a seguir enfermería es conocer a mi abuela que era enfermera de la cruz roja, estuvo en Malvinas, ella me crio y todas esas historias que me contaba me gustaban, atreves de ello es que quise ser enfermera.

Entrevista N 20 SF.

E: ¿Cual es según su criterio la naturaleza y el contenido global de la internación

E₂₀: [eh...] y para mí la internación domiciliar se trata de brindarle al paciente los mismos cuidados que en una clínica de acuerdo a la patología que tiene y las necesidades, pero es como más personalizado porque todos los profesionales nos dedicamos exclusivamente a ese paciente y todos tenemos un conocimiento día a día de ellos en la planilla que vamos llenando con todos los signos vitales, como va variando día a día, las curaciones, es lo mismo que en un piso pero creo que más completo porque es como que estamos más para ese paciente.

E: ¿Y cómo está conformado el servicio de internación? ¿Qué equipo de profesionales tiene?

E₂₀: [y...] la paciente que cuida tiene kinesiólogo que va dos veces por semana porque es una señora que esta postrada hace un año y medio en la cama y no tenía prácticamente fuerza muscular, ahora la está recuperando gracias a los ejercicios que le da el kinesiólogo. El medico es medio a demanda por que mucho no viene cuando nosotros vemos que algo se está yendo de las manos o por ejemplo tiene tos expectorante lo llamamos pero sino es como que el medico mucho no viene y enfermería, enfermería, enfermería todo el día y a todas horas enfermería es la que más está presente la enfermería, la que dirige los cuidados del paciente y después de ahí va transmitiendo a los demás profesionales. Con kinesiólogía mucha comunicación no tenemos, pero más o menos sabemos me la deja sentada en una posición y ya sabemos cómo manejarla, pero más que nada es enfermería a la cabeza y de ahí sale la comunicación con el médico y con el kinesiólogo.

E: Refiérase a las especificidades y el perfil de la práctica profesional ¿Cómo te perfilas vos como enfermera en el Servicio?

E₂₀: [y...] yo soy de abarcar las necesidades supliendo, igual mucha autonomía no tiene ella lo único que logramos es que coma sola, pero sino hasta le dábamos de comer en la boca,

pero soy más de suplir todo lo que necesita ella, moverla en la cama, lo que es higiene y más que nada mucho también con el marido porque viven solos y le damos mucha contención al marido tratando de abarcar todas las necesidades que se necesitan cubrir.

E: ¿Que enfermedad tiene de base el sujeto de cuidado?

E₂₀: Tuvo una anemia muy grande por la cual la transfundieron dos o tres veces en una internación que quedo postrada ya que ella me dijo que en la clínica no la movían por eso perdió la movilidad y de ahí quedo postrada pero clínicamente no tiene nada, no tiene problemas de presión, ni de diabetes, no tiene nada, tiene la postración por la debilidad que le agarro de estar tanto tiempo internada y bueno al principio tenía una escara que ya no la tiene.

E: ¿Cuál considera usted sea el rol de la teoría en su práctica? ¿Cuál es el rol? ¿Qué funciones cumplís como enfermera en el domicilio?

E₂₀: Yo voy todos los días a las nueve de la mañana, a las doce va otra compañera a las cinco de la tarde voy yo y a las ocho voy de vuelta. Le hago tres visitas diarias yo y al medio día va Flor que es otra compañera de la facultad de enfermería. Cuando voy al domicilio a las nueve de la mañana le hago higiene en cama, baño completo, cambio de pañal, salea, sabanas, ropa, después la dejamos en posición semisentada porque si es por ella está todo el día horizontalmente acostada pero la dejamos en posición con almohadones por todos lados porque le duele el coxis, que le duele esto, que le duele lo otro así que la ponemos bien cómoda como solamente nosotros sabemos hacer sino va otra persona no puede estar ni sentada pero bueno la almohadillamos toda por todos lados quedando sentada. Al vivir la paciente con el marido empezó a presentar signos de deshidratación, ya que el marido mucha agua no le daba, le daba de comer una galletita de agua, entonces nosotras también nos encargamos de eso vamos hasta la cocina le hacemos un café con leche y le damos un vaso lleno de agua entonces nos encargamos también de la parte nutricional asesorándolos por ejemplo antes le daba todos los días lo mismo ahora le hacemos comprar pescado, le hacemos comprar carne roja, pollo, verduras, le hacemos ensalada de fruta, o sea también nos encargamos de eso porque otra no hay por qué está sola con el marido y el marido ni agua le da porque no se daba cuenta del déficit que estaba teniendo de líquidos entonces también nos encargamos de eso. Así que le damos el desayuno y después me voy, al mediodía flor hace lo mismo higiene signos vitales, el almuerzo y a las cinco higienes, merienda y a

la noche higiene luego gelatina. Y también nos encargamos de otras cosas extras como que están solos es como que cada vez nos fue sumando más tareas por ejemplo le llevamos la ropa a lave rap que queda ahí bajo como el marido no se moviliza mucho, por ahí algún remedio que hay que comprarle pasamos por la farmacia. Lo hacemos nosotras porque están solos y no queda otra.

E: ¿Cómo elegiste la especialidad?

E₂₀: [y...] se dio porque yo me había ido a vivir a otro lado y volví acá a Mar del Plata y bueno presente *curriculum* en Dar Salud y al día siguiente ya me estaban llamando y bueno yo quería algo así que sea medio informal a mí me parecía que era informal hacer visitas por el tema de mis hijos no tener que estar mucho tiempo fuera de casa para adaptarnos a la ciudad, empecé ahí con Dar Salud, me gusto la modalidad porque voy cumplo mi trabajo y me voy, me da una cierta libertad.

E: ¿Y estabilidad laboral te está dando?

E₂₀: Sí, yo hace un año y medio que voy todos los días tres veces por día de lunes a lunes lo malo que tiene es que no tengo descanso, pero bueno igual se hace llevadero como es un ratito esta bueno.

E: ¿De dónde provienen los referentes teóricos de la especialidad? ¿Tenes algún referente teórico en Internación?

E₂₀: No he tenido compañeros que trabajaban en la empresa y yo llegué a la empresa por una compañera que trabaja ahí, o sea si me enteré que existían esas empresas de cuidado a domicilio pero por conocido.

E: ¿Tenes algún referente teórico que tengas de enfermería?

E₂₀: No sabría decirte.

E: ¿Cuál es el nivel de participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones?

E₂₀: [y...] enfermería es la que dirige todo porque somos los que estamos día a día y nosotros somos los que derivamos al médico o sea cuando nosotros vemos algún signo de alarma le decimos al marido que llame al Médico es como que nosotros dirigimos lo que son los cuidados los signos de alerta para que pase a otra disciplina entre nosotras nos vamos comunicando. Enfermería es la que lleva adelante el domicilio.

E: ¿Existe trabajo en equipo?

E₂₀: [y...] el trabajo en equipo se da con mi compañera que va al medio día hacemos un mini pase de guardia por WhatsApp , le mando un audio si hay algún problema porque no nos vemos entre nosotras, nos comunicamos si hay algo que destacar sino es la misma rutina de siempre no pasa nada pero por ejemplo que haya algo para destacar un dolor nuevo, a ella se le hacían celulitis en la espalda y ahí nos mantenemos comunicadas entre nosotras o también le agarra diarrea o estreñimiento por estar en la cama y nos vamos diciendo como anduvo con cada una. Si el trabajo en equipo se da con enfermería. Después con el medico si ha tenido que venir varias veces por ejemplo por la deshidratación no deo las indicaciones le pusimos un suero o sea se da en esos momentos puntuales el trabajo en equipo. Y con el kinesiólogo no prácticamente no tenemos mucha comunicación se da más por lógica él lo deja en una posición yo lo deo en otra le veo más débil este miembro se lo trabajo yo también más por lógica que trabajo en equipo. El trabajo en equipo se da sumando las tareas de cada una y coordinándolas.

E: ¿Cual es según su criterio los motivos de posibles crisis? Ejemplo, primero una crisis tuyas?

E₂₀: [y...] yo lo que tengo es que a veces me saturó por que ir lunes a lunes es como que ya llega un momento que me saturó y bueno empiezo a pedir socorro que vaya flor un par de horarios míos y por ahí me despejo un día a mí lo que me cansa es eso no tener un respiro un día porque en realidad no es muy estresante el trabajo , ella es re tranquila re divina, lo que es más estresante es el marido que al estar solo y a cargo de todo es un poco demandante, él quiere que la paremos en un día y es como que te cargan una presión ; en este caso la crisis se da por cansancio de continuidad de días y días de ir y bueno por el marido que al estar solo no tiene ayuda ni contención como que recae mucho en enfermería las culpas o las responsabilidades de que Norma vuelva a caminar es decir la crisis se da con el marido cuando él también se satura que esta hace un año y medio cuidándola día y noche . También la parte económica siempre dice como que no llega y uno no sabe si se va a quedar sin trabajo, pero otra, no la verdad que es muy tranquilo el domicilio.

E: ¿Y con tu compañera enfermera alguna crisis?

E₂₀: No ella no refiere tener crisis porque va poco tiempo solo una vez al día poquito.

E: ¿Cómo sentís que es el grado de compromiso con tu trabajo?

E₂₀: [y...] yo todo lo que vea que le falte se lo deo hasta cuando veo que le faltan esas cosas

cotidianas de familia por ahí un domingo le llevo torta de mi casa son esas cosas, viste, esos detalles. Yo me comprometo con todo lo que está a mi alcance y lo hago como hacerle el desayuno yo sé que así no se va a deshidratar y así está comiendo bien nos cuesta quince minutos mas no hay problema lo hacemos ósea todo lo que podamos hacer lo hacemos como los favores de llevarle la ropa, ir a la farmacia todo lo que le podamos hacer mientras yo pueda lo hago. El compromiso es completo me falta traérmela a vivir conmigo (se ríe...). Hasta en el cumpleaños le lleve a mis hijos para que la vean porque es la típica abuelita que no ve nenes hace rato y estaba re contenta todo lo que podamos para que ella este mejor lo hacemos.

E: ¿Existen aspectos gratificantes y desagradables de la tarea?

E₂₀: [ehhh...] gratificantes se siente mucha gratitud porque ella está súper agradecida de que pueda estar ahí en su casa de que no esté internada ella le tiene pánico a estar internada lo mismo el marido entonces es un agradecimiento constante es gracias, gracias por todo le das agua gracias todo gracias la verdad que se siente una gratificación que no se siente en muchos otros lados es como que vos sos la conexión con la salud pero en su domicilio para ellos es algo especial ella cuidada en su casa no tiene miedo que le pase nada porque es como que cada vez que hay un signito lo tratamos o estamos ahí alerta tienen mucha confianza la gratificación es por todos lados y todo el tiempo osea la familia lo que siente por enfermería al poder estar en su casa es increíble.

[y...] desagradable la manera de manejarme que me comprometo mucho y me sature. Y bueno a mí lo que me revienta es ir hasta allá ósea tardo más yendo y viniendo como es visita es diferente al estar ocho horas fijas en un lugar que ir varias veces en el día, te cansa.

E: ¿Tuviste la posibilidad de hacer práctica o trabajar en algún hospital?

E₂₀: Si, hacer prácticas antes de recibirme.

E: ¿Encontrás alguna diferencia entre el servicio de internación y el hospital de cómo es la labor enfermera?

E₂₀: [eh...] por ejemplo la independencia cuando estas en una Institución respondes a ciertas rutinas u ordenes que te vienen de arriba y por ahí en un domicilio mandas vos y te manejas vos como que te sentís más autosuficiente más profesional va al menos yo que recién empiezo hace poco, pero es como en un Institución te sentís que sos un títere y en un domicilio sentís como que sos la directora de tu propia clínica. El paciente nada que ver es como que tiene

mejor estado de ánimo al estar en su casa las cosas cotidianas estar en sus cosas, no sé, tiene su lado bueno. Y con respecto al médico no me doy cuenta que no lo tengo porque ella está muy estable más allá de la postración no tiene otro problema de salud, bueno lo único, si las consecuencias de la postración por ejemplo se agarró una neumonía enseguida nos dimos cuenta y llamamos al médico nos indicó y le dimos antibiótico infeccioso es como no tener una patología o algo que no tenga muchas complicaciones es como que la presencia del médico no se hace necesaria ya que solo es la no movilidad porque de la cabeza esta bárbara.

E: ¿Existen debilidades y fortalezas en la práctica?

E₂₀: La debilidad es que si un paciente se descompensa en internación domiciliaria no puedo derivarlo a terapia intensiva con en el Hospital acá es como que te podés quedar en el intento por que hasta que llamas a la ambulancia, al médico, el riesgo es mayor estando en su casa. [y...] fortaleza es la parte anímica, social, el cuidado, el paciente que es mucho más personalizado. La enfermera no se tiene que estar repartiendo entre veinte pacientes acá estas exclusivamente para ella le cubrís absolutamente todas sus necesidades. Y bueno la otra es la parte emocional que ellos están mucho mejor en su casa. Lo bueno es para el paciente y para el enfermero que te podés explayar más con el cuidado personalizado hacia esa persona.

E: ¿Cómo siente la familia tener un miembro de la familia internado en el domicilio?

E₂₀: Lo ven como algo muy bueno aparte no considerarían otra cosa ha estado incluso con la neumonía, la deshidratación yo le recomendé junto con el medico que con la ambulancia los llevábamos a la guardia así la internaban unos días ni si quiera quisieron eso tuvimos que poner vía en el domicilio y bueno al final se quedó y pasamos ese momento en la casa misma pero no en este caso ni siquiera consideran una Internación para ellos esto es un sacrificio que vale la pena y dan todo dan hasta lo que no tiene por qué la verdad es muy costoso pero para ellos es la vida de ellos ahora no lo harían de otra manera que no sea el domicilio.

E: ¿Cómo visualizas al paciente y la familia en el domicilio? ¿Le perjudica en sus quehaceres diarios tener un familiar internado en su domicilio?

