

Generación de estándares de necesidad para la especialidad en medicina familiar y comunitaria en el SNIS, Uruguay, 2015-2017

Fiorella Cavalleri – Jacqueline Ponzo – Clara Niz

VI Jornadas del Personal del Sistema Nacional Integrado de Salud
Octubre de 2018

INTRODUCCIÓN:

- Sistema Nacional Integrado de Salud
 - Cambio en el modelo de atención
 - Estrategia de APS y priorización del PNA

Desarrollo de PNA que garantice desarrollo de estrategia de APS requiere de equipos de salud dotados del personal adecuado para satisfacer las necesidades de la población.



PERFIL DE LOS ESPECIALISTAS

NUMERO DE ESPECIALISTAS



Se adaptó el instrumento desarrollado en Inglaterra por el Royal College sobre metodología de configuración de altos estándares, del capítulo referido al trabajo de las especialidades.

Objetivo: Aplicar a mfyc una metodología estructurada y reproducible para la caracterización exhaustiva de la especialidad.

Analizar la aplicación como insumo para la toma de decisiones en planificación de RRHH

Metodología:

- Se basa en consenso de expertos.
- Participaron del proceso docentes del Dpto. de MFYC de Facultad de Medicina- UdelaR e integrantes de Sociedad Científica.
- Se trabajo sobre un documento único.
- Se desarrolló entre 2015 y 2017.

Metodología:

La estandarización del perfil del especialista se realiza en base a diez secciones:

- 1- Descripción de la especialidad
- 2- Organización del servicio y patrones de referencia
- 3- Asistencia y atención centrada en el paciente
- 4- Enlaces interdisciplinarios
- 5- Requisitos de servicios de alta calidad
- 6- Trabajo clínico
- 7- Oportunidades para la atención integral
- 8- Requisitos de recursos humanos de la especialidad
- 9- Programa de trabajo
- 10- Puntos clave para los tomadores de decisiones



Metodología:

Secciones 1 a 7 corresponden al **perfil asistencial**

Secciones 7 y 8 **perfil de la fuerza de trabajo**

Sección 10 **recomendaciones para la gestión de la
especialidad**

Metodología:

En la última etapa de consulta se recabó la opinión de

los expertos sobre la metodología: pertinencia,

dificultades, aportes en cuanto a aspectos a modificar...

MFYC fue parte de la primera fase «piloto» para llegar al

cuestionario definitivo.

Resultados:

1- Descripción de la especialidad: en Uruguay se denomina **Medicina Familiar y Comunitaria**.

Denominación que hace referencia a la jerarquización del contexto en la perspectiva clínica y a la inclusión del abordaje comunitario dentro del campo de conocimiento y acción de la especialidad.

Dibarboure en 1988 la describió como medicina unidora, unificadora, integradora de los cuidados de salud al **individuo**, a su **familia**, a la **comunidad que integra**.

Antecedentes histórico de la especialidad

Antecedentes fundacionales en práctica desarrollada por Dibarboure en Capilla del Sauce y Macedo en Migués, en los 70'. Luego ambos contribuyeron a la creación de la Residencia en 1996/1997.

Antecedentes en la formación

El primer llamado a concursos para residencia fue en 1996 (4 cargos) . El posgrado se estableció en 2002.

En 2012 se estimaba en 419 especialistas titulados o con residencia de mfyc concluida.

Los pacientes: la mfyc atiende a personas de todos los grupos de edad, de todos los géneros, en su contexto de vida cotidiana, trabajo estudio.

Personas consultan por problemas de salud agudos o crónicos, definidos o indefinidos, estables o urgentes, posibles de resolver en el primer nivel o no.

También se ocupa de las personas mas allá de los servicios, a través de estrategias de salud comunitaria y promoción de salud.

Conjunto de acciones, que responden a las necesidades y características del territorio.

El domicilio de las personas es otro espacio relevante.

Patrón de las principales enfermedades : en mfyc se utiliza el concepto de problema de salud, más que el de enfermedad.

Organización de servicios y patrones de referencia: el ámbito específico del mfyc es el PNA, aunque no exclusivamente, la policlínica es el servicio donde se desarrolla el trabajo asistencial.

El MFYC trabaja idealmente con auxiliar de enfermería y ocasionalmente con ACS (figura no reconocida por el SNIS como parte del equipo).

En la práctica existen situaciones en las que mfyc trabaja solo.

Algunos servicios cuentan con profesionales de disciplinas que concurren con periodicidad variable (Nutricionista, odontólogo, obstetras, médicos de otras especialidades, así como generales, sin especialización).

¿Cómo acceden los pacientes al servicio?

- Cita programada
- Consulta espontánea en servicio de PNA (representa aproximadamente 50% de atenciones diarias en algunos servicios)
- Algunos pacientes son referidos para el seguimiento luego de hospitalización, consulta de urgencia, emergencia (esta forma es menos frecuente de lo deseable)
- No siempre consulta sin cita es por hecho nuevo ... sino por otras circunstancias que permitió o facilitó consulta ese día. En este caso, la consulta es la puerta de entrada.

