

DT 01/14

Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención

EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Equipo de trabajo:

Cecilia Acosta - **Departamento de Planificación Estratégica – DIGESA**

Cyntia Buffa - **División Recursos Humanos del SNIS – DIGESNIS**

Pilar González - **Departamento de Planificación Estratégica – DIGESA**

Ana Larrosa - **División Recursos Humanos del SNIS – DIGESNIS**

América Monge - **Unidad de Descentralización – DIGESA**

Ana Noble - **Departamento de Planificación Estratégica – DIGESA**

Sergio Núñez - **División Recursos Humanos del SNIS – DIGESNIS**

Daniel Pazos - **Unidad de Descentralización – DIGESA**

Patricia Pereda - **División Recursos Humanos del SNIS – DIGESNIS**

Carlos Polito - **División Habilitación de Servicios de Salud – DIGESNIS**

Gabriela Pradere - **División Recursos Humanos del SNIS – DIGESNIS**

Norma Rodríguez - **División Normas e Investigación - DIGESA**

Leandro Santos - **Departamento de Planificación Estratégica – DIGESA**

Diego Soria - **División Recursos Humanos del SNIS – DIGESNIS**





Resumen

El presente documento es un trabajo técnico realizado a pedido de las autoridades ministeriales, que busca reorientar y ordenar la discusión sobre la composición y funciones que deberían desarrollar los Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención (ESPNA).

El documento se estructura en siete capítulos en los cuales se analizan y definen conceptos básicos a tener en cuenta a la hora de detallar la integración de los equipos. La ecuación explicativa y lógica del proceso formacional del ESPNA se define a partir de una complementariedad de dos estructuras de Recursos Humanos en Salud (RHS), con la particularidad de que una de estas estructuras poseerá una composición fija y estable en cuanto a integración de RHS para todo el territorio. Hablamos así entonces de un Equipo de Proximidad (estructura fija) y un Equipo de Primer Nivel (estructura flexible), la complementariedad de tareas entre ambos núcleos configuran en última instancia al ESPNA.



■ 1. Introducción	1
■ 2. Ubicación del ESPNA: el equipo de proximidad y el equipo del primer nivel	3
■ 3. Configuración de los Equipos	6
■ 4. Responsabilidad del ESPNA	8
■ 5. Funciones del Equipo	10
A. Planificación	10
B. Ejecución	10
C. Evaluación	11
Funciones del equipo de proximidad	11
■ 6. Método y población de referencia	12
■ 7. Consideraciones finales	14
■ Referencias Bibliográficas	16

El presente trabajo ha sido elaborado de forma conjunta por un grupo inter-direccional del MSP, bajo la coordinación de la División de RHS del SNIS, con el objetivo de reorientar la discusión sobre la conformación de los Equipos de Salud de Primer Nivel de Atención (ESPNA), su lugar en el proceso asistencial y su pertinencia como parte fundamental en la reforma de la salud.

El documento plantea definiciones claves para la elaboración de un plan de conformación de los ESPNA, delineando una imagen objetivo de la organización, las funciones y responsabilidades de estos equipos como grupos asistenciales dentro del primer nivel de atención.

La sustentabilidad de las definiciones aquí expuestas se fundan en los principios de accesibilidad, universalidad, calidad y equidad de la atención en salud, principios que se encuentran en la base del Sistema Nacional Integrado de Salud.

El Sistema Nacional integrado de Salud (SNIS)

Si bien el objetivo de este trabajo no es realizar una descripción rigurosa del sistema de Salud Uruguayo, es necesario reseñar algunas características que se expresan en la Ley 18.211 base para el andar de la reforma y que aquí se convierten en conceptos fundamentales para orientar la comprensión del trabajo:

Artículo 34.- El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

Artículo 36.- El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral de salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios.

Artículo 37.- El segundo nivel de atención está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día de carácter crónico. Está orientado a satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad. En él se asientan la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia.

Artículo 38.- El tercer nivel de atención está destinado a la atención de patologías que demandan tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades.

Como se observa, el SNIS está organizado en redes, redes de atención como se detalla en el art. 34; esta estructura tiene como estrategia la Atención Primaria en Salud (APS) con objetivos direccionados a priorizar el Primer Nivel de Atención.