E₂₀: En este caso sí, el marido bueno ha sido una persona que no ha hecho nada en la casa durante su vida la que se encargaba de todo era la señora y ahora al estar internada el cómo que le agarra un ataque con cada cosa que tiene que hacer y nosotros fuimos cubriendo otras necesidades como la de cocinar, la de lavarle los platos es algo que a él lo supera todo, lo

supera llevar la ropa a la lavandería, todos él está muy cansado no hay un día que no se queje pero elige la internación domiciliaria y no lo haría de otra manera. Aunque los hijos la quieren internar en un geriátrico él no quiere internar. La paga toda la internación no usa ni siquiera la obra social para no ir a autorizar las órdenes ni nada compra todo particular. Por eso nosotras no esforzamos para darle todo porque sabemos que le cuesta un montón de dinero y el solo lo costea, pero no lo haría de otra manera.

E: ¿Vos a través de tus prácticas en el domicilio vez que en todo este tiempo hubo una mejora en el estado de salud de ella?

E₂₀: Si, si en el estado clínico cuando yo la conocí se agitaba de sentarla o la comida le teníamos que dar una curada cada tres minutos por que no podía respirar prácticamente se agitaba y ahora no se agita jamás, recupero mucho la fuerzas en las piernas, se le curo la escara, el ánimo mejoro un montón mucho mejoro ósea tiene como un miedo a levantarse pero para mí la agarramos y se para, tiene muchas fuerza en la piernas cuando le cambio el pañal o la movilizo las deja duras o arriba levantadas pero tiene como un miedo al levantarse ella lo dice esta cómoda en la cama y es la primera vez que la atienden a ella entonces es como que también es algo psicológico ella no se quiere levantar y hace un drama cuando hay que sentarla o levantarla nunca la pudimos sentar en una silla de ruedas porque no quiere, ella no sale de la pieza podría tranquilamente pasar a una silla de ruedas e ir al comedor o al balcón divino que tiene para ver el mar pero no ella es que para mí su traba está en la cabeza porque fuerza ya recupero y todo.

E: ¿Y ustedes las enfermeras la contienen emocionalmente?

E₂₀: Si, si lo que ha logrado fue con la ayuda de nosotras que una vez casi me arranca la espalda de arrancarse tan fuerte pero logramos sentarla y bajarle las piernas al costado de la cama pero más de ahí no pudimos pasar por que empieza a los gritos y el marido dice que no que la dejemos parece que la están matando entonces la volvemos a acostar pero si se siente muy contenida y incluso yo cuando bueno tuve tanto saturación de ir de lunes a lunes yo le planteé de poner una tercera enfermera que me cubra y no hay manera ósea no quiere despegarse de mi tiene un miedo bárbaro. También en un momento quise cambiar de trabajo porque ya los costos no me daban y era mucho viaje no hubo manera de que me vaya así que está muy apegada a enfermería ya es como una familia está muy contenida y apegada por nosotras que no quiere cambiar.

E: ¿Y cómo te sentiste con la entrevista?

E₂₀: Bien fue muy emocionante hablar del trabajo de uno me apasiona y me doy cuenta de la importancia de enfermería.

Entrevista N 21 VC.

E: ¿Cual es según su criterio la naturaleza y el contenido global de la internación domiciliaria?

E₂₁: Bueno la internación domiciliaria es un paso en donde tenés un paciente que no requiere el cuidado de una internación en una hospitalización, pero si tiene cuidados especiales. Entonces vos en la casa le podés brindar esos cuidados especiales con un equipo de enfermeras por ejemplo yo voy dos veces por día y a la noche tiene una enfermera de ocho horas que es el momento que digamos en el que la familia se siente más desprotegida y a la vez no solamente vos cuidas al paciente que no requiere una internación hospitalaria cuidas a la familia por todo el estrés que genera una hospitalización en un lugar en un centro entonces ahí ellos es como que están un poco más contenidos dentro de su casa porque aparte va un médico, el kinesiólogo, la fonoaudióloga digamos hay un equipo.

E: ¿Cómo es el equipo del servicio como se conforma?

E₂₁: Mis pacientes tiene el médico, la enfermera que soy yo, está la otra enfermera a la noche, está la fonoaudióloga que va tres veces por semana y esta el kinesiólogo que va diario a la mañana o a la tarde.

E: ¿Cuál es el perfil y el rol que realizas como enfermera en el servicio de internación?

E₂₁: Yo llego lo controlo, realizo todas las acciones de enfermería, curaciones, tiene una traqueo, aspiraciones de secreciones, kinesioterapia, higiene general, cambios posturales, le enseñas a la familia como movilizarlo porque yo voy dos veces en el día y el resto del día se quedan ellos solitos. El rol nuestro no es solo de asistencia sino de enseñanza porque nosotros necesitamos enseñarle a la familia, darle herramientas para saber cómo manejarse y que no se asusten tanto.

E: ¿Cómo se sienten ellos con esas herramientas que vos les das? ¿Quieren que el sujeto de cuidado sea más independiente o dependiente?

E₂₁: En mi caso es un paciente que esta postrado tiene un menigioma con hidrocefalia reactiva ahora el ocho de mayo tiene una nueva cirugía por que la válvula abdominal está filtrando esta fisturizada no funciona bien para drenar la hidrocefalia así que bueno vuelve a otra cuarta cirugía se le hizo radioterapia. Mi paciente es dependiente de las actividades de la vida cotidiana hay que hacerle todo, te mueve las manos, esta lucido, porque es una persona que está ubicada en tiempo y espacio, tiene sesenta años, el viene hace seis años peleando esto, pero hace un año y medio desde la última cirugía quedo totalmente postrado y es dependiente completamente. Se le trata de darle dentro de su dependencia tareas, abrir la mano, cerrar la mano, levanta el brazo, digamos cosas que él pueda hacer porque tiene una leve hemiparesia izquierda entonces moviliza poquito la mano pero bueno, que abra la mano que cierre la mano son las únicas cosas que puede llegar a hacer entonces en eso fomentamos que habrá y cierra de ultima le damos una pelotita para que haga un poco de terapia. Estos ejercicios se realizan cuando quiere porque hay que ver el estado de ánimo del paciente se limpia la nariz, a pesar de que tiene sonda nasogástrica, se cuida el de no sacarse la sonda, y se limpia la nariz, así que eso todo lo hace con la manito derecha.

E: ¿Algún referente teórico de la especialidad que tengas?

E₂₁: Mira a mí me gusta Callista Roy porque tiene una visión de la enfermería holística, a mí me gusta ella porque ve al paciente como un todo, no como algo o alguien que está en una cama y tiene un paciente no; es una persona que tiene sentimientos, que tiene un entorno

familiar, que tiene valores morales, que tiene conocimientos, que esta educado, digamos se ve un todo que sufre no es algo que está ahí, como se dice acá es el del meningioma no. Es una persona que tiene una enfermedad muy compleja pero que tiene todo un entorno lo que tiene la internación domiciliaria que vos te manejas que es lo que me gusta que es lo que descubrí ahora después de veinticuatro años de trabajar en un hospital es que vos tenés al paciente, conoces a la tía, conoces a la hermana, al nieto, es un todo y Callista te ve ese todo vos ves a la persona en su entorno no como partes separadas.

E: Ese entorno que el servicio de internación te lo da ¿Le es positivo al paciente, te es positivo a vos?

E₂₁: Si sumamente positivo si, sino yo no podría estar, de hecho, me dieron pacientes que no me gusto el entorno que tenía y me fui y sé que no iba a continuar con ese paciente porque no me gustaba el espacio. A mí me gusta trabajar en un ambiente tranquilo también y si ese entorno es muy conflictivo vos no podés arreglar las cosas que tienen treinta o cuarenta años de problemas.

E: En este caso la familia, hablando del entorno como la familia, ve al sujeto de cuidado internado en el domicilio ¿Lo ve como algo bueno, como algo malo?

E₂₁: Lo ve como algo bueno, para ellos está bien se sienten contenidos con la internación en el domicilio. Pará ellos está bien que este en la casa.

E: ¿Vos observas que cambia un poco la vida de ellos?

E₂₁: Cambia la dinámica, pero es como que pueden mantener su vida, por eso te decía, el paciente en internación domiciliaria le permite a la familia volver a su rutina. En cambio, vos tenés un familiar internado y ya tenés que faltar al trabajo, cambiar los horarios, complica digamos totalmente la vida, te desestructura todo, te desestabiliza.

E: ¿Cómo elegiste la especialidad?

E₂₁: Yo la verdad empecé en internación domiciliaria porque necesitaba otro trabajo, es un hallazgo diríamos después de tanto tiempo acá encontré que hay otra forma de enfermería dentro de la enfermería es muy loco yo creo que a la enfermera se la valora mucho más, totalmente vos como le vas enseñando obvio si tenés la herramientas y creo que si las personas ven que vos sabes que tenés conocimiento que no es que hablas por hablar pero yo me siento realmente muy valorada cosa qué acá en el hospital no es muy raro que la familia te valore.

E: ¿Tenes nivel de independencia al trabajar en un servicio de internación?

E₂₁: Yo tengo que ir dos veces por día, el horario lo manejo es totalmente independiente, dentro de las dieciséis horas que requiere cuidados, pero los horarios los pones vos.

E: ¿Estabilidad laboral te da?

E₂₁: No, porque ponerle ahora el paciente cuando se enferma se interna y al internarse ya no cobras. Ahora que se va a Buenos Aires a operarse yo el tiempo que el este allá yo no cobro te da cierta estabilidad laboral, pero es mínima yo creo que te la da para la persona que tiene varios pacientes yo tengo dos nada más.

E: ¿Cuál es el nivel participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones?

E₂₁: Un ochenta por ciento porque sos vos el que le avisa al médico. El medico va una vez por semana por ejemplo ahora él paciente estaba engripado, tenía más cantidad de moco, tenía mucha tos, entonces nosotros somos los que le avisamos al médico tiene esto, tiene aquello, le podemos realizar aquello o le hice las nebulizaciones con atroben, con ventolin porque estaba con broncoespasmo vos en ese momento no tenés al médico arlado y por ahí lo llamas por teléfono y no te atiende bueno lo inmediato tenés el nebulizador, tenés la medicación y se la haces y llamas al médico y le decís tiene esto , tiene aquello cuando te atiende o él se desocupa te llama.

E: Y cuándo se descompensa el paciente ¿Cómo se procede?

E₂₁: Cuando se descompensa se llama a la ambulancia y se lo lleva a la guardia que él se atiende en la Colon acá en Mar del Plata y en el Fleming en Buenos Aires.

E: Refiérase al trabajo en equipo y sus incidencias.

E₂₁: Digamos no hay un equipo de trabajo formado como hay dentro de una institución, pero lo que tenés es una relación de colegas por que vos le podés dejar marcadito algo a la otra enfermera. Sin tenés una interrelación con el resto de los profesionales, con el kinesiólogo, con el fonoaudiólogo, con el médico, pero es muy alejado no es un equipo homogéneo vos podes llegar a decirle pero ellos aceptan o no lo que vos les dijiste.

E: ¿Se juntan en alguna reunión para hablar asuntos sobre el sujeto de cuidado?

E₂₁: No, únicamente te manejas con una notita o lo llamas por teléfono o si lo encontrás ahí podés hablar un poquito pero no hay un equipo. El equipo de trabajo lo forma [REDACTED] pero después no hay una interrelación entre la gente que atiende al paciente más que el medico enfermera.

E: ¿Cuales son según tu criterio los motivos de posibles crisis personales y frente al paciente y la familia?

E₂₁: Eso es lo que yo te decía esta pregunta va a la que te dije de estar tranquila a donde uno va a mí no me gusta estar en un lugar donde estas tensionado entonces por eso es que yo estoy en estos dos lugares me siento cómoda no hay crisis. Después si crisis internas si puedo llegar a tener no ahora pero si a futuro vos te encariñas con la familia y te encariñas con el paciente, Carlos es una persona que es un paciente terminal ahora a mí económicamente en este momento me conviene poco ir pero no lo puedo dejar porque yo ya estoy encariñada con ellos es lo que hablamos el otro día sobre el seguimiento del paciente entonces acá si me va a doler mucho cuando el fallezca porque él es paliativo yo soy muy consciente y la familia también que todo lo que le hago es paliativo a lo que dure.

E: Vos que estás trabajando en el hospital y que ahora estas en el servicio de internación. ¿Qué diferencias globales vez entre uno y el otro, tanto vos como enfermera y con la familia?

E₂₁: Es como te decía como enfermera uno se siente más valorada afuera del hospital en la casa vos tenés un poco más de autonomía porque no hay otra persona más que vos si el paciente se descompensa yo vivo cerca así que siempre me llaman a la primera que acuden es a mí. Si bien [Dar salud] tiene un servicio de urgencias entre comillas, porque es un teléfono que nunca atienden, ellos acuden a mí. En ese sentido uno está muy desprotegido porque el servicio de urgencia vos llamas y no los atienden por eso termina llamándome a mí en ese sentido la familia está muy desprotegida.

E: ¿Los cuidados que vos prestas en el domicilio son distintos a los que prestas en el hospital?

E₂₁: Son exactamente los mismos vos sos enfermera acá y allá, vos como enfermero vos trabajas con protocolos de cómo trabajar ya más allá de si lo quieren hacer bien o no hay una forma tenés algo lineal de como con conocimiento sabes y trabajas siempre siguiendo las pautas eso es lo mismo. Enfermería haces acá y en la China es enfermería y eso es lo lindo de la enfermería que no es que vos vas cambiando vos vas cambiando porque vamos evolucionando a medida que uno va estudiando va adquiriendo conocimiento pero es así vos sos enfermero en todos lados dentro del hospital nosotros mismos vamos cambiando el e, el b, el d, el c, pediatría, lo que sea te cambia el paciente pero vos sos la misma enfermera, las áreas críticas con tantos años yo estuve en todos lados pero yo soy la misma enfermera.

E: ¿Y eso de estar en el hospital con veinte pacientes y en el domicilio con uno con que te

quedas? como lo ves? como pensás con respecto a los cuidados?