¿Cómo está estructurado el sistema?

- Nivel mutual es desigual e incipiente el desarrollo de infraestructura para PNA. (aunque existen experiencia como la del CASMU), siendo en 2017 la institución con mas CAD en mfyc, superando incluso a ASSE.
- ASSE redes de atención primaria
- Diversidad en integración de los equipos de salud, reivindican la presencia de Aux Enf en los lugares dónde se desempeña mfyc. Se subraya que muchas veces mfyc trabaja solo alguno o todos los días de la semana.

A nivel mutua se plantea que si bien los recursos humanos y materiales están mejor resueltos, el tiempo disponible para cada paciente (12 minutos) resulta insuficiente **para una atención centrada en la persona.**

La atención domiciliaria es un aspecto clave de las presentaciones de un servicio de primer nivel.

Debería ocupar una proporción mayor de la consulta de mfyc en función del perfil epidemiológico de la población del país (añosa, con múltiples enfermedades crónicas y acumulación de discapacidad).

- **Atención en la comunidad y modelos comunitarios de atención**
- **Enlace intra e interdisciplinario y oportunidades para la atención integral**
- **Grupos multidisciplinarios de trabajo vinculados a otros técnicos.** se señala respecto a los Lic en Enfermería que en los casos en que están en el PN suele ser a tiempo parcial y en tareas de gestión. Se consideran escasas las experiencias en que se cuenta con Lic. Enf. en tarea asistencial con inserción clínica y comunitaria. Se valora la experiencia como muy satisfactoria.

Fronteras de la especialidad:

- constantemente existe ampliación de competencias por aumento de recursos tecnológicos disponibles en el primer nivel.
- Participación creciente en distintos procesos de atención a la salud (IVE, cuidados paliativos, atención integral a personas de la comunidad LGTIB)

- Participación del mfyc como médico asistencial en segundo y tercer nivel de atención
- Atención de niños
- Adultos mayores
- Especificidad requerida para el trabajo en el PNA y para ocupar cargos médicos en el PNA.

Entre especialidades médicas la que tiene como especificidad la práctica en el PNA, es la mfyc.

Actualmente no es una exigencia el título de especialista en mfyc para asumir cargos en el PNA.

Servicio de alta calidad: servicio de PNA de alta calidad es aquel con atributos de la APS definidos en Alma Ata «Accesibilidad, longitudinalidad, continuidad, integralidad».

Indicadores vinculados a la especialidad:

En PNA, la asignación de población a profesionales o a equipos con base territorial es un indicador importante.

Número de pacientes por hora (motivo de debate)

Indicadores de productividad. Número de consultas por grupo de edad, Cantidad de atenciones domiciliarias por unidad de tiempo...

- 
- Educación y formación a nivel de posgrado
 - Desarrollo profesional continuo

- **Organización del trabajo clínico ¿es posible definir cuál es la carga laboral ideal?**

Se alcanzó consenso en torno a las 36 horas semanales como carga óptima para cargo ejercido en PNA (con actividad en policlínica, domicilio y comunitaria).

Si cargo incluye horas de guardia puede alcanzar 40 o 48 hs semanales con un máximo de 6 a 12 horas de guardia en servicios de urgencia, según la carga horaria total

- **Requisitos de la fuerza laboral de la especialidad**

En materia de estándares, en ASSe se ha establecido un plan de territorialización en la subregión metropolitana que establece 1500 usuarios por cada mfyc .

- **Perspectivas a futuro de la especialidad**

Se considera que el mínimo necesario sería de 3000 para una población del orden de 3.300.000 habitantes

Plan organizativo de base semanal

- En cargos de 40 hs. Semanales. Policlínica 22, Atención en domicilio 8, Guardia en urgencia-emergencia hasta 6. Horas académicas 2, comunitarias no menos de 2.
- En cargos de 48 hs. Semanales. Policlínica 24, Atención en domicilio 8, Guardia en urgencia-emergencia hasta 12. Horas académicas 2, comunitarias no menos de 2.

Conclusiones:

- Necesario concretar pasos que vinculen definiciones del SINIS con hechos que promuevan el desarrollo del PNA.
- Estrategia de RRHH es clave
- Profesionalización del PNA, dotado de especialistas adecuados para atender necesidades de la población

Recomendaciones para los tomadores de decisiones

- Que la especialidad de mfyc sea requisito exigido para actuación como médico en el PNA a cargo de territorio y población definida (lo que redundará en mayor calidad de los servicios y desarrollo efectivo del PNA)
- Estimular planes para que médicos generales que trabajan en PNA accedan a reperfilamiento que les permita obtener título de mfyc.
- Diseño de nuevas formas de organización del trabajo que apunten a la calidad de vida del especialista.



GRACIAS!!!