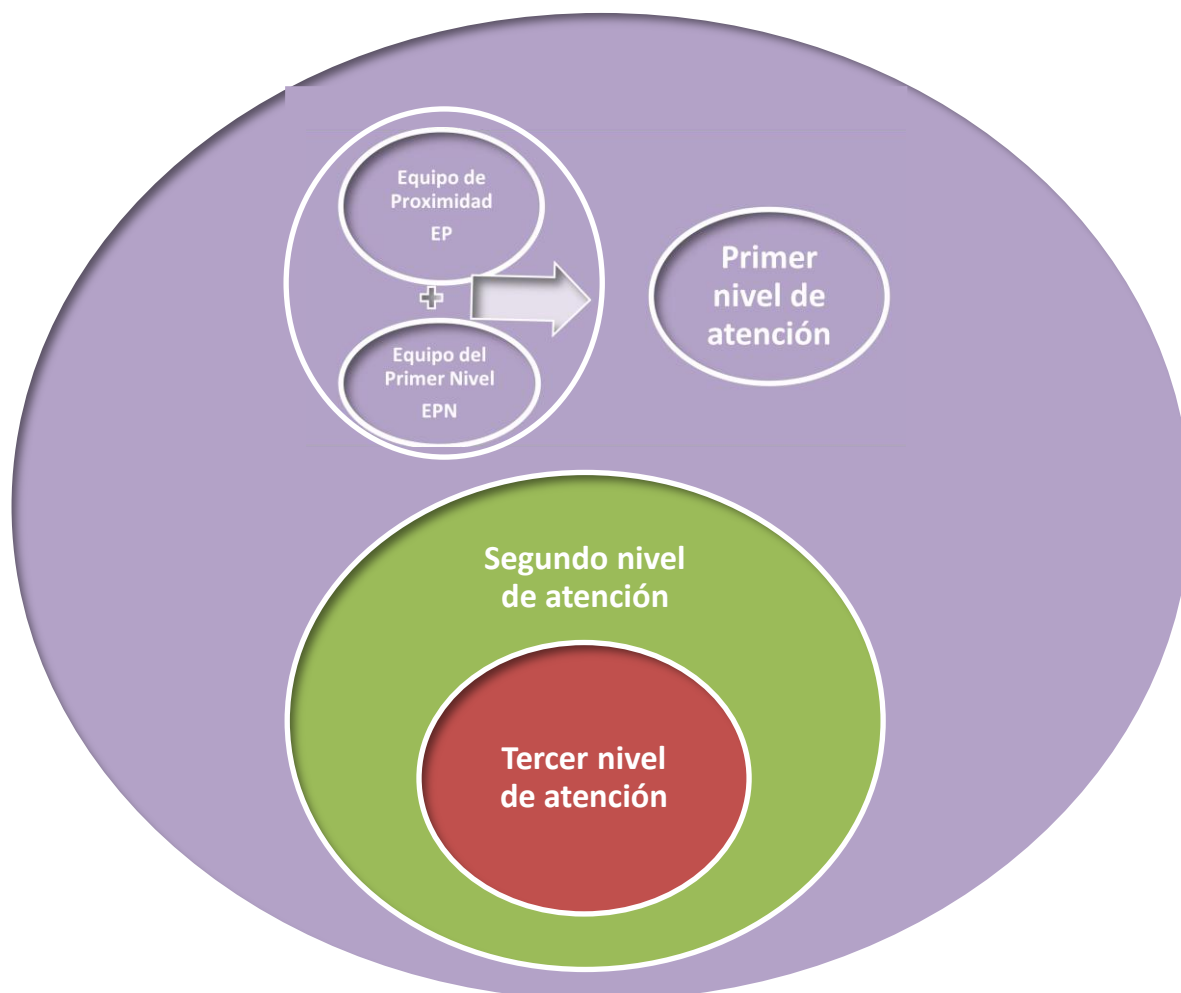
El concepto de APS y sobre todo la estrategia orientada por este lineamiento es definido como la acción que conjuga una multiplicidad de directrices. Precisamente en la conferencia de Alma-Ata de 1978 se entendió que la APS es: la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación¹. Este enfoque es considerado un elemento sustancial en los Sistemas de Salud, particularmente porque constituye y encierra la noción de primer nivel de atención. El *Primer Nivel de Atención* de manera resumida puede ser concebido como la puerta de entrada y el primer contacto que tiene el individuo con el sistema sanitario. Más exactamente, puede asumirse que este primer contacto refiere: *a la organización del conjunto de recursos humanos (ESPNA) y procedimientos tecnológicos, utilizados para solucionar las necesidades básicas y las demandas más frecuentes en materia de salud de una población.*

Identificar el ESPNA como parte del primer nivel de atención le da un carácter primario. El buen desempeño de este equipo está relacionado con su habilidad de llevar a cabo su trabajo y de manejarse coordinadamente, asumiendo ciertas responsabilidades a la hora de tomar decisiones en pro del beneficio de los usuarios y de la calidad asistencial.

La configuración del ESPNA deberá cimentarse en un conjunto de aspectos como por ejemplo: **a)** Perfiles socio-epidemiológico de los usuarios y comunidades a atender; **b)** dispersión de la población; **c)** barreras de acceso (económicas, geográficas, culturales, etc); **d)** disponibilidad de recursos; **e)** perfiles formativos de los equipos de salud y niveles de competencias profesionales; **f)** configuración y proximidad de las redes de atención para la referencia y contra-referencia de los usuarios.

¹ La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Nº 1, Sistemas de Salud basados en Atención Primaria de Salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C, OPS. Primera Edición. 2008. Pág. 14.

Ilustración 1. Organización del proceso asistencial.