E₂₁: Es distinto, es mi paciente. En el domicilio vos tenés más responsabilidad porque sos vos la que estas. En un hospital vos tenés todo un entorno, el paciente se descompensa, llamas el médico, viene el médico y vos auxilias al médico. Enfermería tiene muchas armas de acción que no se utiliza por ejemplo en la guardia viene el paciente tiene dolor de pecho que haces le tomas un ECG, miras el electro vez como esta y de ahí ya sabes si es un paciente que realmente tiene un dolor de pecho porque esta fibrilado, porque tiene lo que sea ahí te manejas sacas sangre, controlas signos vitales, aparte de llamar al médico le pones la vía, agarras los elementos que tenés que darle administras la morfina si tiene un edema agudo, vos ves al paciente pero estas en todo un entorno que vos estas cuidada también. Allá no vos más o menos vas adquiriendo bueno a ver este paciente tiene, tenés las cosas y tenés que buscar, podríamos tener ventolin, tenés que ir armándote, porque allá estas sola. Yo me di cuenta que tenía problemas porque estaba con un broncoespasmo algo sencillo y común digamos y bueno yo ya había previsto que puede llegar a hacerlo no es una persona que pueda llegar a ser cardiaca, pero es una persona alérgica y está con una traqueo y entonces vos tenés que tener broncodilatadores por las dudas. Entonces vos tenés que ir adelantándose a los hechos.

E: ¿Qué grado de compromiso con el trabajo tenés?

E₂₁: Es un cien por ciento. A todo por eso te decís es el hecho de estar. A mí me gusta ser enfermera, me encanta y soy te lo remarco porque yo podría haber estudiado lo que a mí se me hubiese ocurrido mi Mama es enfermera yo sé, yo entre con los ojos bien abiertos a esta profesión y hace veinticuatro años que vengo evolucionando con mi profesión, yo soy una enfermera pero soy una enfermera formada porque yo me formo porque a mí me gusta ir evolucionando dentro de mi especialidad que es la enfermería y como te decía a mí me gusta Callista porque abarca al todo y no solamente a un cuerpo.

E: ¿Tuviste aspectos gratificantes y desagradables de la tarea?

E₂₁: Si, el desagradable por ejemplo la gente dentro de lo que es el hospital la gente que ve que estás trabajando es el egoísmo de la gente y por eso te decía yo me encontré con una enfermería distinta en internación domiciliaria donde te sentís valorada eso es altamente gratificante.

E: ¿Alguna debilidad y fortaleza en la formación académica y en la práctica en la internación?

E₂₁: Lo que pasa que la debilidad te la da el no conocimiento entonces como a mí me gusta formarme hace veinticuatro años que soy enfermera y hace veinticuatro años que nunca deje de estudiar yo estudio desde los cinco años y en este momento estoy haciendo un posgrado tengo varios posgrados. Yo creo que la debilidad que tiene la enfermería es el no querer seguir creciendo por que vos te recibiste listo no hay que seguir estudiando vos tenés que seguir evolucionando como enfermera vos tenés que seguir creciendo yo estoy acá en la guardia atendiendo paciente pediátricos, recibí bebés en la calle entonces yo me especialice en recepción de recién nacidos y pacientes en neo siendo que yo ya estuve en neonatología hace veinte años y en ese momento como estaba ahí fui al Materno hice dos años *ad honorem* especializándome porque no había un curso para especializarte en ese momento entonces pedí permiso y les explique que yo era una enfermera que estaba en formación que yo me considero una enfermera en formación actualmente con cuarenta y dos años y con veinticuatro años en enfermería y yo soy una persona en formación porque hay un montón de cosas para aprender por qué hay un montón de cosas que no me dan los tiempos para aprender y no me da la cabeza porque es mucho entonces termino una cosa empiezo otra.

E: ¿Con tus compañeros como sentís la relación acá en el hospital y en el domicilio?

E₂₁: Lo que pasa que en atención domiciliaria no me veo con los enfermeros no tengo una relación más que de cartita, no la conozco y en el hospital si por que vos pasas ocho horas con tu compañero.

E: ¿Vos crees que juega en el domicilio mucho el aspecto económico, social, ambiental?

E₂₁: Si, totalmente por ejemplo Carlos requiere de muchísimos cuidados no podría estar él si se hubiese enfermado, se hubiese infectado, si hubiese estado en un entorno en una casa precaria porque él no puede estar en una casa precaria no sería un paciente apto para internación domiciliaria si no tuviese los medios económicos para solventarse. Él está en internación domiciliaria porque tiene un entorno que lo permite de hecho fue evaluado fue un servicio a evaluar el entorno porque si no él no podía estar.

Entrevista N 22 VU.

E: ¿Cual es según su criterio la naturaleza y contenido global de la internación domiciliaria?

E₂₂: Atención domiciliaria es brindar cuidados de atención, calidad y sobre todo mucha educación en base a lo que necesite en el momento que puede ser de una administración de un medicamento, educación sobre cuidados, una curación, cualquier tipo de pr pero

básicamente es comprometerse en ese momento con lo que necesita y educar o brindar una atención específica a esa persona. Personalizada mucho más que en internación mucho más personalizada y adaptada que es lo más importante al medio en el que vive , no podemos pretender que tenga una cama ortopédica si no tiene las posibilidades de adquirirla entonces tenemos que adaptarnos muchos más que en internación porque en internación disponemos de ciertas herramientas que en la casa no tenemos, en internación disponemos de otro compañero para mover al paciente , en atención domiciliaria no disponemos de nadie somos nosotros y en muchos casos un cuidador o un familiar al que tenemos que enseñarle entonces vamos adaptando lo que tenemos que brindarles a las posibilidades que tiene ahí adentro.

E: ¿Cuál es el perfil profesional en la práctica? ¿Cómo vos haces tú tarea diaria?

E22: Primero vamos por parte la enfermera tiene que tener una presencia fuerte sin ser agresiva tenés que verla y decir que es confiable, la buena presencia es indispensable, tiene que brindar confianza y seguridad cuando habla, si la persona no brinda seguridad cuando habla no nos sirve por que vos estas entrando en una casa, en un hospital vos impones el tratamiento y haces que la otra persona lo cumpla, en la casa vos estas invadiendo su espacio, tenés que ganarte la confianza para que ellos hagan lo que decís o lo que querés lograr, entonces las modificaciones por ejemplo se le tenés que cambiar una medicación no es un día para el otro son varios días de trabajo, de diálogo, es sentarte y charlar, explicar el porqué, cual es el beneficio, en que cambia. Tienen que confiar en vos entonces la persona tiene que ser sumamente confiable y tiene que tener muy buenos criterios, su formación y sus conocimientos tiene que ser muy sólidos, firmes y entender que está haciendo y por qué lo hace sino no sirve, porque nadie confía en vos.

E: ¿Qué tareas diarias realizas por ejemplo?

E22: Cualquier tipo de tarea lo que necesites sea una colocación de sonda, una curación de una ulcera, modificación de medicación, administrar una medicación. Siempre tenemos un médico que nos respalda pero en atención domiciliaria la enfermera es más independiente y hay decisiones que se toman solas como por ejemplo una curación de una ulcera en internación muchas veces el medico te dice como curarla en atención domiciliaria es el criterio de enfermería y funciona mucho más yo lo he comprobado funciona mucho más la curación de una ulcera funciona mucho mejor cuando es puramente criterio de enfermería, cicatriza mejor, menos infecciones, montón de otros beneficios que cuando interviene un

Médico y por lo general los médicos trabajan mucho en equipo y el médico a veces dice consulte con la enfermera eso está bueno porque generas confianza. Lo que pasa que el grupo de internación domiciliaria es muy reducido entonces el medico sabe quién es quién y cómo trabaja cada uno y hay esta bueno porque ahí es donde el medico confía más en vos y te dice bueno pregúntele a la Enfermera, eso lo va a manejar con la enfermera hay cosas que sí vos vas a llamar o vas a ver al Médico al otro día y le vas a preguntar me paso esto y esto con tal persona y hay cosas que no incluso llegas y el paciente dice que vino el médico y me dijo que hablara con vos por tal y tal cosa es enfermería puro porque el medico no está todos los días, es el criterio de enfermería para hacer todo.

E: ¿Cada cuánto va enfermería al domicilio?

E22: En el servicio hay diferentes prestaciones una que es de visita diaria, hay visitas que son para cambio de sonda una vez al mes, visitas que son para curación de úlceras y esas por ejemplo las programas vos hoy te dicen viene la jefa o la secretaria y te dice que hay que curar una escara vos vas vez la escara, planteas un posible tratamiento, educas a la persona que lo va a hacer, que a veces un cuidador o a veces un familiar y le decís bueno de acuerdo a mi criterio usted va a hacer esta curación durante una semana yo a la semana que viene aproximadamente entre tal y tal día vuelvo para reevaluarla sino volvéis al otro día, a los quince días o al mes eso va de acuerdo al criterio o a lo que vos hayas visto, lo que hayas evaluado, al tratamiento que plantees; entonces vos vas reevalúas a la semana por ejemplos reevalúas y le decís bueno seguimos con el mismo tratamiento o cambiamos a ser tal o tal otra cosa. Y ese paciente que va por una curación no paso por un Médico previo, el Medico lo único que hizo fue la orden para que vaya una enfermera a curarle la escara, pero el criterio la decisión como curar esa escara la decisión de ir evaluándola y decir mira acá está infectada, necesita un antibiótico, vas a tener que ir consultar con un Médico es puramente de enfermería, es exclusivo de enfermería. No hay nadie que opine y sos vos tu alma tus conocimientos y la ulcera y vos vas a decidir sobre eso ese es la parte que esta buena. Porque me ha tocado a mí en lo personal úlceras muy grandes que ha llevado cinco, seis meses en curar, pacientes colonizados por estafilococos y que cerraron y vos les decías habría que hacer tal cosa por esto por esto vos le das los fundamentos y no del lenguaje profesional sino le bajas al lenguaje y el familiar lo hace y vos vez lo gratificante que es cuando la ulcera cerro y le decís bueno ya no venimos más porque no es necesario eso está bueno y es

puramente de enfermería nadie interviene.

E: Bueno con eso vimos el rol también. ¿Cómo elegiste la especialidad?

E22: Yo no elegí a mí me pasaron yo trabajaba en internación y un día, me dijeron bueno el viernes empezar en atención domiciliaria tenía una noción de lo qué se trataba atención domiciliaria, pero cuando aparecí en atención domiciliaria no tenía una idea de cómo había que plantarse en una casa porque había rotado así en la facultad, pero una cosa es hacer una rotación de un día y otra cosa es trabajar como enfermera donde en la primer semana para entrenamiento salís con otra enfermera de años pero la semana siguiente ya me dijeron sola alma y yo y dije bueno a salir al mundo y vas aprendiendo y la verdad que a mí me gusta mucho la experiencia, la experiencia es muy buena. Si hubiera una especialidad de atención domiciliaria estaría excelente pero lamentablemente es un trabajo muy dispar que no hay especialidad no es como una unidad de cuidados intensivos.

E: ¿De dónde provienen los referentes teóricos de la especialidad?

E22: No tengo referentes teóricos.

E: ¿Cuál es el nivel de participación de los profesionales enfermeros en las tomas de decisiones?

E22: Depende de cada enfermero, depende de cada médico, depende de cada grupo de trabajo. A mí me toca estar en un grupo de trabajo donde desde mi punto de vista la enfermería es un 80% del tratamiento, el tema del médicos verlo una vez cada quince días al paciente o una vez por semana la decisión pasa por enfermería, el criterio de la enfermera y la confianza del médico en la enfermera, si la enfermera dice tiene tal cosa y el medico cree que sos confiable tu decisión es un 80 % el obviamente va a evaluar y va a ver pero tu decisión es un 80 % de lo que se hace pero depende de cada grupo, quien es el médico, como trabaja el medico tiene que saber a trabajar en equipo sino no pasa nada. Y en internación no participas directamente, no participas en internación por que vos podés opinar mucho pero no es lo mismo porque hay no trabajo en equipo en internación no existe porque vos estas en un servicio por ahí tenés ocho pacientes y de esos ocho pacientes cinco tienen distinto médico y vos no podés estar en cinco grupos distintos porque es una locura en la guardia por ejemplo la decisión es más trabajo en equipo, es mucho más trabajo en equipo y hay notas las diferencias. También tenés que poder confiar en el medico también enfermería comienza a conocer con los médicos con lo que trabaja y decís bueno en este podés confiar en este no y al médico le pasa lo mismo

en esta Enfermera puedo confiar en esta no y ahí se van tomando las decisiones vas empezando a meterte cada vez más en la decisión.

E: Bueno entonces se concatena con esta del trabajo en equipo. Refiérase a los alcances del trabajo en equipo y su incidencia.

E22: En atención domiciliaria si hay trabajo en equipo, en internación no hay, en atención domiciliaria si no hay trabajo en equipo no hay servicio de atención domiciliaria sin equipo es como una guardia sin equipo no existe tiene que haber trabajo en equipo cuesta mucho aprender a hacerlo es un trabajo de que tenés que aprender a trabajar en equipo, tenés que aprender a hacerlo cuesta sobre todo la parte médica, enfermería está acostumbrada a trabajar en equipo con un compañero y está más adaptada a trabajar con los médicos, pero los médicos no está adaptados a tener que confiar en los enfermeros a hacerlos parte del equipo, entonces a ellos le cuesta más que a enfermería.

E: Y hablando de la independencia, el nivel de independencia ¿Cómo lo ves en atención domiciliaria?

E22: Súper independiente, si bien hay un horario de trabajo vos tenés un determinado horario para hacer visitas cinco horas para visitar quince pacientes por decirte algo; vos vas a ir a ver a esos pacientes pero el tiempo que vos le dedicas a cada uno es de acuerdo a las necesidades no te vas a quedar una hora con un paciente que vos vez todos los días y esta divino, que no tiene úlceras, que no tiene problemas de deglución, que no tiene problemas de movilidad, entonces hay muy pocas cosas para hacer no vas a dedicarle una hora a ese paciente le vas a dedicar diez, quince minutos lo necesario y por ahí si le vas a dedicar una hora a un paciente que está muriendo, a un paciente que tuvo un ACV y que la familia tiene un montón de dudas, pero los tiempos los vas a acomodar vos las decisiones estas solo, enfermera está sola hay y ese momento las decisiones, tiene un teléfono para comunicarse con el Medico para comunicarse con la guardia y derivar el paciente a la guardia, pero la decisión es de uno. Vas hoy y encontrar al paciente hipotenso y vos decís y toma cinco antihipertensivos y decís hoy no los tome y es tu decisión en internación vos necesitás consultárselo al Médico y el medico te va a decir no le des tal cosa no le des una carga acá no es tu decisión lo vas a manejar en el momento está bradicárdico y requiere un traslado a la guardia, a ver que medicación tiene betabloqueantes, que hacemos le suspendemos el betabloqueante, tiene digitálicos puede hacer una intoxicación digitálica le suspendemos el digitálico mandamos a la guardia, hay

un montón de cosas que va a decidir la Enfermera en un momento solita, por eso tiene que tener mucho criterio, tiene que saber lo que está haciendo por qué lo hace, tiene que tener fundamento los conocimientos tiene que tener un buen fundamento sólido, no puedes decir por qué a mí me parece haga tal cosa porque es mi responsabilidad, uno tiene un conocimiento profesional, una matrícula que hay que defenderla y que hay que justificarla. También tiene que ver como vos te plantas a la familia acordarte que la familia está confiando en lo que vos le decís en muchos casos la familia confía muchos más en vos que en el Médico en muchos casos entonces lo que vos le decís es palabra santa. Me tocó un paciente que tenía que darse un corticoide y no quería porque era diabético pero de ese tratamiento con corticoides dependía una cirugía y eso es sentarte y darle horas y horas de charla y lo logras y cuando lo logras que vos que el paciente confió en vos y que es solamente tu palabra no importa lo que diga el Médico una vez cada quince días cuando va es lo que diga la Enfermera y ahí está bueno y ahí te das cuenta que lo que estás haciendo sirve, que tu independencia está firme, que tenes conocimientos y todo.

