

VI JORNADAS DEL PERSONAL DEL SNIS

OCTUBRE 2018

SÍNTESIS DE TRABAJOS PRESENTADOS

Tabla de contenido

Prólogo	2
Glosario	3
“Diseño de contenido, virtualización y tutorías de cursos de capacitación. El equipo de trabajo en el primer nivel de atención en salud y la gestión aplicada”	4
“Contribución desde la formación del Licenciado en Nutrición al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)”	15
“Engagement en el equipo de salud: la calidad de la atención desde el bienestar del trabajador”	24
“Generación de estándares de necesidad para la especialidad medicina familiar y comunitaria en el Sistema Nacional Integrado de Salud, Uruguay, 2015-2017”	33
“Factores de Prevención en Salud”	55
“La atención pediátrica en Florida: lecciones aprendidas y perspectivas”	68
“Grupo interdisciplinario para el abordaje integral de usuarios.....	80
en el primer nivel de atención”	80
“Especialidades Médicas: Evaluación de reválidas de títulos extranjeros (2016-2018) ..	93
Escuela de Graduados de Facultad de Medicina	93
Universidad de la República”	93
La profesionalización de enfermería. ¿Prioridad del SNIS? ¿Caminos para su efectivización? ¿Quién le pone el cascabel al gato?	115



Prólogo

Desde el año 2012, la División Evaluación y Monitoreo del Personal del Salud, Junta Nacional de Salud, del Ministerio de Salud Pública de Uruguay, ha celebrado, una serie de Jornadas del Personal de Sistema Nacional Integrado de Salud. En cada edición, Integrantes de la Academia, Responsables de distintas Áreas tanto de Instituciones Públicas como Privada, los Trabajadores, los Usuarios del Sistema y Referentes Internacionales han participado de las mismas a través de la exposición e intercambio de un número importante de trabajos de investigación, dando lugar al debate y reflexión sobre el rol de los trabajadores de la Salud del Uruguay.

El presente documento es una recopilación de algunos de los trabajos presentados en las “VI Jornadas del Personal de SNIS”, llevadas a cabo en la ciudad de Montevideo, los días 17,18 y 19 de octubre de 2018.

Desde la DEMPESA queremos agradecer a todos los autores y colaboradores que año a año participan con sus trabajos en nuestras Jornadas.



Glosario

ACS	Agente comunitario en salud
APS	Atención Primaria de Salud
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
CA	Comunidad de Aprendizaje
CAD	Cargos de alta dedicación
DIU	Dispositivo Intrauterino
EG	Dirección de la Escuela de Graduados
FAD	Funciones de Alta Dedicación
Fenf	Facultad de Enfermería
Fmed	Facultad de Medicina
FUS	Federación Uruguaya de la Salud
INAU	Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay
INEFOP	Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional
IVE	Interrupción voluntaria del Embarazo
LGTIB	Lesbianas, Gays, Trans, Intersexuales, Bisexual
MEF	Ministerio de Economía y finanzas
MFYC	Medicina Familiar y Comunitaria – Medico de Medicina Familiar y Comunitaria
MSP	Ministerio de Salud pública
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSN	Objetivos Sanitarios Nacionales 2020
PCAT	Primary Care Assessment Tool - Herramienta de evaluación de atención primaria
PN	Primer Nivel
PNA	Primer Nivel de Atención
RAP	Redes de Atención del Primer
RHS	Recursos Humanos en Salud
RRHH	Recursos Humanos
SMU	Sindicato Médico del Uruguay
SNIS	Sistema Nacional integrado de Salud
SUMEFAC	Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria
UCU	Universidad Católica del Uruguay
UDA	Unidades Docente Asistenciales
UDAs	Unidad Docente Asistencial de Pediatría
UDELAR	Universidad de la República
UneVA	Unidad de Enseñanza Virtual y de Aprendizaje



“Diseño de contenido, virtualización y tutorías de cursos de capacitación. El equipo de trabajo en el primer nivel de atención en salud y la gestión aplicada”

Autores: Rodríguez Enríquez C, Doninalli M, Verde J, y Rodríguez N.