En la ilustración 1 se esquematiza el proceso asistencial y la ubicación del ESPNA dentro del mismo. Como se observa, también se realiza una subdivisión del ESPNA en dos unidades: el *Equipo de Proximidad (EP)* y el *Equipo del Primer Nivel (EPN)*².

En este esquema, también se identifica al EP como *la puerta de entrada al proceso asistencial* lo que implica que: **(a)** este deberá proveer a la población asignada la accesibilidad a los

² No obstante cabe mencionar que, la propuesta planteada en el esquema parte del supuesto de autonomía de elección de los equipos por parte de las personas; en la medida que la cartilla de Derechos y Deberes de los pacientes y usuarios de los servicios de salud en su Artículo 2º establece el derecho a la libre elección de los prestadores de salud por parte de las personas.

servicios de salud; **(b)** así como estimular a la utilización de dichos servicios cuando surja una necesidad sanitaria.

Cabe aclarar aquí, que el EP es una parte importante dentro del primer nivel de atención, pero no es en definitiva el primer nivel, ya que lo que desarrolla el equipo son funciones estructuralmente utilitarias para el cumplimiento de las otras dos dimensiones que componen este nivel: **{b}** facilitar y coordinar el flujo del paciente dentro del sistema, y **{c}** asegurar la integración y hacer la síntesis de los diferentes problemas, diagnósticos y tratamientos para el manejo adecuado del paciente.

De esta manera, la función de puerta de entrada que desarrollará el EP, se convierte en el punto **{a}** dentro del primer nivel de atención, resultando así esencial para la eficiencia del sistema, ya que disminuye la (sobre) demanda en los otros niveles. Pero evidentemente la eficiencia no significa que haya que convertir al EP en una barrera; por el contrario, al ser éste el equipo referente del usuario deberá poseer capacidades resolutorias.

Por otra parte también es oportuno mencionar, que la coordinación en el primer nivel de atención es fundamental para la consecución de tres componentes básicos, como son la *accesibilidad*, la *longitudinalidad* y la *integralidad*. La esencia de la coordinación es la disponibilidad de información acerca de los problemas previos y de los servicios utilizados. La base estructural para la mantención de este proceso es la continuidad asistencial garantizada por la atención del mismo EP, cuyas vías de comunicación le permitirán actuar en conjunto.

En este punto se identifican claramente tres conceptos cruciales: *accesibilidad*, *longitudinalidad* e *integralidad*.

La *accesibilidad* hace posible el contacto con los servicios y la utilización de estos servicios es un aspecto fundamental dentro del proceso asistencial. La noción de accesibilidad debe ser entendida como un concepto multidimensional, referido a la ausencia de barreras geográficas, económicas, administrativas y culturales que impidan la utilización de los servicios de salud.

El aspecto de *longitudinalidad*, propone la existencia de un seguimiento del usuario a lo largo del tiempo. De esta forma, cada EP debe ser capaz de identificar a su población y viceversa, entablando así una relación estable, estrecha y de primer contacto. Dicha relación se establecerá independientemente de la ausencia o presencia de los problemas de salud de la población; existiendo así un lugar y un equipo que servirá de referencia y que prestará regularmente asistencia. Entendido de esta forma, la longitudinalidad es una tarea global del equipo, que le da al conjunto de estos RHS la responsabilidad de referente, lo que implica una corresponsabilidad del equipo con el individuo, intentando cumplir con las pautas de control en salud estipulada para cada grupo de edad.

La *integralidad* hace al concepto de una salud sistémica e integral que se cimienta a partir de un conjunto de actividades dirigidas a la persona y al medio ambiente llevadas adelante por el primer nivel de atención³. El ser humano deberá ser concebido como una unidad integral

³ Villar, H.: La salud una política de Estado, 2003

biopsicosocial, aspectos que son indispensables a la hora del desarrollo de un individuo: la presencia de su esencia como ser biológico con estructuras y funciones definidas, las relaciones como ser social inherentes a su condición de convivencia grupal (familia y comunidad), y la resultante de esta interrelación biosocial, que en definitiva es la que da origen al proceso de la salud del hombre.

La integralidad como aspecto dentro del proceso asistencial, implica además que la evaluación longitudinal a lo largo de la vida de un ser humano, deberá desarrollarse teniendo en cuenta su historicidad y futuro. Y esta continuidad integra e integral estará garantizada por el seguimiento del ESPNA que analizará al individuo y a su contexto como adjuntos, demandando de este modo un dominio exhaustivo de los factores que influyen al individuo como unidad y como parte de un todo social.

Dentro de este mismo punto se deberá hacer referencia a la noción de *resolutividad*, como algo inherente a estos tres conceptos cruciales ya esbozados (accesibilidad, longitudinalidad e integralidad). La capacidad resolutive de los EP y EPN, además de ser fundamental dentro de la ecuación sanitaria, es un soporte técnico que brinda y permite la visualización de la calidad asistencial.