E: ¿Cuál es según tu criterio los motivos de posibles crisis?

E22: Falta de trabajo en equipo ahí se te fue todo al tacho y también tiene que haber en el equipo una coherencia porque si por ejemplo todos tenemos franco y por ahí al paciente lo va a ver otra persona y si no hay una buena reunión en equipo en donde el equipo es coherente y todos tiran para un mismo lado no puedo yo un día hacer una cosa, vos otro día hacer otra cosa, va otra persona a hacer otra cosa, es un caos, entonces ahí tenés que tener un buen trabajo en equipo y coherencia en todo momento si porque me ha pasado un paciente con una curación y le estaban poniendo miel a la herida y yo no estaba de acuerdo con esa curación pero yo no puedo cambiar lo que venía haciendo la enfermera que viene hace tres meses viendo a ese paciente todos los días por qué voy un día y no estoy de acuerdo no puedo cambiarla en la casa del paciente hago exactamente lo que venían haciendo hasta tres meses pero si cuando llego al servicio puedo decirle a la otra enfermera che mira a mí me parece que no está para ese tipo de curación pero va a quedar en la enfermera que va todos los días cambiarla o no por eso digo la coherencia. Yo voy un día y digo acá lo vas a rotar cada dos horas y vos vas al otro día y lo decís para que lo movés si tiene un colchón anti escaras, eso es lo que llevo a una crisis porque te estresa muchísimo te estresa porque es todos los días empezar de nuevo por hoy yo voy y digo tiene que tomar esta pastillita que es para la presión

todos los días comer sin sal vas vos al otro día y le decís pero que se coma un sándwich de miga de jamón crudo entonces tiras por la borda todo lo que yo vengo haciendo, eso es estresante te lleva a crisis te hace replantear si vale la pena lo que haces, vale la pena seguir en el servicio y tampoco está bueno decir yo hago y después total o me da lo mismo hacerlo o no hacerlo. Yo soy obsesiva con el trabajo si lo voy a hacer lo voy a hacer bien entonces ese tipo de cosas me estresan el doble y te llevan a crisis.

E: Dentro de esta pregunta tenés algún tipo de crisis que repercute en la relación con vos y la Familia del sujeto de cuidado

E22: No, porque tienes que aprender por ahí a no traerte el trabajo a casa, si vas a llegar a tu casa vas a contar y vas a hablar de lo que me paso de lo que viví, son experiencias por ahí distintas, pero no te vas a pelear con tu familia o no vas a cambiar algo por eso no son dos cosas distintas.

E: El grado de compromiso en el trabajo

E22: Yo soy obsesiva, soy terrible me he estresado, he salido por carpeta de salud mental por estrés en el laburo, he dicho esa persona o yo pero no haciendo las cosas personales siempre visto en enfermería pensando esto se hace así si esto se hace así es por tal y tal cosa, vamos a hacerlo así porque así se debe hacer, el fundamento es así no me podes venir a inventar un balance hídrico, no me podes pasar una dieta por sonda nasogástrica con el paciente plano hay cosas que son así y son así vos no podes venir y cambiar porque vas a perjudicar una persona yo siempre les digo trabajamos atendiendo personas no vendemos caramelos si nos equivocamos podemos provocar la muerte de alguien hay que ser conscientes de eso; y son personas que tienen sentimientos, que tienen miedo y los estamos invadiendo entonces hay que ser conscientes de lo que uno hace.

E: Aspectos gratificantes de desagradables de la tarea

E22: Desagradables no puedo ver vomitar a una persona porque me agarra un asco bárbaro, cuando los veo vomitar me revuelve el estómago si hay otra persona pego media vuelta y me voy yo y dejo a mis compañeras es terrible no puedo es lo único que me molesta después no tengo problema. Desagradables es por ahí cuando vez que no podés hacer nada, es frustrante desagradable pero siempre le encontrás el lado de ayudar al otro entonces se hace gratificante. Se hace gratificante cuando la familia te recuerda a través de los años se acuerda de vos y te agradece, hay gente que conocí de atención domiciliaria hace cinco años que me ve tiene

buenos recuerdo te abraza y te agradece por ahí fueron dos o tres visitas que hiciste pero en algo marcaste la vida de esa persona vos estuviste en ese momento un antes y un después en la vida de esa persona por ahí estaba en el medio de una crisis porque se encontraron de golpe un familiar que tuvo un ACV que de estar divino paso a estar postrado sin hablar y para ellos es un crisis enorme y vas vos y le demuestras que se puede, es terrible porque es terrible que haya sufrido un ACV pero que hay un montón de cosas que se pueden hacer, que se puede llevar adelante eso, que se puede convivir, que requiere cuidados atención pero que se puede entonces vos le demostrar que hay una luz ,los ayudas ,los calmas , les brindas contención y ellos lo reconocen y está muy bueno.

E: ¿Alguna debilidad y fortaleza que encuentre en tu practica?

E22: Debilidad mi obsesión por que te estresa mucho, enfermería es muy complicado, es muy estresante en domicilio más todavía para mí, pero si me gusta. La fortaleza que en realidad también es un debilidad cincuenta y cincuenta es la independencia, tenés que tener criterio, conocimiento porque eso puede ser tu fortaleza o tu debilidad, es un arma de doble filo la enfermera de atención domiciliaria si tiene una buena base es una fortaleza sino es una debilidad si vos encontrás a un paciente como me ha pasado a mí con cuarenta de frecuencia cardiaca y no sabes que eso es un intoxicación digitálica porque está tomando digoxina de altas dosis es una debilidad y un riesgo enorme para la persona si vos sabes enseguida actúas entonces esa independencia que está muy buena puede ser una fortaleza o una debilidad depende de cómo las tomes y que criterios tengas. Me ha pasado también de decir che de esto no tengo ni idea y tener que llamar al médico que cuerno hago porque no lo sé pero siempre no lo vas a demostrar delante del paciente si tenés que hablar y a mí eso me paso que llame al médico y le dije deme un segundo que lo voy a consultar con el doctor entonces salís a la vereda o al patio me acuerdo que le decís a la médica que hago y entonces explicarle todo a la médica y la médica decía bueno hace me una notita y trasládala a la guardia contar que diga tal y tal cosa , bueno eso fue mi debilidad pero no lo vas a demostrar ahí adelante y vos vas y quedas divina y le decís consulte con el doctor y me dice que es mejor para ella que la lleve a la guardia para que la puedan evaluarla le pueden hacer un análisis de sangre, sacar una radiografía, un electrocardiograma quedas divino pero fue tu debilidad por que vos no supiste que hacer como resolverlo.

E: Diferencia entre internación y hospital, pero en vos como enfermera y con la familia

E22: La familia en este momento está mucho más agresiva en el hospital que en la casa pero más agresiva desde lo verbal y hasta lo físico llegan hasta ahora lamentablemente. Miedosa en el hospital, tiene mucho miedo en el hospital porque vienen los médicos y son desconfiadas en cuanto a enfermería porque vas a hacer tal cosa si el medico dijo tal otra, entonces vos tenés que remarla y decirle, en el hospital es complicada la familia porque vos tampoco tenés tiempo por eso en internaciones largas de una semana quince días pero no llegas a que la familia te conozca por que vos tenés en ese momento diez pacientes más entonces no te llegan a conocer como laburas porque te ven cinco minutos si bien estas ocho horas al pie de cama como se dice no le dedicas ocho horas a esa persona y la familia te ve que vas y venís con diez médicos distintos y no saben interpretarlo. Pero en la casa no son tan agresivos o por lo menos yo no los veo como agresión si con desconfianza al principio, pero después no. En el hospital vos podés imponer en la casa vos tenés que negociarlo. Vos entras a una casa y ellos no saben qué vas a hacer vos, quien sos vos y vos no sabes quién es el, vos te estas arriesgando porque vos estas entrando a un lugar extraño y tenés que empezar a mirar todo alrededor sin que ellos se sientan invadidos. Vos en una primera visita tenés que ver quién sabe más del paciente, quien está más lúcido para brindar cuidados, como está el paciente, que condiciones tiene, que cosas tiene a su disposición, si vos le vas a pedir que tenga un cochón anti escaras podrán comprarlo o no vos miras un montón de cosas, desde haber el espacio donde está durmiendo, tiene luz no tiene luz, tiene comodidad no la tiene, tiene higiene no tiene higiene, la comida es adecuada, vos miras un montón de cosas y ellos por ahí no se dieron cuenta, no tienen idea de lo que paso de lo que pasa por tu cabeza y mientras tanto vos le vas dando charla, tenés que ver si te ofrecen un lugar para sentarte y lo tenés que buscar vos, si te dan el espacio para atender al paciente, se te van a dar bolilla, si te van a escuchar, pero es un trabajo a veces de hormiga muy cuenta a gotas.

E: ¿Y para vos es mejor el hospital o el domicilio?

E22: Para mí es mejor el domicilio, porque la gente está predispuesta de otra manera porque no está atenta a lo que está pasando alrededor como ellos conocen su casa no están atentos a lo que está pasando alrededor están atentos a vos que sos el que entrases recién, en el hospital es un ambiente desconocido sonó una alarma, son un timbre, paso esto, paso un médico, paso otro, vino un camillero están muy dispersos hay muchos distractores en el hospital para la familia sobre todo si es una habitación compartida tenés dos o tres personas más y ellos están

atentos a lo que paso en la primera cama en la segunda entonces no te dan bola a vos cuando vos le hablas no te están prestando atención. En la casa vos sos el extraño lo único diferente en su entorno y es toda la atención en vos y se van a poner a mirar cómo te paraste, como te apoyaste, donde degastes tus cosas, que anotas que no anotas, que prestas atención, para donde desvías la mirada, a ver cómo es tu actitud, como es tu postura, tus ademanes, con que lenguaje le hablas, si ellos entendieron, que entendieron ellos, para mi es mejor la familia en la casa que en el hospital, mucho mejor la familia en la casa, vas a tener mucho más éxito con la familia en la casa que en el hospital. En el hospital no te van a entender absolutamente nada de lo que vos le digas vos le podés dar todo anotado y no te entienden un pomo, lo tienen anotado y no te entienden, en la casa ni siquiera hace falta anotar a veces, pero te pasa.

Anexo Nº 5 Ley 24004/91

Régimen legal del ejercicio de la enfermería

BUENOS AIRES, 26 de septiembre de 1991. Boletín Oficial, 28 de octubre de 1991. Vigentes. Decreto Reglamentario. Decreto Nacional 2.497/93.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

Capítulo 1

Concepto y alcances (artículos 1 al 3)

Art. 1. - En la Capital Federal y en el ámbito sometido a la jurisdicción nacional el ejercicio de la enfermería, libre o en relación de dependencia, queda sujeto a las disposiciones de la presente ley y de la reglamentación que en su consecuencia se dicte.

Art. 2. - El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la de prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes. Asimismo, será considerado ejercicio de la enfermería la docencia, investigación y asesoramiento sobre temas de su incumbencia y la administración de servicios, cuando sean realizados por las personas autorizadas por la presente a ejercer la enfermería.

Art. 3. - Reconócese dos niveles para el ejercicio de la enfermería:

- a) Profesional: consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia;
- b) Auxiliar: consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión.

Por vía reglamentaria se determinará la competencia específica de cada uno de los dos niveles, sin perjuicio de la que se comparta con otros profesionales del ámbito de la salud. A esos efectos la autoridad de aplicación tendrá en cuenta que corresponde al nivel profesional el ejercicio de funciones jerárquicas y de dirección, asesoramiento, docencia e investigación. Asimismo corresponde al nivel profesional presidir o integrar tribunales que entiendan en concursos para la cobertura de cargos del personal de enfermería.

Capítulo 2

De las personas comprendidas (artículos 4 al 8)

Art. 4. - Queda prohibido a toda persona que no esté comprendida en la presente ley participar en las actividades o realizar las acciones propias de la enfermería. Los que actuaren fuera de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3x de la presente ley serán pasibles de las sanciones impuestas por esta ley, sin perjuicio de las que correspondieren por aplicación de las disposiciones del Código Penal.

Asimismo las instituciones y los responsables de la dirección, administración, o conducción de las mismas, que contrataren para realizar las tareas propias de la enfermería a personas que no reúnan los requisitos exigidos por la presente ley, o que directa o indirectamente las obligaren a realizar tareas fuera de los límites de cada uno de los niveles antes mencionados, serán pasibles de las sanciones previstas en la ley 17.132, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pudiere imputar sea las mencionadas instituciones y responsables.

Art. 5. - El ejercicio de la enfermería en el nivel profesional está reservado sólo a aquellas personas que posean:

- a) Título habilitante otorgado por universidades nacionales, provinciales o privadas reconocidas por autoridad competente;
- b) Título de enfermero otorgado por centros de formación de nivel terciario no universitario, dependientes de organismos nacionales, provinciales o municipales, o instituciones privadas reconocidos por autoridad competente;
- c) Título, diploma o certificado equivalente expedido por países extranjeros, el que deberá ser revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia o los respectivos convenios de reciprocidad.