Resumen

La propuesta que se presenta fue elaborada por la Facultad de Enfermería (Fenf) de la Universidad de la República (UDELAR), Uruguay, ubicándose en el Programa de Educación Permanente del Centro de Posgrados, donde se articularon los esfuerzos de un equipo docente intercátedra, canalizados a través de la Unidad de Enseñanza Virtual y de Aprendizaje.

En su diseño se contemplaron los términos de referencia establecidos por el Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP) en coordinación con el Ministerio de Salud de Uruguay (MSP)

El proyecto completo se desarrolló de febrero a diciembre de 2017.

Los productos solicitados incluyen: desarrollo del programa del módulo, producción de los recursos de conocimiento correspondientes, virtualización de los contenidos de todos los recursos y actividades de aprendizaje para desarrollar en la plataforma Moodle del Ministerio de Salud y la tutoría pedagógica a los participantes y capacitación a mesa de ayuda.

Como resultado se diseñaron cursos virtuales con orientación tutorial bajo un enfoque constructivista basado en los paradigmas de formación permanente y educación de adultos. Los dispositivos pedagógicos utilizados son determinados en función de los contenidos a desarrollar en cada Módulo, teniendo en cuenta la aplicabilidad que estos permiten en razón de la masividad de participantes de cada edición.

Palabras clave: *Tecnologías de la información y comunicación, formación recurso humanos, educación*



Introducción

La Fenf de la UDELAR de Uruguay, como única Institución pública formadora de capital humano en la disciplina Enfermera, ha implementado proyectos educativos con instituciones de salud privada y pública, aunque hasta el 2017 aún no se habían desarrollado experiencias del porte de la que se describe en este estudio.

El Proyecto de formación se elaboró en el marco del Programa de Educación Permanente del Centro de Posgrados, donde se articularon los esfuerzos de un equipo docente intercátedra, canalizados a través de la Unidad de Enseñanza Virtual y de Aprendizaje (UnEVA).

La propuesta educativa se contextualiza en un Proyecto de capacitación nacional dirigido a los trabajadores de la salud privada, que se comienza a implementar en Uruguay en el año 2016 a través del MSP en coordinación con el INEFOP. Los cursos serían de realización optativa. En el 2016 se realiza la primera experiencia de capacitación en modalidad virtual realizada de forma autogestionada por los participantes, siendo un único Curso genérico. Se seleccionó un entorno virtual de aprendizaje (Moodle) administrado por una empresa contratada por el MSP e INEFOP a tales efectos.

En 2017 se realizó un llamado abierto a Proyectos orientados a profundizar este sistema de capacitación continua. Se solicitaban seis temáticas de interés del MSP asociados a los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) a cumplir al 2020, posibilitando la competencia entre diversas instituciones públicas y privadas. Se enfatizaba en la interacción con los participantes. Fenf se presenta con dos propuestas de cursos, siendo ambos seleccionados como los mejor puntuados, y fueron implementados: “Gestión Aplicada” y “El Equipo de Trabajo en el Primer Nivel de Atención”.

Los destinatarios suman un total de 72.000 funcionarios de diferentes áreas y formación: personal de servicios, técnicos y profesionales.

Este artículo pretende describir la exitosa experiencia donde se desarrollaron 10 versiones del Curso El Equipo de Trabajo en el Primer Nivel de Atención y nueve de Gestión Aplicada, habiendo sido seleccionados para su cursado libremente por los participantes, con un alto nivel de satisfacción. Se capacitaron así con estos dos cursos a 24.225 funcionarios del Grupo 15, correspondiendo al 33% de los participantes habilitados a seleccionar cualquiera de las propuestas existentes.



Objetivos

Los objetivos generales y específicos de los Módulos como se presentara en las propuestas Módulo 1 El equipo de trabajo en el primer nivel de atención en salud y Módulo 2 Gestión Aplicada, estaban “relacionados con el contenido, el enfoque teórico, las características de los alumnos y los recursos tecnológicos.” (Facultad de Enfermería Universidad de la República [Fenf], 2017, p. 5).