De manera más concreta se puede decir que la *resolutividad*, consiste en la capacidad que tiene el ESPNA en convertirse individual y colectivamente en un sistema inteligente, capaz de extraer comprensión de la información brindada por la persona y de hacer significativa esa información para resolver problemas reales.

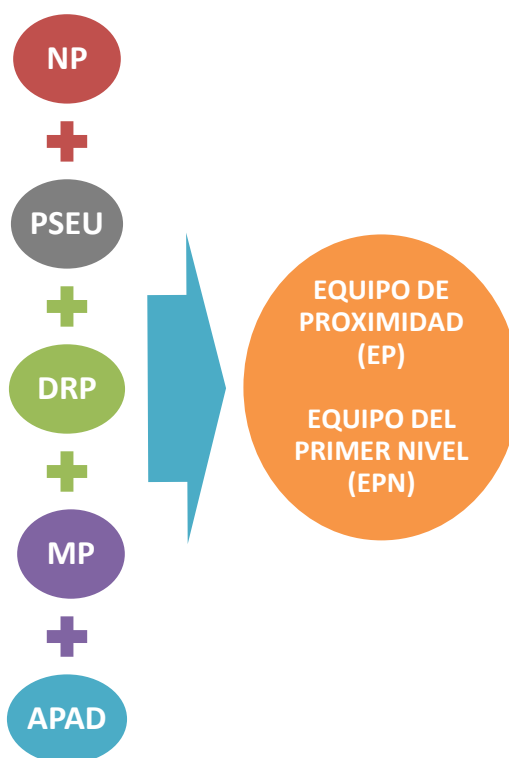
Aquí, indirectamente también se entremezcla otro concepto básico, la valoración de la satisfacción frente a la atención recibida, factor determinante en el éxito de un proceso asistencial. De esta manera la *resolutividad* no solo se integra a la relación ESPNA - usuario, como un componente fundamental, sino que implica la confección adecuada de un proceso de adhesión por parte del paciente o usuario al ESPNA que cuida de su salud.

En la base de este proceso se encuentra la noción de *seguridad*, como motor para la continuidad y la adhesión del usuario al proceso asistencial y sobre todo al EP. De esta manera el apego del paciente al equipo es un proceso que abarca dos aspectos básicos, la confianza y la seguridad que trasmite el profesional como experto.

Existe un conjunto de aspectos a considerar a la hora de organizar la composición mínima o completa del EP y del EPN. Uno de estos aspectos como ya se ha venido mencionando son: **a)** las necesidades y demandas concretas de la población de referencia asignada (**NP**); a esto se deberían agregar otras dimensiones: **b)** perfiles socio-epidemiológicos de los usuarios a atender (**PSEU**); **c)** disponibilidad real de RHS (**DRP**); **d)** metas propuestas a alcanzar por el equipo (**MP**); **e)** actividades propuestas a desarrollar (**APAD**).

Por lo cual la configuración de ambos equipos en el primer nivel de atención sería una función resultante de:

Ilustración 2.

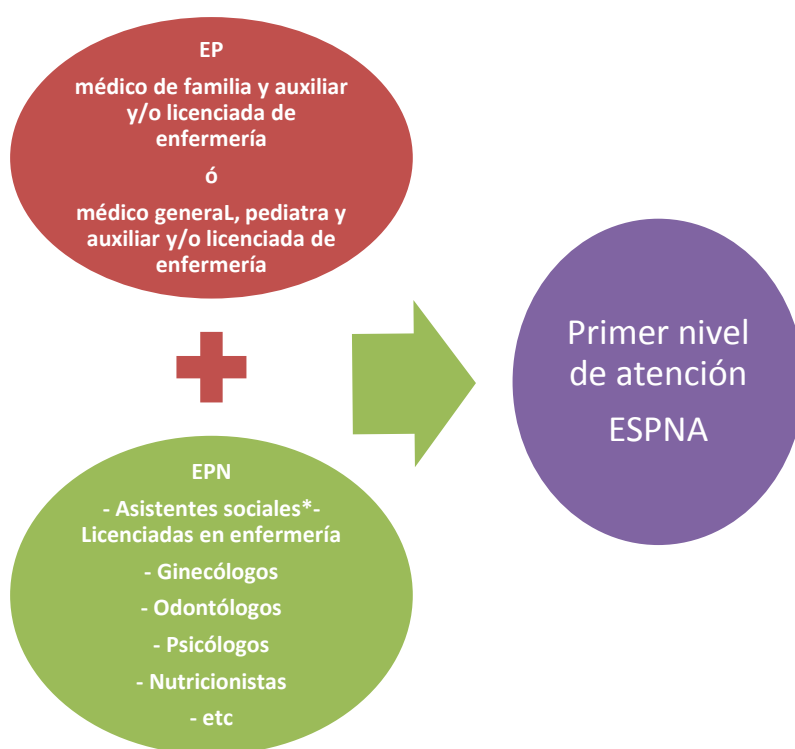


A partir de este esquema se podría ensayar una posible integración del EP y del EPN, partiendo de una composición fija en cuanto a la primera en todo el territorio y en todos los prestadores y variable en cuanto al segundo conjunto de RHS. El EPN adquiere así un carácter cambiante que responderá a las necesidades de salud de la población asumiendo los determinantes de salud tomando al sujeto como bio- psico- social e inserto en un proceso de salud enfermedad. *Igualmente dentro del EPN se encontrará un conjunto de RHS estables de carácter transversal que se mantendrán fijo para toda la población a la hora de la conformación final.*