Art. 6. - El ejercicio de la enfermería en el nivel auxiliar está reservado a aquellas personas que posean el certificado de Auxiliar de Enfermería otorgado por instituciones nacionales, provinciales, municipales o privadas reconocidas a tal efecto por autoridad competente. Asimismo podrán ejercer como Auxiliares de Enfermería quienes tengan certificado equivalente otorgado por países extranjeros, el que deberá ser reconocido o revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia.

Art. 7. - Para emplear el título de especialistas o anunciarse como tales, los enfermeros profesionales deberán acreditar capacitación especializada de conformidad con lo que se determine por vía reglamentaria.

Art. 8. - Los enfermeros profesionales de tránsito por el país contratados por instituciones públicas o privadas, con finalidades de investigación, asesoramiento o docencia, durante la vigencia de sus contratos estarán habilitados para el ejercicio de la profesión a tales fines, sin necesidad de realizar la inscripción a que se refiere el artículo 12 de la presente.

Capítulo 3

De los derechos y obligaciones (artículos 9 al 11)

Art. 9. - Son derechos de los profesionales y auxiliares de la enfermería.

- a) Ejercer su profesión o actividad de conformidad con lo establecido por la presente ley y su reglamentación;
- b) Asumir responsabilidades acordes con la capacitación recibida, en las condiciones que determine la reglamentación;
- c) Negarse a realizar o colaborar en la ejecución de prácticas que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales o éticas, siempre que de ello no resulte un daño inmediato o mediato en el paciente sometido a esa práctica;
- d) Contar, cuando ejerzan su profesión bajo relación de dependencia laboral o en la función pública, con adecuadas garantías que aseguren y faciliten el cabal cumplimiento de la obligación de actualización permanente a que se refiere el inciso e) del artículo siguiente.

Art. 10. - Son obligaciones de los profesionales o auxiliares de la enfermería:

- a) Respetar en todas sus acciones la dignidad de la persona humana, sin distinción de ninguna naturaleza;
- b) Respetar en las personas el derecho a la vida y a su integridad desde la concepción hasta la muerte;
- c) Prestar la colaboración que le sea requerida por las autoridades sanitarias en caso de epidemias, desastres u otras emergencias;
- d) Ejercer las actividades de la enfermería dentro de los límites de competencia determinados por esta ley y su reglamentación;
- e) Mantener la idoneidad profesional mediante la actualización permanente, de conformidad con lo que al respecto determine la reglamentación;

f) Mantener el secreto profesional con sujeción a lo establecido por la legislación vigente en la materia.

Art. 11. - Les está prohibido a los profesionales y auxiliares de la enfermería:

- a) Someter a las personas a procedimientos o técnicas que entrañen peligro para la salud;
- b) Realizar, propiciar, inducir o colaborar directa o indirectamente en prácticas que signifiquen menoscabo de la dignidad humana;
- c) Delegar en personal no habilitado facultades, funciones o atribuciones privativas de su profesión o actividad;
- d) Ejercer su profesión o actividad mientras padezcan enfermedades infectocontagiosas o cualquier otra enfermedad inhabilitante, de conformidad con la legislación vigente, situación que deberá ser fehacientemente comprobada por la autoridad sanitaria;
- e) Publicar anuncios que induzcan a engaño del público. Particularmente les está prohibido a los profesionales enfermeros actuar bajo relación de dependencia técnica o profesional de quienes sólo estén habilitados para ejercer la enfermería en el nivel auxiliar.

Capítulo 4

Del registro y matriculación (artículos 12 al 15)

Art. 12. - Para el ejercicio de la enfermería, tanto en el nivel profesional como en el auxiliar, se deberán inscribir previamente los títulos, diplomas o certificados habilitantes en la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, la que autorizará el ejercicio de la respectiva actividad, otorgando la matrícula y extendiendo la correspondiente credencial.

Art. 13. - La matriculación en la Subsecretaría de Salud implicará para la misma el ejercicio del poder disciplinario sobre el matriculado y el acatamiento de éste al cumplimiento de los deberes y obligaciones fijados por esta ley.

Art. 14. - Son causa de la suspensión de la matrícula:

- a) Petición del interesado;
- b) Sanción de la Subsecretaría de Salud que implique inhabilitación transitoria.

Art. 15. - Son causa de cancelación de la matrícula:

- a) Petición del interesado;
- b) Anulación del título, diploma o certificado habilitante;

c) Sanción de la Subsecretaría de Salud que inhabilite definitivamente para el ejercicio de la profesión o actividad;

d) Fallecimiento.

Capítulo 5

De la autoridad de aplicación (artículos 16 al 17)

Art. 16. - La Subsecretaría de Salud, será la autoridad de aplicación de la presente ley, y en tal carácter deberá:

a) Llevar la matrícula de los profesionales y auxiliares de la enfermería comprendidos en la presente ley;

b) Ejercer el poder disciplinario sobre los matriculados;

c) Vigilar y controlar que la enfermería, tanto en su nivel profesional como en el auxiliar, no sea ejercida por personas carentes de títulos, diplomas o certificados habilitantes, o no se encuentren matriculados;

d) Ejercer todas las demás funciones y atribuciones que la presente ley le otorga.

Art. 17. - La Subsecretaría de Salud, en su calidad de autoridad de aplicación de la presente, podrá ser asistida por una comisión permanente de asesoramiento y colaboración sobre el ejercicio de la enfermería, de carácter honorario, la que se integrará con los matriculados que designen los centros de formación y las asociaciones gremiales y profesionales que los representan, de conformidad con lo que se establezca por vía reglamentaria.

Capítulo 6 Régimen disciplinario (artículos 18 al 22)

Art. 18. - La Subsecretaría de Salud ejercerá el poder disciplinario a que se refiere el inciso b) del artículo 16 con independencia de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pueda imputarse a los matriculados.

Art. 19. - Las sanciones serán:

a) Llamado de atención;

b) Apercibimiento;

c) Suspensión de la matrícula;

d) Cancelación de la matrícula.

Art. 20. - Los profesionales y auxiliares de enfermería quedarán sujetos a las sanciones disciplinarias previstas en esta ley por las siguientes causas:

a) Condena judicial que comporte la inhabilitación profesional;

- b) Contravención a las disposiciones de esta ley y su reglamentación;
- c) Negligencia frecuente, o ineptitud manifiesta, u omisiones graves en el cumplimiento de sus deberes profesionales.

Art. 21. - Las medidas disciplinarias contempladas en la presente ley se aplicarán graduándolas en proporción a la gravedad de la falta o incumplimiento en que hubiere incurrido el matriculado. El procedimiento aplicable será el establecido en el título X - artículos 131 y siguientes- de la ley 17.132.

Art. 22. - En ningún caso será imputable al profesional o auxiliar de enfermería que trabaje en relación de dependencia el daño o perjuicio que pudieren provocar los accidentes o prestaciones insuficientes que reconozcan como causa la falta de elementos indispensables para la atención de pacientes, o la falta de personal adecuado en cantidad y/o calidad o inadecuadas condiciones de los establecimientos.

CAPITULO 7

DISPOSICIONES TRANSITORIAS (artículos 23 al 23)

Art. 23. - Las personas que, a la fecha de entrada en vigencia de la presente, estuvieren ejerciendo funciones propias de la enfermería, tanto en el nivel profesional como en el auxiliar, contratadas o designadas en instituciones públicas o privadas, sin poseer el título, diploma o certificado habilitante que en cada caso corresponda, de conformidad con lo establecido en los artículos 5 y 6 , podrán continuar con el ejercicio de esas funciones con sujeción a las siguientes disposiciones:

- a) Deberán inscribirse dentro de los noventa (90) días de la entrada en vigencia de la presente en un registro especial que, a tal efecto, abrirá la Subsecretaría de Salud.
- b) Tendrán un plazo de hasta dos (2) años para obtener el certificado de auxiliar de enfermería, y de hasta seis (6) años para obtener el título profesional habilitante, según sea el caso. Para la realización de los estudios respectivos tendrán derecho al uso de licencias y franquicias horarias con un régimen similar al que, por razones de estudio o para rendir exámenes, prevé el decreto 3413/79, salvo que otras normas estatutarias o convencionales aplicables a cada ámbito fueren más favorables;
- c) Estarán sometidas a especial supervisión y control de la Subsecretaría de Salud, la que estará facultada, en cada caso, para limitar y reglamentar sus funciones, si fuere necesario, en resguardo de la salud de los pacientes;

- d) Estarán sujetas a las demás obligaciones y régimen disciplinario de la presente;
- e) Se les respetarán sus remuneraciones y situación de revista y escalafonaria, aun cuando la autoridad de aplicación les limite sus funciones de conformidad con lo establecido en el inciso c).

Capítulo 8 Disposiciones Varias (artículos 24 al 29)

Art. 24. - A los efectos de la aplicación de normas vigentes que, para resguardo de la salud física o psíquica, establecen especiales regímenes de reducción horaria, licencias, jubilación, condiciones de trabajo y/o provisión de elementos de protección, considéranse insalubres las siguientes tareas de la enfermería:

- a) Las que se realizan en unidades de cuidados intensivos;
- b) Las que se realizan en unidades neuropsiquiátricas;
- c) Las que conllevan riesgo de contraer enfermedades infectocontagiosas;
- d) Las que se realizan en áreas afectadas por radiaciones, sean éstas ionizantes o no;
- e) La atención de pacientes oncológicos;
- f) Las que se realizan en servicios de emergencia. La autoridad de aplicación queda facultada para solicitar, de oficio o a pedido de parte interesada, ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, la ampliación de este listado.

Art. 25. - La autoridad de aplicación, al determinar la competencia específica de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3, podrá también autorizar para el nivel profesional la ejecución excepcional de determinadas prácticas, cuando especiales condiciones de trabajo o de emergencia así lo hagan aconsejable, estableciendo al mismo tiempo las correspondientes condiciones de habilitación especial.

Art. 26. - El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley en un plazo de ciento ochenta (180) días corridos, contados a partir de su promulgación.

Art. 27. - Derógase el Capítulo IV, del Título VII artículos 58 a 61-, de la ley 17.132 y su reglamentación, así como toda otra norma legal, reglamentaria o dispositiva que se oponga a la presente.

Art. 28. - Invítase a las provincias que lo estimen adecuado a adherir al régimen establecido por la presente.

Art. 29. - Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Firman: Pierri; Menem; Pereyra Arandía De Pérez Pardo; Flombau.

Anexo N° 6 12245/01

Del ejercicio de la enfermería

CAPITULO I

CONCEPTO Y ALCANCES

Art. 1° - En la Provincia de Buenos Aires, el ejercicio de la enfermería, libre o en relación de dependencia, queda sujeto a las disposiciones de la presente Ley y de la reglamentación que en su consecuencia se dicte.

Art. 2° - El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes.

Asimismo, será considerado ejercicio de la enfermería, la docencia, investigación y asesoramiento sobre los temas de su incumbencia y la administración de servicios, cuando sean realizados por las personas autorizadas por la presente a ejercer la enfermería.

Art. 3° - Reconócese dos niveles para el ejercicio de la enfermería:

- a) Profesional: consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad, sometidas al ámbito de su competencia.
- b) Auxiliar: consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyan al cuidado de enfermería, planificado y dispuesto por el nivel profesional y ejecutado bajo su supervisión.

Por vía reglamentaria se determinará la competencia específica de cada uno de los dos niveles, sino de la que se comparta con otros profesionales del ámbito de la salud. A esos efectos se tendrá en cuenta que corresponde al nivel profesional presidir o integrar tribunales que entiendan en concursos para la cobertura de cargos del personal de enfermería.

Art. 4° - Queda prohibido a toda persona que no esté comprendida en la presente Ley, participar de actividades o realizar las acciones propias de la enfermería.

Los que actuaren fuera de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3° de la presente Ley serán pasibles de las sanciones que correspondan, sin perjuicio de las que surgieren por aplicación de las disposiciones legales vigentes.

Asimismo, las Instituciones y los responsables de la dirección, administración o conducción de las mismas, que contrataren para realizar las tareas propias de la enfermería a personas que no reúnan los requisitos exigidos por la presente Ley, o que directa o indirectamente los obligaren a realizar tareas fuera de los límites de cada uno de los niveles antes mencionados, será pasibles de las sanciones que correspondan, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pudiera imputarse a las mencionadas instituciones y responsables.

CAPITULO II

DE LAS PERSONAS COMPRENDIDAS

Art. 5° - El ejercicio de la enfermería en el nivel profesional está reservado a aquellas personas que posean:

- a) Título habilitante otorgado por Universidades Nacionales, Provinciales o Privadas, reconocidas por autoridad competente.
- b) Título de Enfermero otorgado por Centros de Formación de nivel terciario no universitario, dependientes de organismos nacionales, provinciales o municipales, e instituciones privadas reconocidas por autoridad competente.
- c) Título, diploma o certificado equivalente expedido por países extranjeros, el que deberá ser revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia o los respectivos convenios de reciprocidad.

Art. 6° - El ejercicio de la enfermería en el nivel auxiliar está reservado a aquellas personas que poseen el certificado de Auxiliar de Enfermería otorgado por Instituciones nacionales, provinciales, municipales o privadas reconocidas a tal efecto por autoridad competente. Asimismo, podrán ejercer como Auxiliares de Enfermería quiénes tengan certificado equivalente otorgado por países extranjeros el que deberá ser reconocido o revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia.

Art. 7° - Para emplear el título de especialista o anunciarse como tales, los enfermeros profesionales deberán acreditar capacitación especializada de conformidad con lo que se determine por vía reglamentaria.

Art. 8° - Los enfermeros profesionales de tránsito por el país contratados por Instituciones públicas o privadas, con finalidades de investigación, asesoramiento o docencia, durante la vigencia de sus contratos estarán habilitados para el ejercicio de la profesión a tales fines, sin necesidad de realizar la inscripción a que se refiere el artículo 12 de la presente.