Con el objetivo general de cooperar con el cambio de modelo de atención de salud del Uruguay la propuesta del Módulo 1 pretendía la instrucción de los funcionarios del área de la salud. Sus objetivos específicos apuntaban a la promoción de la atención de calidad con especial acento en las características y el entendimiento de la Atención Primaria de Salud (APS); favorecer el acceso y atención de salud a lo largo de la vida, la inclusión de la promoción de la salud y prevención desde el Primer nivel de atención (PNA) a los otros niveles, la consolidación del trabajo en equipo, la articulación y el trabajo intersectorial e interinstitucional, el trabajo en red y la participación ciudadana. (Fenf, 2017)

El Módulo 2, proponía aportar, desde la gestión renovada de las organizaciones de salud, a la mejora de la calidad de los procesos de asistencia. Reconociendo las propiedades de los componentes de la gestión de servicios de salud, características y cualidades como organización, ciclo administrativo y aplicación y la gestión de los recursos humanos. (Fenf, 2017).

Marco contextual

En Uruguay en el año 2005 se inicia un proceso de reforma del sistema de salud que incorpora desde bases jurídicas, cambio de modelos de gestión y atención, beneficiarios, entre otros (Gallo, 2015). Es así que el 5 de diciembre de 2007 se aprobó la Ley N° 18.211, Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). La ley reglamenta el derecho a la salud de los habitantes del país y determina que su implementación es competencia del MSP. El SNIS tiene dentro de sus objetivos promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud (Poder Legislativo Uruguay, 2007).

Por otra parte la Ley N° 10.449 crea el Consejo de Salarios que tienen por cometido determinar los salarios de los trabajadores. Se estipula que estos se organizan por grupos, integrados por representantes del estado, los empleadores y los funcionarios (Poder Legislativo Uruguay, 1943).

En el caso de los funcionarios de la salud privada se crea el denominado Grupo 15, el cual se integra por el MSP, Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), representantes de los diferentes prestadores de salud privada y sindicatos de trabajadores de la salud.

Lo determinado por las leyes N° 18.211 y 10.449 se relacionan en el marco del Consejo de Salarios del Grupo 15 en la ronda salarial del año 2015, donde se acuerda brindar a los trabajadores de la salud privada una partida salarial anual como incentivo para participar en



actividades de capacitación continua. Es así que se delega al MSP e INEFOP coordinar la implementación de un Proyecto de capacitación a nivel nacional. En el año 2015 se elabora la propuesta de capacitación. En el 2016 se realiza la primera experiencia de capacitación en modalidad virtual realizada de forma autogestionada por los participantes, siendo un único Curso genérico. Se seleccionó un entorno virtual de aprendizaje (Moodle) administrado por una empresa contratada por el MS e INEFOP a tales efectos. Cabe destacar que INEFOP tiene como cometido:

(...) generar políticas activas de empleo y formación profesional en el marco de una estrategia inclusiva, que aseguren la formación inicial, continua y eficiente de la fuerza de trabajo, y contribuyan a lograr un equilibrio productivo entre los intereses de las empresas y de los trabajadores, facilitando la modernización de la vida laboral del país. (INEFOP, 2017).

En 2017 se realizó un llamado abierto a Proyectos orientados a profundizar este sistema de capacitación continua. Se solicitaban seis temáticas de interés del MSP asociados a los OSN a cumplir al 2020 (MSP, 2015), posibilitando la competencia entre diversas instituciones públicas y privadas.

De los OSN se seleccionaron seis temáticas consideradas prioritarias, siendo estos: “El equipo de trabajo en el primer nivel de atención en salud”, “Gestión aplicada”, “Introducción a la Calidad y Seguridad del paciente en el Sistema Nacional Integrado de Salud”, “Organización del tiempo y del espacio del trabajo en salud”, “Gestión clínica”, “Sistemas de información y aplicación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en salud”.

Cada uno de las temáticas seleccionadas se plantea como un Curso denominado como Módulo. Se determina a su vez un Módulo transversal a todos los Cursos que sería introductorio. A partir de estos se efectúan los términos de referencia entre MSP e INEFOP y se realiza un llamado público a cursos en modalidad virtual a desarrollarse en un ambiente de alta disposición tecnológica como lo es Moodle. Fenf se presenta a dos propuestas, siendo ambas seleccionadas con el máximo puntaje frente a los otros oferentes.