De esta manera tendríamos dos equipos: un EP común en todo el territorio y sistema y un EPN configurado a partir de mecanismos de adaptación a los cinco aspectos indicados: (NP), (PSEU), (DRP), (MP), (APAD). La fusión de estos componentes pensados como equipos vendría a completar el primer nivel de atención.

Asumiendo los mecanismos de adaptación (ND, PSEU, DRP, MP, APAD) se puede definir algunas profesiones que compondrían el EPN. A continuación se presenta una ilustración relacional que integra a los diferentes RHS a una posición dentro del diseño del equipo:

Ilustración 3. Esquema de funcionamiento del ES



**Los asistentes sociales configurarían una categoría totalmente transversal, en la medida que podrían estar en el EP o en el EPN, que en el esquema lo componen algunos de los RHS del Primer Nivel. Esta movilidad del Asistente social dependerá de las características de la población de referencia.*

El EPN será definido por cada institución prestadora basándose en las características de su población de usuarios, *con la particularidad de poseer un componente **fijo***. A la par, el MSP en tanto regulador del sistema, deberá establecer qué criterios se tomará en cuenta a la hora de evaluar la integración de dichos equipos y cuáles son las profesiones que se exigirán como fijos.

El ESPNA deberá responder a las exigencias sanitarias de la población, deberá trazarse objetivos claros, desarrollar actividades propias del mismo, haciéndolo desde una perspectiva interdisciplinar⁴ y con una integración multiprofesional⁵, con orientación individual, familiar y comunitaria, enfatizando en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

El aspecto esencial del trabajo en equipo se debe asumir atendiendo a las necesidades de la persona, grupo o población, garantizando la atención integral de la persona, por lo que la actividad se focalizará en *la gestión por procesos*, donde el punto de atención es la persona y sus necesidades; entablando una relación de confianza entre el equipo y el usuario, una relación basada en acuerdos entre ambas partes.

El rol y la labor que desempeñará cada RHS estará determinado por los roles desempeñados por los otros profesionales en el trabajo multiprofesional desde la interdisciplina y por las características de la situación a atender. Es decir la situación representada por un determinado participante es parte integral de una representación alimentada y mantenida por cooperación de más de uno dentro del equipo⁶. Asumir esta mirada le permite y le proporciona al primer nivel de atención una mayor capacidad organizativa y distributiva de funciones en la situación asistencial a afrontar. La imagen de los ESPNA debe ser la de un rompecabezas, en el cual cada integrante deberá complementarse perfectamente para que el producto final retrate un todo completo.

El objetivo de este equipo será generar un vínculo democrático, respetuoso con la población asignada, aspecto esencial en el proceso asistencial, a partir del cual se construya la confianza y se demuestre en la resolución de los problemas la profesionalidad en el acto del cuidado de la salud. Este aspecto deberá ser el soporte para la construcción de una nueva forma de trabajo de los equipos a partir de una comunicación dialógica, participativa que tenga en cuenta a las personas con sus capacidades y las potencialidades a generar en este proceso de promover salud y prevenir la enfermedad.

⁴ La interdisciplina hace referencia a las formas en que interactúan las disciplinas entre si y que se convierte en el objeto de la interdisciplinariedad. La Renovación de la atención Primaria de Salud en las Américas. Nº 1 Sistemas de Salud Basados en la atención Primaria de Salud. *Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington, D.C: OPS, 2008.

⁵ La *multiprofesionalidad* es considerada una estrategia que orienta y posibilita la realización de una asistencia integral. Esto implica referirse a una yuxtaposición de diversas disciplinas, en la cual cada profesional actúa de acuerdo con su saber especializado. *Sandra Regina da Costa Saar; Maria Auxiliadora Trevizan*. Los roles profesionales de un equipo de salud: la visión de sus integrantes. Rev Latino-am Enfermagem 2007 janeiro-fevereiro; 15(1) www.eerp.usp.br/rlae

⁶ Goffman E. A representação do eu na vida cotidiana. 10ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes. 2002

Desarrollo personal

Un punto *no* menos crucial dentro del proceso de formación y funcionamiento del ESPNA, es considerar aspectos *motivacionales* que conduzcan al equipo y sus integrantes a una labor satisfactoria tanto personal como laboral.

En todos los ámbitos de la vida la motivación juega un rol fundamental, sobre todo cuando este ámbito es el laboral. En un sentido concreto se puede definir la motivación “como el impulso que conduce a una persona a elegir y realizar una acción entre aquellas alternativas que se presentan en una determinada situación. La motivación está constituida por todos los factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo” (Mary, 2006).