CAPITULO III

DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES

Art. 9º - Son derechos de los profesionales y auxiliares de la enfermería:

- a) Ejercer su profesión o actividad de conformidad con lo establecido por la presente Ley y su reglamentación.
- b) Asumir responsabilidades acordes con la capacitación recibida, en las condiciones que determine la reglamentación.
- c) Negarse a realizar o colaborar en la ejecución de prácticas que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales o éticas, en las condiciones que determine la reglamentación, y siempre que de ello no resulte un daño inmediato o mediato en el paciente sometido a esa práctica.
- d) Contar, cuando ejerzan su profesión bajo relación de dependencia laboral o en la función pública, con adecuadas garantías que aseguren y faciliten el cabal cumplimiento de la obligación de actualización permanente a que se refiere el inciso e) del artículo siguiente.

Art. 10 - Son obligaciones de los profesionales o auxiliares de la enfermería:

- a) Respetar en todas sus acciones la dignidad de la persona humana sin distinción de ninguna naturaleza.
- b) Respetar en las personas el derecho a la vida y a su integridad desde la concepción hasta la muerte.
- c) Prestar la colaboración que le sea requerida por las autoridades sanitarias en caso de epidemias, desastres u otras emergencias.
- d) Ejercer las actividades de la enfermería dentro de los límites de competencia determinados por esta Ley y su reglamentación.
- e) Mantener la idoneidad profesional mediante la actualización permanente, de conformidad con lo que al respecto determine la reglamentación.
- f) Mantener el secreto profesional con sujeción a lo establecido por la legislación vigente en la materia.
- g) Promover la donación de órganos mediante la correcta información y el incentivo de la solidaridad social.

Art. 11 - Les está prohibido a los profesionales y auxiliares de la enfermería:

- a) Someter a las personas a procedimientos o técnicas que se aparten de las prácticas autorizadas y que entrañen peligro para la salud.
- b) Realizar, propiciar, inducir o colaborar directa o indirectamente en prácticas que signifiquen menoscabo de la dignidad humana.
- c) Delegar en personal no habilitado facultades, funciones o atribuciones privativas de su profesión o actividad.
- d) Ejercer su profesión o actividad mientras padezcan enfermedades infectocontagiosas o cualquier otra enfermedad inhabilitante, de conformidad con la legislación vigente, situación que deberá ser fehacientemente comprobada por la autoridad sanitaria.
- e) Publicar anuncios que induzcan a engaños del público.

Particularmente, les está prohibido a los profesionales enfermeros actuar bajo relación de dependencia técnica o profesional de quienes sólo estén habilitados para ejercer la enfermería en el nivel auxiliar.

CAPITULO IV

DEL REGISTRO Y MATRICULACION

Art. 12 - Para el ejercicio de la enfermería, tanto en el nivel profesional como en el auxiliar, se deberán inscribir previamente los títulos, diplomas o certificados habilitantes en el Ministerio de Salud, el que autoriza el ejercicio de la respectiva actividad, otorgando la matrícula y extendiendo la correspondiente credencial.

Art. 13 - La matriculación en el Ministerio de Salud implicará para el mismo el ejercicio del poder disciplinario sobre el matriculado y el acatamiento de éste al cumplimiento de los deberes y obligaciones fijados por esta Ley y su reglamentación.

Art. 14 - Son causas de la suspensión de la matrícula:

- a) Petición del interesado.
- b) Sanción del Ministerio de Salud que implique inhabilitación transitoria.

Art. 15 - Son causas de cancelación de la matrícula:

- a) Petición del interesado.
- b) Anulación del título, diploma o certificación habilitante.
- c) Sanción del Ministerio de Salud que inhabilite definitivamente para el ejercicio de la profesión o actividad.
- d) Fallecimiento.

CAPITULO V

DE LA AUTORIDAD DE APLICACION

Art. 16 - El Ministerio de Salud será la autoridad de aplicación de la presente Ley, y en tal carácter deberá:

a) Llevar la matrícula de los profesionales y auxiliares de la enfermería comprendidos en la presente

Ley.

b) Ejercer el poder disciplinario sobre los matriculados.

c) Vigilar y controlar que la enfermería, tanto en su nivel profesional como en el auxiliar, no sea ejercida por personas que no se encontraren matriculados.

d) Ejercer todas las demás funciones y atribuciones que la presente Ley le otorga.

Art. 17 - El Ministerio de Salud, en su calidad de autoridad de aplicación de la presente, podrá ser asistido por una comisión permanente de asesoramiento y colaboración sobre el ejercicio de la enfermería, de carácter honorario, la que se integrará con los matriculados que designen los centros de formación y las asociaciones gremiales y profesionales que los representan, de conformidad con lo que se establezca por vía reglamentaria.

CAPITULO VI

REGIMEN DISCIPLINARIO

Art. 18 - El Ministro de Salud ejercerá el poder disciplinario a que se refiere el inciso b) del artículo 16 con independencia de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pueda imputarse a los matriculados.

Art. 19 - Las sanciones serán:

a) Llamado de atención.

b) Apercibimiento

c) Suspensión de la matrícula.

d) Cancelación de la matrícula.

Art. 20 - Los profesionales y auxiliares de enfermería quedarán sujetos a las sanciones disciplinarias que correspondan, por las siguientes causas:

a) Condena Judicial que comporte la inhabilitación profesional.

b) Contravención a las disposiciones de esta Ley y su reglamentación.

c) Negligencia frecuente o ineptitud manifiesta, u omisiones graves en el cumplimiento de sus deberes profesionales.

Art. 21 - Las medidas disciplinarias de que habla la presente Ley se aplicarán graduándolas en proporción a la gravedad de la falta o incumplimiento en que hubiere incurrido el matriculado. El procedimiento aplicable será el que establezca la reglamentación de la presente.

Art. 22 - En ningún caso será imputable al profesional o auxiliar de enfermería que trabaje en relación de dependencia el daño o perjuicio que pudieren provocar los accidentes o prestaciones insuficientes que reconozcan como causa la falta de elementos indispensables para la atención de pacientes, o la falta de personal adecuado en cantidad y/o calidad o inadecuadas condiciones de los establecimientos (*) Lo subrayado esta observado por decreto de promulgación.

CAPITULO VII

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Art. 23 - Las personas que, a la fecha de entrada en vigencia de la presente, estuvieren ejerciendo funciones propias de la enfermería, acreditando tal circunstancia conforme lo establezca la reglamentación de la presente, tanto en el nivel profesional como en el auxiliar, contratadas o designadas en instituciones públicas o privadas sin poseer título, diploma o certificado habilitante que en cada caso corresponda, de conformidad con lo establecido en los artículos 5° y 6°, podrán continuar con el ejercicio de esas funciones con sujeción a las siguientes disposiciones:

a) Deberán inscribirse dentro de los trescientos sesenta (360) días de la entrada en vigencia de la presente, en un registro especial que, a tal efecto, abrirá el Ministerio de Salud.

b) Tendrán un plazo de hasta dos (2) años para obtener el certificado de auxiliar de enfermería, y de hasta seis (6) años para obtener el título profesional habilitante, según sea el caso, contados a partir del vencimiento del plazo establecido en el inciso anterior. Para la realización de los estudios respectivos tendrán derecho al uso de licencia y franquicias horarias, de acuerdo con lo que estipule la reglamentación correspondiente.

c) Estarán sometidas a especial supervisión y control del Ministerio de Salud, el que estará facultado, en cada caso, para limitar y reglamentar sus funciones, si fuere necesario, en resguardo de la salud de los pacientes.

- d) Estarán sujetas a las demás obligaciones y régimen disciplinario de la presente.
- e) Se les respetarán sus remuneraciones y situaciones de revista y escalafonaria, aun cuando la autoridad de aplicación les limite sus funciones de conformidad con lo establecido en el inciso c).
- f) Estarán eximidas de la obligación de cumplimentar lo exigido en el inciso b) del presente artículo, por única vez, aquellas personas mayores de cincuenta (50) años de edad que acrediten mediante la certificación de autoridad competente de un establecimiento de la órbita provincial o municipal, la práctica de la enfermería o de auxiliar de enfermería, según sea el caso, durante un mínimo de diez (10) años anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la presente.

CAPITULO VIII

DISPOSICIONES VARIAS

Art. 24 - A los efectos de la aplicación de normas vigentes que, para resguardo de la salud física o psíquica, establecen especiales regímenes de reducción horaria, licencias, jubilación, condiciones de trabajo y/o provisión de elementos de protección, considéranse insalubres las siguientes tareas de enfermería:

- a) Las que se realizan en Unidades de Cuidados Intensivos.
- b) Las que se realizan en Unidades Neurosiquiátricas.
- c) Las que conllevan riesgo permanente de contraer enfermedades infectocontagiosas.
- d) Las que se realizan en áreas afectadas por radiaciones, sean estas ionizantes o no.
- e) La atención de pacientes quemados.

La autoridad de aplicación queda facultada para solicitar, de oficio o a pedido de parte interesada, ante la Subsecretaría de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires, la ampliación de este listado.

Art. 25 - La autoridad de Aplicación, al determinar la competencia específica de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3º, podrá también autorizar para el nivel profesional la ejecución excepcional de determinadas prácticas, cuando especiales condiciones de trabajo o de emergencia así lo hagan aconsejable, estableciendo al mismo tiempo las correspondientes condiciones de habilitación especial.

Art. 26 - El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley en un plazo de ciento ochenta (180) días, contados a partir de su promulgación.

Art. 27 - Derógase toda otra norma legal, reglamentaria o dispositiva, que se oponga a la presente.

Art. 28 - Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones de la Honorable Legislatura de la Provincia de Buenos Aires, en la ciudad de La Plata a los nueve días del mes de diciembre del año mil novecientos noventa y ocho.

RAFAEL EDGARDO ROMA

Presidente H. Senado

José Luis Ennis

Secretario Legislativo H. Senado

FRANCISCO J. FERRO

Presidente H. Cámara Diputados

Juan Carlos López

Secretario Legislativo H. Cámara Diputados

REGISTRADA bajo el número DOCE MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO (12.245)

E. M. Reimondi

DECRETO 18

La Plata, 14 de enero de 1999.

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

DECRETA:

Art. 1º - Votase el Art. 22 del proyecto de Ley sancionado por la Honorable Legislatura con fecha 9 de diciembre de 1998, al que hace referencia el Visto del presente.

Art. 2º - Promúlgase el texto aprobado, con excepción de la observación dispuesta en el artículo precedente.

Art. 3º - Comuníquese a la Honorable Legislatura.

Art 4º - Este Decreto será refrendado por el señor Ministro Secretario en el Departamento de Gobierno

Art. 5º - Regístrese, comuníquese, publíquese, dese al "Boletín Oficial" y Archívese.

Anexo N° 7 Ley 10471/86

LEY 10471

Estableciendo nuevo régimen para la Carrera Profesional Hospitalaria.

Texto Actualizado con las modificaciones introducidas por las Leyes 10528, 10622, 10678, 11075 y 11159.

NOTA: Ver Leyes 10729, art.43, Ley 12349, Ley 14061, ref. Incorporación automática de profesionales.

Ley 12522, 13273, 14153, (Ref.: Incorpora a la planta permanente personal profesional interino en virtud del art. 47 de la presente Ley).

EL SENADO Y CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
SANCIONAN CON FUERZA DE LEY

TÍTULO I

DISPOSICIONES PRELIMINARES

DE LA CARRERA PROFESIONAL HOSPITALARIA

ARTÍCULO 1.- Establécese la Carrera Profesional Hospitalaria para los profesionales que prestan servicios en los establecimientos asistenciales correspondientes al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

CAPÍTULO I

DE LOS ALCANCES

ARTÍCULO 2.- La Carrera establecida por la presente ley abarcará las actividades destinadas a la atención médica integral del individuo por medio de la práctica de los profesionales de la salud, ejercidas a través de las acciones de fomento, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, y a programar, dirigir, controlar y evaluar las mismas.

ARTÍCULO 3.- (Texto según Ley 11159) La Carrera establecida por la presente ley, abarcará las actividades profesionales de: médicos, odontólogos, químicos, bioquímicos, bacteriológicos, farmacéuticos, psicólogos, obstetras, kinesiólogos, nutricionistas, dietistas, fonoaudiólogos, terapistas ocupacionales, psicopedagogos, y asistentes sociales ó equivalentes con títulos universitarios. Quedan comprendidos también los fonoaudiólogos con títulos de nivel terciario no universitario, expedido por Institutos Superiores dependientes de la Dirección General de Escuelas y Cultura de la Provincia de Buenos Aires y los

Asistentes Sociales, trabajadores sociales, licenciados en Servicios Social ó equivalente con título de nivel terciario no universitario. Queda facultado el Poder Ejecutivo por intermedio del Ministerio de Salud, para incluir otras actividades profesionales con título universitario, cuyo concurso se estime indispensable para ejecutar las acciones correspondientes a las funciones sanitarias de la presente Carrera.

CAPÍTULO II

DE LA ADMISIBILIDAD E INGRESO

ARTÍCULO 4.- Son requisitos para la admisibilidad en el presente régimen:

a) (Texto según Ley 11159) Poseer título profesional habilitante expedido por Universidades del país autorizadas al efecto y/o reconocidas por la legislación vigente.

Para el caso de los fonoaudiólogos, se admitirá también título terciario no universitario expedido por Institutos Superiores de la Dirección General de Escuelas y Cultura de la Provincia de Buenos Aires y para el de los Asistentes Sociales, Trabajadores Sociales, Licenciados en Servicio Social, ó equivalentes, título terciario no universitario expedido por Instituciones Oficiales ó privadas que se encuentren oficialmente reconocidas.

- b) Ser argentino, nativo por opción o naturalizado.
- c) No ser infractor a las disposiciones vigentes sobre enrolamiento y servicio militar.
- d) Haber dado total cumplimiento a las normas legales y reglamentaciones vigentes en la Provincia que rigen al respectivo ejercicio profesional.
- e) Acreditar aptitud psico-física adecuada.

ARTÍCULO 5.- El ingreso al régimen escalafonado de la Carrera se hará siempre por el nivel inferior. El acceso será mediante un concurso abierto de méritos, antecedentes y evaluación.

ARTÍCULO 6.- No podrán ingresar a la Carrera:

- a) El que hubiere sido exonerado o declarado cesante en el ámbito oficial nacional, provincial o municipal, por razones disciplinarias, mientras no esté rehabilitado.
- b) El que tenga proceso penal pendiente o haya sido condenado en causa criminal, por hecho doloso de naturaleza infamante, salvo rehabilitación.
- c) El que haya sido condenado por delito peculiar al personal de la Administración Pública.
- d) El fallido y/o concursado civilmente, mientras no tenga su rehabilitación judicial.
- e) El alcanzado por alguna inhabilitación dispuesta por el organismo que tenga a su cargo el manejo de la matrícula.

f) El alcanzado por disposiciones que le creen incompatibilidad o inhabilidad.