Las características de los funcionarios a realizar la capacitación (dispersión geográfica, diferencia horaria, multiempleo, posibilidad de hacerlo durante el horario de trabajo y en el espacio físico laboral, entre otros) hace que el uso de las tecnologías de la información y la comunicación, un ambiente de alta disposición tecnológica y la modalidad virtual sean facilitadores para realizar la capacitación y funcionen concomitantemente como promotores de habilidades potenciadas por las tecnologías a partir de su apropiación en su ambiente diario. Como expresa Sierra (2013):

(...) en todo proceso de apropiación hay un acto popular de transformación del sentido y de la experiencia que va más allá de las formas objetivas y manifiestas de acción colectiva y que, por descontado, trascienden la noción de neutralidad y naturalizada de la tecnología como agente de progreso.



La ‘apropiación social’ de las NTIC apunta, en esta dirección, al pleno desarrollo de la capacidad individual y colectiva de interconectar realidades presentes en el nuevo entorno informativo mediatizado tecnológicamente, desde la estructura cognitiva y los propios mundos de vida de los sujetos, y la voluntad del poder y autonomía que expresan en sus prácticas como resultado de la necesidad pragmática de *hackear* y adaptar los nuevos ecosistemas de interacción y transformación cultural en función de su contexto inmediato. (Sierra, 2013, p.34).

Este fue un valor agregado de este Proyecto de capacitación desarrollado por el MSP en el marco del SNIS. Como expresa Rodríguez Enríquez (2018):

Burbules y Callister (2000) afirman que la inclusión de las tecnologías en la educación pasó de ser una opción a ser indispensable. Destacan que las tecnologías deben dejar de ser vistas como un conjunto de herramientas para adoptar un punto de vista relacional donde como entorno se producen interacciones humanas. Lo más nuevo no son las tecnologías sino los cambios que acompañan su incorporación. (Rodríguez Enríquez, 2018, p. 131).

Resultados

Se diseñaron dos cursos virtuales con orientación tutorial bajo un enfoque constructivista basado en los paradigmas de formación permanente y educación de adultos. Para ambos Cursos se elaboraron los programas, diseño instruccional, virtualización (creación de clases virtuales, foros, espacios de tareas, encuestas, todo con secuencialidad), el diseño gráfico de las aulas virtuales y la producción de materiales didácticos multimedia.

Se organizó la tutoría pedagógica a los participantes y capacitación a los tutores e integrantes administrativos de una mesa de ayuda determinada por el MSP. Para esto se conformó un equipo que integró coordinadores generales del Proyecto, contenidistas siendo los referentes de los Departamentos docentes de las áreas de conocimiento de las temáticas específicas y tutores que cumplieron el rol de asesores pedagógicos. Esto se traduce en un equipo integrado por 59 personas que se mantuvieron a lo largo de todo el proceso. Se trabajó en un equipo interdisciplinario lo que enriqueció las propuestas. (Ver tablas 1 y 2).

Tabla 1. Participantes del Proyecto

Curso	Equipo de trabajo en el PNA	Gestión aplicada
Coordinadores	4	
Contenidistas	3	3
Tutores docentes	17	9
Tutores becarios	11	12
Tutores totales	28	21
Participantes Grupo 15	13.303	10.922
TOTAL	13.338	10.950



Tabla 2. Síntesis de participación

Participantes	FA	FR%
PNA	13.303	18
Gestión aplicada	10.922	15
TOTAL	24.225	33
Grupo 15	72.000	100

Los dispositivos pedagógicos utilizados fueron determinados en función de los contenidos a desarrollar, teniendo en cuenta su aplicabilidad en razón de la masividad de participantes de cada edición. Se utilizó la plataforma Moodle del MSP. Cada Curso se ofertó por 15 días a grupos de más de 1000 participantes, desarrollándose de julio a diciembre de 2017.

Cada uno contaba con 10 horas de dedicación horaria, distribuidos en cinco horas de actividades obligatorias y cinco horas de actividades optativas, brindándose certificación al concluir cada etapa.