De esta manera la motivación como acción debería ser tenida en cuenta a la hora de la planificación de los ESPNA. Las capacitaciones, los incentivos ya sean económicos o de otra índole, el clima laboral, la comodidad de contar con los recursos suficientes y adecuados para el buen desarrollo de las actividades, son un conjunto de ítems que contribuyen al buen desempeño del trabajador. Contar con un ESPNA motivado y conforme con su labor, no solo es productivo desde el punto de vista individual, sino que facilita la planificación en la medida que ésta motivación es usada para lograr trabajos colaborativos y consensuados, respecto a qué debe hacerse y cómo debe hacerse.

En fin, está claro que la motivación es un producto *construible*, que simboliza la oportunidad que se debería ofrecer al equipo para que éste desarrolle sus capacidades y potencialidades, en bien de sí mismo y de la comunidad en la cual se desempeña.

Aquí adquiere relevancia fundamental, el pensar *mecanismos de incentivos eficientes, individuales y/ o colectivos*, que involucren aspectos financieros y no financieros, para obtener un punto de equilibrio beneficioso para todas las partes implicadas en el proceso asistencial.

Los equipo deberán desarrollar sus funciones asegurando el máximo nivel de resolutivez, brindando un trato digno, respetuoso y de cercanía con el usuario y la familia, aplicando el código ético de cada disciplina, con la comunicación adecuada y pertinente de la información, y orientación precisa acerca de la oportunidad, uso y acceso a la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS).

Las tareas de todos los integrantes del primer nivel de atención se distribuirán en tres grandes bloques: **Planificación, Ejecución y Evaluación.**

A. Planificación

- Elaborar un análisis de la situación de salud participativo que contemple el perfil de salud de la población a cargo, según edad, sexo, patología crónica, determinantes sociales y principales necesidades en salud.

B. Ejecución

- Promoción, prevención, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según las Guías de prácticas clínicas del MSP, desde un abordaje individual, familiar y comunitario.
- Prevención de la enfermedad y cuidado de la salud mediante: realización de controles en salud según pauta por curso de vida⁷, tamizajes específicos por etapa de vida, y la aplicación de Guías de Práctica Clínica (GPC), Protocolos de Atención (PA) y Flujogramas de Procedimientos (FP), proporcionados y/o aprobados por el MSP. Notificación de enfermedades obligatorias, vulnerabilidades ambientales y enfermedades vinculadas a la salud ocupacional.
- Incorporación de la población a la gestión del cuidado.
- Registro correcto en la historia clínica, así como también registro de actividades mensuales y semestrales.
- Participación en actividades de capacitación y desarrollo profesional continuo, vinculadas tanto a la ejecución de los Planes de Salud como las requeridas para el mantenimiento de un nivel de ejercicio profesional compatible con una atención de calidad en el marco del desarrollo técnico científico.

⁷ Se estudia al individuo a través del curso de su vida, intentando desterrar el modelo de salud fragmentado.

C. Evaluación

Aplicar métodos de monitoreo y evaluación que sirvan para la autoevaluación del desempeño de la tarea y rendición de cuentas a sus usuarios. Para esto se requieren conocimientos para el manejo de resultados clínicos, métodos de evaluación de servicios y herramientas de evaluación de impactos sanitarios.

Funciones del equipo de proximidad

Además de las funciones generales a los dos equipos antes redactadas, se entiende que el EP deberá tener ciertas tareas específicas que se describen a continuación:

- Ser responsable de su población de referencia.
- Identificar las barreras de acceso (geográficas, económicas, organizacionales, socioculturales, de género, étnicas, estructurales, edilicias, etc.).
- Realizar plan de actividades anual de acuerdo a las necesidades del perfil de salud elaborado.
- Realizar promoción para la salud de la población a cargo, en instancias individuales y/o colectivas, dentro y/o fuera del servicio de salud, fomentando en cada instancia los derechos y deberes de los usuarios, llevando adelante la abogacía para la salud.
- Aplicar estrategias para reducir las barreras de acceso y las inequidades, y ampliar la cobertura. Identificar los recursos comunitarios existentes.
- Atención de la patología aguda no grave, el control y la descompensación no grave de la patología crónica, a la descompensación y control según GPC, PA y FP. Será obligatorio derivar al equipo de proximidad toda vez que el paciente consulte en la emergencia y luego del alta de internación, junto a la información correspondiente.
- Responsabilidad, seguimiento y satisfacción de la demanda de atención de la población a cargo a lo largo del curso de vida, cumpliendo con el sistema de referencia y contra-referencia establecido, y con la adecuada gestión de casos.
- Fomentar y ejecutar el trabajo con el ESPNA mediante el trabajo en equipo con las profesiones que se consideren necesarias, acorde a los criterios mencionados en el documento. Los mecanismos pueden ser: derivación, interconsulta, actividades conjuntas, etc.

Actualmente no existe regulación alguna sobre la metodología a utilizar para la referenciación de la población a un médico o equipo del primer nivel de atención.