TÍTULO II

CUADROS DE PERSONAL

ARTÍCULO 7.- (Texto según Ley 10.528) El personal comprendido en el presente régimen se clasifica en:

1. Planta Permanente, que comprende:

Personal escalafonado, en cargos y funciones.

2. Planta Temporaria, que comprende:

Personal interino.

Personal reemplazante.

Personal transitorio.

3. Régimen pre-escalafonario:

Concurrentes y residentes.

TÍTULO III

PLANTA PERMANENTE

CAPÍTULO I

DEL RÉGIMEN ESCALAFONARIO

ARTÍCULO 8.- (Texto según Ley 10528) El personal incorporado al régimen escalafonario tendrá un escalafón horizontal de cargos que constan de los siguientes grados: Asistente, Agregado, de Hospital C, de Hospital B, de Hospital A, Asistente Técnico de Administración Hospitalaria. El grado de Asistente se adquiere al ingreso. Cada cinco (5) años y en forma automática los profesionales escalafonados serán encasillados en los grados superiores descriptos en este artículo, hasta el del Hospital A inclusive.

A los profesionales que ingresen al escalafón se le computará la antigüedad concerniente a esta ley, para su encasillamiento en el grado escalafonario que corresponda.

Será requisito indispensable de admisibilidad para el cargo de Asistente Técnico de Administración Hospitalaria el haber efectuado cursos de Salud Pública o Administración Hospitalaria con no menos de quinientas (500) horas dictadas por organismos docentes reconocidos y acreditar como mínimo cinco (5) años de ejercicio profesional.

Asimismo, el personal tendrá un escalafón vertical denominado funciones con jerarquía creciente cuya denominación es la siguiente:

Jefe de Unidad de Diagnóstico y Tratamiento.

Jefe de Unidad de Internación o de Consulta.

Jefe de Unidad Sanitaria.

Jefe de Sala o Subjefe de Servicio.

Jefe de Guardia.

Jefe de Servicio.

Director Asociado.

Director.

Las funciones de Director Asociado y de Director, serán desempeñadas por profesionales universitarios de la Salud, que serán designados sin concurso. Asimismo, las personas que desempeñen tales funciones carecerán de estabilidad y el Poder Ejecutivo queda facultado para reglamentar los requisitos y condiciones para el acceso a las mismas.

ARTÍCULO 9.- Entiéndese por función de Unidad de Diagnóstico o Tratamiento aquella que resulta de organizar y administrar la actividad que se cumple en un agrupamiento físico o funcional con tareas específicas de su especialidad.

ARTÍCULO 10.- (Texto según Ley 10528) Entiéndese por función de Nivel de Unidad de Internación o de Consulta, aquella que resulta de organizar y administrar las actividades que se cumplen en un agrupamiento físico, con un régimen funcional de camas y consultorios destinados a la atención de pacientes internados o ambulatorios.

ARTÍCULO 11.- (Texto según Ley 10528) Entiéndese por función Nivel de Unidad Sanitaria aquella que resulta de organizar y administrar actividades integradas de atención médica para pacientes ambulatorios y eventualmente internados en organismos descentralizados del hospital.

ARTÍCULO 12.- (Texto según Ley 10528) Entiéndese por función de Nivel Sala aquella que resulta de organizar y administrar las actividades que se cumplen en el agrupamiento físico y/o funcional de Unidades de Internación. En aquellos establecimientos sanitarios que por su planta física y régimen de funcionamiento no admitiesen el Nivel Sala, la función Sub-Jefe de Servicio será equivalente a la de Jefe de Sala.

ARTÍCULO 13.- (Texto según Ley 10528) Entiéndese por función de Nivel Jefe de Guardia aquella que resulta de organizar y administrar las actividades que se cumplen en forma ininterrumpida para la atención de emergencia.

ARTÍCULO 14.- Entiéndese por función de Nivel de Servicio, aquella que resulta de organizar y administrar las actividades que se cumplen en el Agrupamiento de Salas, Consultorios y otras acciones profesionales que concurren al diagnóstico y tratamiento.

ARTÍCULO 15.- Entiéndese por función de Director aquella de cuya actividad depende la organización y administración del establecimiento. Constituye la máxima autoridad de éste último y depende del nivel central.

El Director Asociado, tiene por función asistir al Director en las actividades que éste expresamente le delegue, revistiendo el carácter de reemplazante natural de aquél en los casos de ausencia transitoria.

ARTÍCULO 16.- Los deberes y atribuciones correspondientes a las funciones establecidas en el artículo 8 de la presente ley, serán determinados por el Reglamento de Servicios de Salud para los establecimientos asistenciales.

ARTÍCULO 17.- (Texto según Ley 10528) Las únicas funciones con estabilidad serán las detalladas en los ítems 1 a 6 del artículo 8°. Serán cubiertas por concurso y ejercidas por un período de cuatro (4) años. Los agentes que cesaren en cualquiera de ellas, retomarán los cargos de planta que revistaren y podrán presentarse nuevamente a concurso para ésta u otras funciones.

ARTÍCULO 18.- Los agentes que se hallen desempeñando funciones podrán presentarse a concurso para otras funciones, siempre que reúnan las condiciones establecidas por la presente ley y en caso de ganarlo cesarán automáticamente en aquéllas al ser designadas en las concursadas.

ARTÍCULO 19.- Las funciones enunciadas en el artículo 8 de la presente ley serán desarrolladas en los Establecimientos Sanitarios, ya sean generales o especializados - conforme a la estructura que posean- de acuerdo con su nivel de complejidad que posibilite su clasificación, según las siguientes pautas: Unidad Sanitaria, Establecimiento Perfil A, Establecimiento Perfil B, Establecimiento Perfil C y Establecimiento Perfil D.

ARTÍCULO 20.- El Ministerio de Salud será el encargado de asignar las categorías de los establecimientos de atención médica y las estructuras orgánico-funcionales, como así también de la clasificación de los organismos especializados.

ARTÍCULO 21.- (Texto según Ley 10528) Establécense los siguientes concursos:

a) Concurso abierto de pases para cargos vacantes, para todos los profesionales escalafonados en el régimen que establece la presente ley. Sólo podrán inscribirse en el concurso de pases aquellos profesionales que tengan no menos de cinco (5) años de antigüedad en la Carrera Profesional Hospitalaria.

b) Concurso abierto para ingreso al escalafón.

c) Concurso cerrado de profesionales escalafonados en cada establecimiento para cobertura de las funciones hasta el nivel Jefe de Guardia inclusive.

d) Concurso abierto de profesionales escalafonados para cobertura de funciones de Jefatura de Servicios y Jefatura de Unidad Sanitaria. Se contemplará un puntaje adicional para los postulantes que pertenezcan al plantel del establecimiento en que se concursan dichas funciones.

ARTÍCULO 22.- (Texto según Ley 10528) Se entiende por concurso cerrado aquel que se realiza entre el personal profesional escalafonado de cada establecimiento. Se entiende por concurso abierto aquel que se realiza entre el personal profesional escalafonado de la Provincia y otras jurisdicciones con convenios de reciprocidad con esta ley y el previsto en el inciso b) del artículo 21°.

ARTÍCULO 23.- (Texto según Ley 10528) Para los concursos del personal escalafonado se tendrán en cuenta los siguientes conceptos: antigüedad, antecedentes, examen de oposición y consenso. Se otorgará hasta treinta (30) puntos para cada uno de los tres (3) primeros conceptos y hasta (10) puntos al consenso. La Reglamentación determinará el procedimiento de los distintos concursos.

ARTÍCULO 24.- El Ministerio de Salud deberá llamar obligatoriamente a tres (3) concursos por año: uno (1) de ingreso y uno (1) de funciones. El concurso de pases se cumplirá en el primer cuatrimestre del año, el de ingreso en el segundo cuatrimestre y el de funciones en el tercer cuatrimestre.

CAPÍTULO III

REGIMEN DE TRABAJO

ARTÍCULO 25.- (Texto según Ley 10678) Los profesionales deberán cumplir una jornada de trabajo de cuatro (4) horas diarias o de veinticuatro (24) semanales. El Ministerio de Salud, podrá asignar regímenes de trabajo de seis (6) horas corridas diarias o de treinta y cuatro (34), treinta y seis (36), semanales, u ocho (8) horas diarias y dentro de un máximo de cuarenta y ocho (48) semanales para determinados cargos y/o funciones, debiendo establecerse esta circunstancia y fijar los honorarios -que serán inamovibles sin la anuencia del interesado-. Las funciones del Director y Director Asociado, se cumplirán en jornadas diarias de ocho (8) horas y hasta cuarenta y ocho (48) horas semanales.

ARTÍCULO 26.- Los profesionales que cumplan actividades de guardia cumplirán treinta y seis (36) horas semanales distribuidos en la siguiente forma: uno (1) o dos (2) períodos de doce (12) horas en la Guardia y las restantes horas en un servicio de su especialidad en jornadas no inferiores a cuatro (4) horas no coincidentes con el día de guardia, o veinticuatro (24) horas semanales corridas y las restantes doce (12) horas, tres (3) días, cuatro (4) horas diarias en un servicio de su especialidad. En caso de cumplir dos (2) períodos de doce (12) horas no podrán ser corridos.

ARTÍCULO 27.- El Ministerio de Salud está facultado a disponer con la participación de la Comisión Permanente de Carrera Hospitalaria, prestaciones de servicios profesionales con jornadas menores que las fijadas en el artículo 25 cuando las necesidades sanitarias de la localidad o zona fundamenten su implantación. La jornada de labor que en tales casos se fije nunca podrá ser menor de doce (12) horas semanales, a cumplir en no menos de tres (3) veces por semana.

ARTÍCULO 28.- Facúltase al Ministerio de Salud a integrar áreas programáticas de atención médica, de acuerdo a la planificación sanitaria de la Provincia. Dichas áreas podrán incluir a establecimientos de distintos niveles de complejidad con o sin internación, debiendo el Ministerio establecer la coordinación de los mismos para su desenvolvimiento.

CAPÍTULO IV

DEL RÉGIMEN DE SUELDOS

ARTÍCULO 29.- (Texto según Ley 10622) El sueldo básico mensual para los grados de Asistente, Agregado, Hospital C, Hospital B y Hospital A, resultará de multiplicar los módulos equivalentes al seis con setenta y cinco (6,75) por ciento, y siete con quince (7,15) por ciento, siete con sesenta (7,60) por ciento y ocho (8,0) por ciento y ocho con cuarenta y

cinco (8,45) por ciento respectivamente, del salario básico del Agrupamiento del Personal Profesional fijado por el Escalafón General del Personal de la Administración Pública de la Provincia (Clase 4, grado 14 de la Ley 10.430), por el número de horas semanales de trabajo asignadas por la autoridad administrativa de acuerdo a lo previsto en los artículos 25° y 27° de la presente Ley. El Asistente Técnico de la Administración Hospitalaria percibirá al ingreso una remuneración equivalente al cargo de Profesional Asistente adquiriendo luego los sueldos equivalentes a los restantes cargos consignados en este articulado, en forma automática cada cinco (5) años hasta el Grado de Hospital A.

ARTÍCULO 30.- (Texto según Ley 10678) Las bonificaciones por función a que alude el artículo 8° de la presente ley, se aplicarán sobre el sueldo que le corresponda al profesional por el cargo de revista, hasta el límite de Profesional de Hospital C. Las mismas tendrán las siguientes escalas:

Jefe de Unidad de Diagnóstico y Tratamiento, cinco (5) por ciento.

Jefe de Sala, Subjefe de Servicio y Jefe de Guardia de Establecimiento Perfil A, diez (10) por ciento.

Jefe de Sala, Subjefe de Servicio, Jefe de Guardia de Establecimiento Perfil B, y Jefe de Unidad de Internación de Establecimiento Perfil C, veinte (20) por ciento.

Jefe de Sala, Subjefe de Servicio, Jefe de Guardia Perfil C, y Jefe de Unidad de Internación de Establecimiento Perfil D, treinta (30) por ciento.

Jefe de Sala, Subjefe de Servicio, Jefe de Guardia Perfil D, Jefe de Establecimiento Perfil B y Jefe de Unidad Sanitaria, cuarenta (40) por ciento.

Jefe de Servicio de Establecimiento Perfil C, cincuenta (50) por ciento.

Jefe de Servicio de Establecimiento Perfil D, sesenta (60) por ciento.

a) Director Asociado de Establecimiento Perfil A, setenta y cinco (75) por ciento.

b) Director de Establecimiento Perfil A y Director Asociado Establecimiento Perfil B, setenta y siete (77) por ciento.

c) Director de Establecimiento Perfil B, setenta y nueve (79) por ciento.

d) Director Asociado de Establecimiento Perfil C, ochenta (80) por ciento.

e) Director de Establecimiento Perfil C y Director Asociado de Establecimiento Perfil D, ochenta y dos (82) por ciento.

f) Director de Establecimiento Perfil D, ochenta y cinco (85) por ciento.

La escala en los niveles directivos se prevé en base al régimen horario de hasta cuarenta y ocho (48) horas semanales.

ARTÍCULO 31.- (DEROGADO por Ley 10678) Las únicas remuneraciones que percibirán quienes desempeñen las funciones de Director o Director Asociado resultarán de multiplicar el sueldo asignado al cargo de Director General de la Ley 10.430 -Estatuto General para el Personal de la Administración Pública Provincial- por los coeficientes que para cada tipo de establecimiento se fijan a continuación:

COEFICIENTE

1.- ESTABLECIMIENTO PERFIL D. DIRECTOR 1,0000 DIRECTOR ASOCIADO 0,9749

2.- ESTABLECIMIENTO PERFIL C. DIRECTO 0,9749 DIRECTOR ASOCIADO 0,9102

3.- ESTABLECIMIENTO PERFIL B. DIRECTOR 0,6825 DIRECTOR ASOCIADO 0,6512

4.- ESTABLECIMIENTO PERFIL A. DIRECTOR 0,6199

ARTÍCULO 32.- (Texto según Ley 10528) Establécese para el personal comprendido en la presente Ley, los siguientes adicionales:

a) Por antigüedad: por cada año de servicio desempeñado en la Administración Pública Provincial, Municipal y/o Nacional, salvo que por los mismos se perciba beneficio similar, Jubilación o retiro; el monto del adicional será determinado en base al dos y medio (2,5) por ciento sobre los sueldos asignados a cada cargo o función.

b) Por destino desfavorable: El Poder Ejecutivo determinará por Reglamentación, los establecimientos comprendidos en dichas zonas. Los profesionales que presten servicios en los mismos recibirán una bonificación única del sueldo que perciban en su categoría.

c) Inhabilitación o bloqueo de título: el Ministerio de Salud podrá determinar “per se” o por opción del agente para el desempeño de algunos cargos o funciones, el bloqueo de título con inhabilitación total para ejercer fuera del ámbito de la carrera. En este caso, deberá bonificar al agente con un cien (100) por ciento, del sueldo que le corresponda a su categoría.