Se realizó una evaluación diagnóstica y caracterización de los participantes inscriptos a cada edición de los cursos; pretest de conocimiento referente a las temáticas; posttest finalizado el Módulo de forma de efectuar un informe comparativo y determinar los conocimientos producto de la capacitación realizada; percepción de indicadores de calidad; y cuestionario de satisfacción determinado por el MSP.

La experiencia se desarrolló con el soporte tutorial previsto lo que permitió atender las necesidades individuales en un contexto de masificación. Esto se logró a partir de un diseño de coordinación, administración y seguimiento que diera soporte al complejo diseño planteado, donde hubiera respuesta en 24 horas a grupos de más de 1000 usuarios. Las respuestas a los participantes en el 98% de los casos se realizaron dentro de 20 horas de realizada la consulta.

Se generaron Foros de intercambio que si bien no eran de participación obligatoria tuvieron un elevado nivel de actividad en las diferentes ediciones de los Cursos. El 100% de los tutores tenía fluido manejo y experiencia como tutores virtuales en Moodle. Se estableció un sistema de comunicación en el cual cada 41 estudiantes promedio se asignó un tutor. Cada coordinador realizó ingresos cada 12 horas para seguimiento de los grupos y tutores. Se generó una efectiva red de comunicación donde los participantes tenían al momento respuesta o en el caso más tardío, como se expresó anteriormente, se dio a las 20 horas.

Se establecieron pautas de evaluación de los tutores, las cuales fueron implementadas según lo programado. Se les solicitaban reportes diarios que facilitaban el control de los coordinadores y seguimiento de los participantes.



Se fomentó el aprendizaje independiente y su propia responsabilidad del aprendizaje.

Los materiales generados y tareas planificadas en función de su alta efectividad de cumplimiento demostraron su pertinencia.

Los cursos se organizaron en base a indicadores de calidad existentes en Fenf, diseñados por la UnEVA (Rodríguez Enríquez, 2011), ofreciendo estándares de actuación. Estos estándares fueron altamente cumplidos y se refieren a aspectos como Modelo pedagógico general, Aprendizaje y tecnologías, Material Didáctico, Asesorías pedagógicas y Administración.

Se realizaron evaluaciones iniciales, formativas y sumativas de forma continua, las que fueron elevadas a INEFOP y MS no más allá de diez días de finalizada cada edición del Curso.

Existió un registro paralelo realizado por los coordinadores que sistematizaba el cumplimiento de cada participante y nivel de avance en el Curso, lo permitió enriquecer la información del proceso y actividad individual de los participantes. Esto fue posible en función de que los cuatro coordinadores tienen nivel de formación de Posgrado, son docentes universitarios con experiencia y trayectoria en formación docente, gestión educativa y Tecnologías Educativas.

Los Cursos y materiales fueron diseñados con licencia abierta (creative commons) permitiendo su reutilización más allá de la propuesta a medida.

Se mantuvieron Foros de Presentación y Consultas, interactuando a su vez por el sistema de mensajería interna de Moodle.

Los participantes se mantuvieron en un 90% en los Cursos, teniendo en cuenta que podían darse de baja en cualquier etapa del mismo.

En la encuesta de satisfacción realizada por el MSP, medida con una Escala de Likert de cinco puntos, siendo uno el más bajo y cinco el más alto, se consultaba a los participantes su nivel de satisfacción en función de las dimensiones valoración general del Curso, calidad de los contenidos, materiales y documentos, aplicabilidad de los contenidos, metodología virtual utilizada y accesibilidad. Se toma como N el 100% de los participantes, siendo estos los 24225 mencionados previamente. (Ver tabla 3)

En el Curso de *El equipo de trabajo en el primer nivel de atención en salud* el promedio de satisfacción de los participantes en todas las dimensiones fue del 54% en el nivel cinco (el más alto).

En el Curso de *Gestión Aplicada* el promedio de satisfacción de los participantes en todas las dimensiones fue del 47% en el nivel cinco.

En ambos cursos fue destacado por los participantes la accesibilidad y los materiales didácticos ofertados.