A la hora de definir la forma de referenciación de la población, hay que tener en cuenta las siguientes premisas:

1. Libertad de elección del usuario
2. Carga horaria de los trabajadores
3. Tiempos de espera

A la hora de referenciar, existen diferentes alternativas. En primer lugar, puede no establecerse límite a la capacidad de los equipos de salud en la referenciación, que es como funciona actualmente el sistema. En este caso el ajuste se termina dando a través de los tiempos de espera.

En segundo lugar, el regulador puede definir centralmente el número máximo de usuarios referenciados por equipo. En este caso el problema es que pueden existir sesgos por riesgo entre equipos que determinen cargas de trabajo muy disímiles. Una posibilidad es considerar el sexo y la edad para hacer el ajuste a la hora de determinar el número máximo de referencia. Si bien este mecanismo mejora la asignación del trabajo entre los equipos no logra evitar que se concentre, por ejemplo, población con enfermedades crónicas en algunos equipos.

En síntesis, se considera que la mejor opción es que el tope de población referenciada se realice a nivel micro, tomando en cuenta las características poblacionales y evitando que el ajuste se realice a través de los tiempos de espera. A continuación se describe el método propuesto que forma parte del acuerdo médico de consejo de salario de noviembre de 2012.

Para el cálculo de la población de referencia de los equipos de salud se parte de la actividad desarrollada por el médico, porque es el trabajador que actualmente tiene más parametrizado su trabajo. La carga horaria de los médicos debe incluir horas de atención directa en consultorio, de trabajo en la comunidad y educación para la salud, de capacitación y otras de trabajo en las instituciones que no sea de atención directa. De todas estas actividades, el método se basa para el cálculo en la parte del horario asignado a la atención directa en consultorio, lo que no implica que la carga horaria total deje de considerar las actividades extramuros.

Se parte del número de consultas anualizadas potencialmente realizables por el médico que depende de la carga horaria en consulta y la cantidad de consultas por hora. Para cada institución, y en base a las consultas programadas para cada tramo de edad (se hace referencia más adelante a las consultas espontáneas), se define el número de personas que configura la población de referencia de forma tal que el mix resultante, medido en número de consultas anuales, no supere en ningún caso –y en cada momento del tiempo– el máximo número de

consultas anualizadas potencialmente realizables en el perfil de cargo. Las consultas programadas se determinan para cada uno de los grupos poblacionales que se considere necesarios: niños menores de 14 años, mayores de 14 años, mujeres de 14 a 65 años, por ejemplo.

El método sigue los siguientes pasos en cada institución:

Se determina para cada perfil de cargo el número de consultas potencialmente realizables en el año. Surge de multiplicar el número de horas anualizadas del cargo por la cantidad de pacientes por hora prevista en el Acuerdo del Consejo de Salarios Grupo 15. Este número constituye la máxima cantidad de consultas que realizará el médico al año (consultas potencialmente realizables).

A su vez, se toma en consideración el número de consultas programadas que define el programa correspondiente.

Luego se acumula el número anualizado de consultas programadas que tiene computadas el médico para la población que lleva referenciada en cada momento del tiempo en la institución considerada, según el tramo de edad al que pertenezcan las usuarias y los usuarios referidos.

Se compara para cada momento del tiempo la cantidad de consultas anualizadas que el médico lleva computadas para la población usuaria referida con el máximo de consultas anualizadas potencialmente realizables para ese perfil del cargo.

El primero de los valores podrá seguir aumentando con usuarias y usuarios referenciados hasta alcanzar su tope en la segunda cantidad mencionada.

De ese modo se determina el número de población referenciada por médico en cada momento del tiempo y en cada institución, resultando un número de usuarias y usuarios referenciados que no necesariamente coincidirá entre los diferentes profesionales de cada institución, dependiendo críticamente del mix por tramo de edad que compone cada población de referencia.

El número de médicos, las horas semanales del perfil de cargo seleccionado, y la relación de consultas programadas y espontáneas determinarán de modo crítico la capacidad institucional para brindar la cobertura necesaria para esta modalidad de trabajo.

La institución será responsable de brindar trimestralmente al equipo de salud un listado taxativo de las usuarias y los usuarios referenciados así como el número de cupos que el equipo tiene disponible. El equipo tiene la obligación de informar a la institución cualquier cambio que se realice en dicha lista, ya sea de nuevas personas referenciadas como otras que dejan de atenderse con dicho equipo.

El objetivo del presente documento es establecer los lineamientos generales de la propuesta de organización de trabajo en equipo dentro del primer nivel de atención. Esta puede ser considerada como una primera etapa del grupo interdireccional que trabajó a lo largo de todo el 2012.

Hoy validado el documento en los ámbitos necesarios, se deberá continuar trabajando en el proceso de implementación de la propuesta. No obstante, se debe reconocer que esta tarea es por demás compleja e implica trascender dimensiones que se han trabajado en el presente documento.