En el caso de establecer el Ministerio este requisito “per se”, debe consignarlo en el respectivo llamado a “concurso” o contar con la autorización expresa del agente.

CAPÍTULO V

DERECHOS

ARTÍCULO 33.- (Texto según Ley 10528) Los derechos, obligaciones y atribuciones del personal escalafonado serán los establecidos para el personal de la Administración Pública Provincial por las leyes y reglamentaciones vigentes, en tanto no se haya previsto una norma especial en la presente ley y su reglamentación.

ARTÍCULO 34.- Ningún agente podrá ser trasladado contra su voluntad excepto los casos que obedezcan a las siguientes razones:

a) Cumplimiento de tareas en misiones oficiales, técnicas o de evidente necesidad pública siendo en todos los casos de carácter transitorio y por lapsos no mayores de sesenta (60) días corridos.

b) Cuando sea consecuencia de una necesaria reestructuración administrativa dispuesta por Ley Especial, cuidando de no afectar el principio de unidad familiar.

Para cumplimiento de lo expresado en el inciso b) , deberá tenerse en cuenta a aquellos agentes de menor antigüedad.

ARTÍCULO 35.- (Texto según Ley 10528) El agente gozará de una licencia anual ordinaria de treinta (30) días corridos, la cual podrá fraccionarse en dos (2) períodos y de una licencia anual complementaria cuya extensión será del cuarenta (40) por ciento de los días de licencia anual ordinaria. La licencia anual complementaria deberá usufructuarse en días corridos, debiendo existir un lapso no inferior a tres (3) meses entre ésta y la ordinaria.

ARTÍCULO 36.- (Texto según Ley 10528) Los profesionales comprendidos en esta ley, podrán solicitar licencia de hasta un (1) año por motivos particulares, sin goce de sueldo, no computándose estos períodos para su antigüedad en el escalafón.

Es facultativo del organismo de aplicación el otorgamiento de estas licencias de acuerdo con las necesidades del Servicio.

Al agente que desee mejorar su preparación científica, profesional o técnica en actividades relacionadas con la especialidad que desempeñan en los establecimientos sanitarios se le podrá otorgar hasta un (1) año de licencia con goce de haberes. En este caso el agente se obligará previamente a continuar el servicio de la Provincia, en trabajos afines con los estudios realizados, por un período mínimo equivalente al triple de la licencia que gozare. Su incumplimiento hará exigible la devolución de los haberes percibidos.

Para tener derecho al goce de esta licencia, el agente deberá registrar una antigüedad mayor de tres (3) años en la Carrera Profesional Hospitalaria. En licencias por lapsos superiores a tres (3) meses deberá designarse reemplazante transitoriamente.

ARTÍCULO 37.- Por actividades colegiadas o gremiales avaladas por las entidades que integran la Comisión Permanente de Carrera Hospitalaria, los profesionales tendrán derecho a permisos especiales con goce de sueldo hasta un máximo de veinte (20) días por año calendario y de ciento ochenta (180) días más -sin goce de sueldo- también por año calendario, los que serán otorgados por el Ministerio de Salud, computándose dichos períodos para la antigüedad en el Escalafón.

CAPÍTULO VI

DE LA DISCIPLINA

ARTÍCULO 38.- El agente de la Carrera Profesional Hospitalaria no podrá ser privado de su empleo ni objeto de medidas disciplinarias, sino por las causas y procedimientos que se determinan en la presente Ley.

ARTÍCULO 39.- Salvo apercibimiento o suspensión de hasta (3) días, no podrá sancionarse disciplinariamente al agente, sin que previamente se haya instruido el pertinente sumario administrativo, ordenado por autoridad competente.

ARTÍCULO 40.- Todo responsable del personal comprendido en la presente Carrera que considere que el mismo no cumple con las funciones que le competen, y una vez agotadas las instancias propias de supervisión o conducción, elevará a la Dirección, siguiendo la vía jerárquica correspondiente, la solicitud de sanción fundamentada en la valorización de la eficacia en el trabajo, en el cumplimiento de tareas, conducta administrativa y ética profesional.

ARTÍCULO 41.- Las normas y procedimientos referentes a la disciplina del agente serán las establecidas por las disposiciones vigentes para el personal de la Administración Pública Provincial en lo que no se hallaren modificadas por la presente.

CAPÍTULO VII

DE LA SITUACIÓN DE REVISTA Y CÓMPUTO DE ANTIGÜEDAD

ARTÍCULO 42.- (Texto según Ley 10528) Cuando se den en el orden nacional, provincial o municipal condiciones similares a las que establece la presente ley para los Hospitales

Oficiales de la Provincia de Buenos Aires, el Ministerio de Salud, con el dictamen de la Comisión Profesional Permanente, podrá firmar convenios de reciprocidad con ellos.

ARTÍCULO 43.- Los profesionales de establecimientos asistenciales ya transferidos o que transfiera la Nación a la Provincia o de los Municipios a la Provincia, gozarán de estos derechos desde el momento en que estén definitivamente transferidos e incorporados los cargos al Presupuesto Provincial.

ARTÍCULO 44.- La Comisión Profesional Permanente dictaminará en todos los casos de duda y/o de apelación que pudieran suscitarse.

ARTÍCULO 45.- (Texto según Ley 10528) El cese del agente en el cargo y en la función se producirá por:

a) A los sesenta (60) años automáticamente salvo que optare por terminar el lapso que faltare hasta cumplir los cuatro (4) años en la función que se encontrare desempeñando y siempre que se hallen en condiciones de obtener la jubilación ordinaria con el máximo del haber jubilatorio.

b) Por otras causas y en la forma que establecen las normas vigentes para el personal de la Administración Pública, en tanto no hayan sido modificados por la presente ley.

ARTÍCULO 46.- Los agentes que cesen en sus actividades por la aplicación de los beneficios jubilatorios podrán ser autorizados por el Ministerio de Salud para seguir concurriendo a los servicios de su dependencia en funciones de profesionales, consultores con carácter “ad honorem”, por un período de cinco (5) años el cual podrá ser renovado por otros cinco (5) años.

TÍTULO III

PLANTA TEMPORARIA

INTERINOS

ARTÍCULO 47.- (Texto según Ley 10528) Queda facultado el Poder Ejecutivo a cubrir en forma interina las vacantes de cargos y funciones del Plantel Permanente que se produzcan, hasta que se realice el pertinente concurso, con ajuste a la presente Ley.

El interinato no podrá exceder el plazo de un (1) año.

REEMPLAZANTES

ARTÍCULO 48.- Personal reemplazante es aquel que se desempeña para cubrir vacantes circunstanciales, producidas por ausencia de sus titulares, en uso de licencia.

TRANSITORIOS

ARTÍCULO 49.- Personal transitorio es aquel que se desempeña en tareas temporarias de emergencia o estacionales, que no pueden ser realizadas por personal permanente.

ARTÍCULO 50.- El personal comprendido en este Título carece de estabilidad, concluyendo su desempeño al extinguirse la causal de su designación, o se disponga su cese cuando razones de servicio así lo aconsejen.

Deberá satisfacer los deberes inherentes al cargo y estará sujeto a las obligaciones y prohibiciones previstas para el personal de Planta Permanente.

Gozará de similares derechos que los establecidos que para el personal temporario de la Administración Pública Provincial.

TÍTULO IV

REGIMEN PRE ESCALAFONARIO

CONCURRENCIAS

ARTÍCULO 51.- Personal concurrente es aquel que asiste a los establecimientos sanitarios con el fin de mejorar su capacitación. Su ingreso estará supeditado a las necesidades del Ministerio de Salud. Tendrán los mismos derechos y obligaciones que el personal escalafonado. La Reglamentación determinará los requisitos y particularidades de la concurrencia.

RESIDENCIAS

ARTÍCULO 52.- El régimen de residencia en los establecimientos sanitarios estará supeditado a la planificación de capacitación del recurso humano y a la política sanitaria del Ministerio de Salud. El ingreso a la residencia será por concurso abierto. La Reglamentación determinará las condiciones de este régimen.

TÍTULO V

PROFESIONALES AUTORIZADOS

ARTÍCULO 53.- Se consideran profesionales autorizados a aquellos que no perteneciendo al Plantel de Escalafonados, ni preescalafonados, reúnen requisitos técnicos, legales y éticos que le permiten concurrir al establecimiento y prestar servicios, bajo condiciones que serán reglamentadas para cada establecimiento, con la participación de la Comisión Permanente de Carrera Hospitalaria.

La incorporación del profesional autorizado no lo será en áreas de desarrollo tradicional en el hospital público. Tampoco será sustitutivo, directos o indirectos de los cargos y funciones previstos en el Plantel Básico de la Carrera de cada establecimiento. Asimismo, este régimen es optativo para cada establecimiento de acuerdo a las características zonales o regionales.

TÍTULO VI

COMISION PERMANENTE

DE CARRERA PROFESIONAL HOSPITALARIA

ARTÍCULO 54.- Créase la Comisión Permanente de Carrera Profesional Hospitalaria que será designada por el Ministerio de Salud y estará integrada por representantes de dicho Ministerio y de Entidades Profesionales que tengan el manejo de la matrícula y de Entidades Gremiales con personería jurídica de jurisdicción provincial.

La composición de esta Comisión será reglamentada.

Todos los integrantes de la Comisión deberán ser profesionales de la Salud. La Comisión tendrá las siguientes funciones:

- a) Asesorar al Ministro de Salud en toda cuestión que se suscite por motivo de la aplicación de la presente ley.
- b) Intervenir como Organismo de Apelación en los recursos que se interpongan a las decisiones de los Jurados de los concursos de acuerdo con lo previsto en la presente Ley.
- c) Estudiar y expedirse en las propuestas de convenios de reciprocidad con otras Carreras de jurisdicción, nacional, provincial o municipal.

TÍTULO VII

DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y COMPLEMENTARIAS

ARTÍCULO 55.- (Texto según Ley 10528) Los agentes que a la fecha de sanción de la presente ley revistan en cargos ganados por concurso bajo el régimen del Decreto-Ley N° 7878 serán escalafonados automáticamente de acuerdo a lo previsto en el artículo 8° de la presente Ley. Los profesionales que revistan en funciones ganadas por concurso, bajo el régimen precitado y que no hayan vencido su período legal, completarán el mismo de acuerdo a lo estipulado en el Decreto-Ley 7.878/72, estén o no previstas dichas funciones en la presente Ley.

En igual situación se encontrarán los agentes citados en los artículos 42 y 43, cuando se den las condiciones fijadas en el mismo.

A los efectos previsionales las funciones de Jefe de Departamento, Secretario Técnico y Subdirector previstos en el Decreto-Ley 7878/72, se correlacionarán con la función de Director Asociado establecida en la presente ley”.

ARTÍCULO 56.- Los Municipios de la Provincia podrán adherirse al régimen de la presente ley y a su reglamentación disponiendo su aplicación al personal profesional y servicios correspondientes de su dependencia, conforme a la clasificación que a tal efecto efectúe el Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 57.- Derógase expresamente el Decreto Ley 7878/72 y sus modificatorios, así como cualquier disposición contenida en las leyes que se opongan a la presente.

ARTÍCULO 58.- (Texto según Ley 10528) Facúltase al Poder Ejecutivo por esta única vez, a efectuar los llamados a concurso establecidos por el artículo 24°, dentro de los siguientes plazos, contados a partir de la promulgación de la presente Ley:

- a) Concurso de pases: plazo máximo seis (6) meses.
- b) Concursos de cargos: plazo máximo doce (12) meses.
- c) Concurso de funciones: plazo máximo dieciocho (18) meses.

(Ley 10528 sustituyó el artículo 58 orig.

Anexo VIII Perfil e incumbencias del Licenciado en Enfermería de la UNMDP.

Perfil Profesional

El Licenciado/a en Enfermería de la Universidad Nacional de Mar del Plata es un profesional que ha adquirido competencia científica y técnica en el área de enfermería, para dar cuidado y ayuda al individuo, familia y comunidad, mediante una firme actitud humanística, ética y de responsabilidad legal, adecuados conocimientos en las áreas profesional, biológica, psicosocial y humanística y entrenada en las técnicas específicas en el marco de desarrollo científico.

Tendrá conocimiento sobre el proceso de enseñanza aprendizaje en la educación continua del individuo, familia y grupos comunitarios. Tendrá conocimientos sobre la administración de los Servicios de Enfermería Hospitalarios y Comunitarios en los distintos niveles de complejidad, tomando decisiones en cualquiera de las áreas de su desempeño profesional, basadas en su capacidad de observación, análisis reflexivo y juicio crítico. Tendrá conocimiento sobre el método de investigación aplicándolo y divulgando sus resultados a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de Enfermería y el desarrollo profesional.

Alcances del egresado:

- Planificar, organizar, dirigir y evaluar Servicios de Enfermería.
- Participar en la realización de estudios e investigaciones referidos a las formas de cuidado y control de los pacientes en los niveles de prevención, tratamiento y rehabilitación en el área de Enfermería.
- Participar en programas de mejoramiento sanitario para la salud.
- Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en el área de Salud.
- Asesorar sobre las acciones y condiciones del ejercicio profesional de enfermería al equipo interdisciplinario e intersectorial.
- Establecer políticas de atención, educación e investigación en Enfermería⁹⁴.

⁹⁴ Disponible en: http://www.mdp.edu.ar/cssalud/perfil_egresado_enfermeria.png