En referencia a las dificultades el 55% de los participantes expresó no tener. Las referidas tuvieron que ver con aspectos técnicos del ambiente de alta disposición tecnológica ofertado, pero no con la propuesta educativa (15% fallas técnicas frecuentes, 7% dificultades de conectividad, entre otras).

El 76% de los participantes consideró suficiente el tiempo determinado para cada actividad de aprendizaje.

El 95% de los participantes expresó que recomendaría el Curso realizado a sus pares.

Tabla 3. Encuesta de satisfacción

	Primer Nivel de Atención					Gestión aplicada				
	(-)	%			(+)	(-)	%			(+)
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Valoración global del curso	1	1	11	38	49	1	2	14	42	41
Calidad de los contenidos	1	1	10	35	53	1	2	11	40	46
Materiales y documentos	1	1	10	31	57	1	2	14	35	48
Aplicabilidad de contenidos	1	2	10	33	54	1	3	15	34	47
Metod. Curso virtual auto-adm.	1	2	12	35	50	1	3	15	38	44
Accesibilidad (lenguaje)	1	1	8	28	62	1	2	11	32	54

PNA n=10.558	Suficiencia del tiempo	G.A n=7.618
%		%
2	Insuficiente	2
13	Ajustado	15
77	Suficiente	76
7	Excesivo	7
%	Principales dificultades	%
7	Complicada para utilizar	7
15	Fallas técnicas frecuentes	15
8	Baja o nula conectividad	7
5	Ausencia de instrucciones claras para uso de plataforma	5
56	Ninguna	55
10	Otras causas	10
%	Recomendaría este Curso	%
96	Si	94
4	No	6



Conclusiones

La Fenf de la UDELAR demostró capacidades para dar respuesta a una necesidad del sector empresarial. Se logró la actualización en los temas seleccionados, abarcando un número total de 24.225 participantes, atendiendo así al 33% de la población destinataria, siendo la empresa (un total de cinco) con mayor número de usuarios capacitados. La selección de los Cursos fue libre, siendo el Curso El Equipo de Trabajo en el Primer Nivel de Atención el más seleccionado y para el que se tuvieron que ampliar los cupos.

El Servicio Fenf logró unificar en un proyecto común a docentes y administrativos de diferentes sectores, con resultados altamente satisfactorios. Se evidenció la capacidad de respuesta para dar formación continua a un grupo heterogéneo y fuera del ámbito usualmente capacitado.

Fue el proyecto con mayor amplitud que ha efectuado el Programa de Educación Permanente en convenios con organismos públicos, considerado un macro Proyecto de extensión.

La propuesta llevada adelante demuestra el éxito posible de propuestas de educación continua a los recursos humanos de la salud en situaciones de numerosidad y heterogeneidad de perfiles y niveles de formación, realizando un asesoramiento personalizado, diseñando materiales didácticos y propuestas educativas a medida que den respuesta a los ONS. Se considera potente mantener estas estrategias de capacitación que extiendan y profundicen la estrategia llevada adelante por el MSP.

Coincidimos con Rodríguez Enríquez (2015) en los resultados de la enseñanza en ambientes de alta disposición tecnológica:

Observamos que cuando las condiciones institucionales aparecen emergen las propuestas enriquecidas. Es así que en estas experiencias distinguimos que se renovó el significado de las prácticas de enseñanza para fortalecer así el sentido didáctico, que emergió más allá de los medios y debe propagarse. (Rodríguez Enríquez, 2015, p. 131).

El MSP generó condiciones institucionales para que este tipo de propuestas pudieran ser llevadas adelante y fueran exitosas. Las prácticas de enseñanza llevadas a cabo y la satisfacción de los participantes demuestran que es un buen camino.



Referencias Bibliográficas

Facultad de Enfermería, Universidad de la República. (2017). *Propuesta MÓDULO 1 El equipo de trabajo en el primer nivel de atención en salud* (p. 5). Montevideo, Uruguay.

Facultad de Enfermería, Universidad de la República. (2017). *Propuesta MÓDULO 2 Gestión Aplicada* (p. 5). Montevideo, Uruguay.