Como se mencionó más arriba, la implementación implicará abordar aspectos que hacen a la estructura actual del sistema y en tal sentido trascienden a los equipos de salud, pero que desde la perspectiva de este trabajo cumplen una función estratégica, necesaria y fundamental. Existen elementos y definiciones macro del sistema de salud que deberán ser tomadas e influirán en la viabilidad del desarrollo de la propuesta; por otro lado, hay otros elementos que deberán ser modificados y/o transformados para que el proceso de consolidación de los ESPNA sea viable. Estos elementos refieren fundamentalmente a dos dimensiones:

- Cambio de modelo de atención: pasando de un enfoque biomédico a uno preventivo, hospitalocéntrico a la comunidad; de la cura de la enfermedad a la prevención en salud.
- Cambio de modelo de gestión: pasando de la gestión en base a las necesidades de los servicios hacia las necesidades de la población.

Dentro de estos dos grandes cambios cabe destacar algunos que hacen a los mismos como fundamentales para el desarrollo de la propuesta:

- Organización y funcionamiento en redes integradas de asistencia; referencia y contrarreferencia; complementación.
- La territorialización: base territorial de la asistencia, asistencia en el lugar donde transcurre y se desarrolla la vida cotidiana de las personas.
- Definición de la canasta de prestaciones del Primer Nivel de Atención dentro del PIAS.

A si mismo se pretende destacar un tema no menor que deberá ser contemplado a corto o mediano plazo y que a lo largo del documento se plantea como latente, el concepto de territorialidad.

La territorialidad puede ser asumida como un concepto y una construcción social en la medida que se define como el lugar donde viven las personas, un espacio dinámico, cambiante que se construye y se modifica permanentemente y donde se producen y reproducen los determinantes y exposiciones sociales a los que se integran las personas y familias.

De este modo la territorialización como componente de la referenciación se convierte en una herramienta más para que el Equipo de Salud asegure su llegada a cada ciudadano o familia mejorando su planificación de trabajo y ordenando su accionar en base a las necesidades detectadas en el territorio, contemplando sobre todo las condiciones que determinan la salud y la enfermedad en los espacios de vida cotidiana de la gente.

Conscientes que el elemento de la territorialidad no puede ser definido aisladamente para el Equipo de Salud, ya que implica definiciones estructurales del sistema, pero como fue mencionado, desde la perspectiva instrumental del mismo, es estratégico para el desarrollo de la implementación.

- Acuerdo del Consejo de Salarios, Quinta Ronda 2012 (trab. médicos). http://www.mtss.gub.uy/files/SALARIOS/Grupo%2015/grupo_15_Cond_de_Trabajo_de_Medicos_5_-_11_-12.pdf
- Colectivo de autores, Rev. Roberto Álvarez Sintés, “Salud y medicina”, Volumen I, en Medicina General Integral, 2ª Edición, La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 2008.
- De alma ata a la Declaración del milenio. Conferencia Internacional de salud para el Desarrollo: “Derechos, hechos y realidades”, Propuesta para la discusión: “Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad”, Buenos Aires 30/15.
- Equipo compilador: Tabaré González y Daniel Olesker, La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2055-2009, MSP.
- ESTRADA RODRÍGUEZ, Roberto, *PERFIL DE COMPETENCIAS DEL EQUIPO BÁSICO*, Iniciativa de políticas en salud, Mayo, USAID, Perú, 2009.
- Goffman E. A representação do eu na vida cotidiana. 10ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes. 2002.
- La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Nº 1 Sistemas de Salud Basados en la atención Primaria de Salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C: OPS, 2008.
- Manual de Medición y Monitoreo: Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud de la OPS/OMS, editado en mayo de 2011.
- OPS/OMS; Perfil de los Sistemas de Salud de la República Oriental de Uruguay: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma. USAID; Washington, D.C.: OPS, 2009.
- Regina da Costa Saar, S; Auxiliadora Trevizã, M. Los roles profesionales de un equipo de salud: la visión de sus integrantes. Rev Latino-am Enfermagem 2007 janeiro-fevereiro; 15(1) www.eerp.usp.br/rlae
- ROLIM SAMPAIO, Luis Fernando, MD, MPH Director Nacional de Atención Primaria, *La Estrategia de Atención Primaria*, en Brasil, Tegucigalpa, noviembre 2006, www.lachealthsys.org/.../Programa_Salud_Familiar_Brasil_L_Sampaio.pps.
- Startfield Barbara, “Is primary care essential?” Lancet 1994; 344: 1129-33 en Palomo, Luis (coordinador), Autores: Sánchez-Bayle, Marciano, Simó, Juan, González López-Valcárcel, Beatriz y otros, Expectativas y realidades en la atención primaria española, ©Fundación 1º de mayo y Ediciones GPS, Madrid, 2010.
- Verónica Rodríguez; Anahí Barrios Lajuní. El Equipo de Salud en el Ámbito Comunitario. Propuesta de discusión en el Marco del Proceso de Regionalización, 2007.
- Villar, Hugo: La salud una política de Estado, 2003.