Gallo, L. (2015). El proceso de reforma de la salud en el Uruguay: Pasado, presente y futuro. *Monitor Estratégico* (7), 38-43. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/proceso-reforma-salud-uruguay.pdf>

Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional. (2017). *Términos de Referencia 2017. Presentación de propuestas de diseño de contenido, virtualización y tutorías de cursos de capacitación autoadministrados*. Montevideo, Uruguay: INEFOP.

Ley N° 10449. Poder Legislativo, Montevideo, Uruguay, 12 de noviembre de 1943. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp5293972.htm>

Ley N° 18211. Poder Legislativo, Montevideo, Uruguay, 13 de diciembre de 2007. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1373720.htm>

Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud (2015). *Objetivos Sanitarios Nacionales 2020*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/ObjetivosSanitarios_web%20%281%29.pdf

Rodríguez Enríquez, C. (2018). *Prácticas de enseñanza de profesionales de las ciencias de la salud. Una construcción entre las tendencias culturales y el ejercicio profesional en ambientes de alta disposición tecnológica*. Proyecto Definitivo Tesis Doctoral, Doctorado en Ciencias de la Educación. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

----- (2015). *prácticas de enseñanza enriquecidas. Aperturas didácticas en educación superior: área ciencias de la salud, Universidad de la República*. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. CSE. Montevideo, Uruguay.



Rodríguez Enríquez, C., Unidad de Enseñanza Virtual de Aprendizaje, Facultad de Enfermería, Universidad de la República. (2011). *Indicadores de Calidad para Cursos en modalidad virtual*. Montevideo, Uruguay.

Sierra Caballero, F. (Coord.)(2013).*Ciudadanía, Tecnología y Cultura. Nodos conceptuales para pensar la nueva mediación digital*. Barcelona, España: Gedisa.



“Contribución desde la formación del Licenciado en Nutrición al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)”

Autores: Claudia Suárez, Mónica Britz; y Ema Leites

Resumen

La Escuela de Nutrición forma profesionales comprometidos con los problemas alimentario-nutricionales derivados de la pobreza, la acelerada globalización, el deterioro ambiental y la transición demográfica, epidemiológica y nutricional, desde una perspectiva interdisciplinaria, intersectorial, con consciencia ética, visión humanística y social. Desde el año 2017 desarrolla una propuesta curricular que prepara al Licenciado en Nutrición para desempeñarse en todos los niveles del Sistema Sanitario y del Sistema Alimentario. La formación se basa en la tridimensionalidad de la ciencia de la nutrición, en el perfil epidemiológico nutricional de la población uruguaya y en el modelo de atención propuesto por el SNIS. Se estructura por áreas: Ciencias Básicas Generales, Ciencia de los Alimentos y de la Nutrición, Ciencias Humanísticas y Sociales aplicadas a la Nutrición y el área Práctico-Investigativa. Incluye unidades curriculares obligatorias, optativas, electivas y prácticas articuladoras. Este espacio de articulación teórica y práctica, de carácter interdisciplinario, multiprofesional promueve la inserción temprana de estudiantes en contextos reales. Permite al futuro profesional reconocer la interrelación hombre, ambiente y alimento y su impacto en la soberanía y seguridad alimentario nutricional, así como, desarrollar habilidades, actitudes y estrategias para resolver situaciones que afectan a la salud, junto a la comunidad.

Palabras clave: *Formación del Licenciado en Nutrición, Plan de estudios 2014, Sistema Nacional Integrado de Salud.*



Introducción

El primer proceso de evaluación interna de la Escuela de Nutrición, culminado en el año 2008, plantea como una de las líneas estratégicas de mejora institucional, la necesidad de una reforma curricular en la enseñanza de grado. La misma se sustenta –entre otros- en la identificación de avances en relación al quehacer del Licenciado en Nutrición de cara al próximo milenio y en los importantes progresos en el campo de la alimentación y nutrición. Por otro lado, el análisis de las características de los ingresantes a la Universidad, enriqueció la idea de orientar los procesos de enseñanza y de aprendizaje hacia nuevos enfoques didácticos pedagógicos para dar respuesta a las exigencias y necesidades de las futuras generaciones. Sobre la base de estas consideraciones, se trazaron la finalidad y objetivos del plan de estudios, así como su estructura metodológica, teniendo en cuenta los cambios propuestos por la UDELAR, expuestos en la Ordenanza de Estudios de Grado y otros Programas de Formación Terciaria (1), que conducen a la flexibilización curricular, la creditización y la curricularización de la extensión y de la investigación.

En este sentido los objetivos del nuevo Plan de Estudios de la Escuela de Nutrición se orientan a desarrollar experiencias de formación que articulen las funciones de enseñanza, investigación y extensión; promover la inserción temprana de los estudiantes en contextos reales; alcanzar una integración equilibrada entre la formación teórica y la formación práctica durante toda la carrera y aplicar metodologías y herramientas educativas innovadoras que contribuyan al aprendizaje activo y al desarrollo flexible de la formación.

Marco contextual

La propuesta curricular se fundamenta y orienta en varios aspectos. Por un lado, valora la tridimensionalidad del concepto de la ciencia de la nutrición (2) que considera al individuo en su contexto, desde una dimensión biológica y como un ser psicológico, cultural y social en constante relación con el medio de manera bidireccional, es decir, en permanente interrelación con otros. Esta visión sustenta el objetivo del desarrollo de la ciencia de la nutrición en el de, *“contribuir a alcanzar la seguridad alimentaria y nutricional entendida ésta cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico, social y económico a alimentos inocuos, cuyo consumo es suficiente en términos de cantidad y calidad para satisfacer sus necesidades y preferencias alimentarias, y se sustenta en un marco de saneamiento, servicios sanitarios y cuidados adecuados que les permiten llevar una vida activa y sana”* (3). (Anexo 1)

Así mismo, contempla los cambios ocurridos en el perfil epidemiológico nutricional de la población uruguaya, en el transcurso de los últimos años y sus factores determinantes. Las transformaciones en los patrones de alimentación y de actividad física han llevado al aumento significativo de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) y de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la inadecuada alimentación y el sedentarismo (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes). En la actualidad, las citadas enfermedades constituyen el principal problema de salud pública por su impacto humanitario y económico y su prevención



y tratamiento oportuno, representan uno de los principales desafíos que ha asumido el Ministerio de Salud. Es preocupante la coexistencia de la elevada proporción de sobrepeso y obesidad en la población infantil (4) (5) con la alta prevalencia de retraso en el crecimiento (menor talla para la edad), sobre todo en los niños menores de 2 años. A esto se suma, la inadecuada nutrición materna durante el embarazo que se traduce en un menor crecimiento fetal y un menor peso de nacimiento. En relación a las deficiencias nutricionales, la más frecuente es la anemia (6) por carencia de hierro, en lactantes y niños pequeños, la que se asocia con alteraciones del desarrollo intelectual y psicomotor, menor crecimiento y menor resistencia a las infecciones. Esta situación, sin lugar a dudas, condiciona la calidad de vida y el potencial social y productivo de las generaciones futuras.

Otro aspecto clave para la definición de la orientación del nuevo Plan de Estudios ha sido la reforma del sistema de salud. La visión del desempeño profesional se enmarca en los principios rectores del SNIS y en un modelo de atención que privilegia la atención integral y jerarquiza la promoción y la prevención en materia de salud, aplicando la estrategia de APS. En este sentido, la propuesta curricular apuesta a formar profesionales para la búsqueda y aplicación de estrategias que contribuyan al fortalecimiento del primer nivel de atención; la integración a equipos interdisciplinarios de forma de abordar los problemas que afectan a la población desde una mirada integral y el fomento de ámbitos para la coordinación, entre las estructuras que componen el sistema de salud y otros sectores gubernamentales y sociales, de manera de garantizar continuidad y coherencia en las acciones involucradas en la atención de la salud. La promoción de una alimentación adecuada contribuyendo a la generación de entornos de vida saludable, el abordaje nutricional temprano y oportuno en todo el ciclo vital y la vigilancia y atención alimentario-nutricional a grupos vulnerables, son algunos ejemplos de las intervenciones que puede desarrollar el Licenciado en Nutrición.

Desde esta multidimensionalidad se encuadra la formación del Licenciado en Nutrición, como un profesional capaz de reflexionar en forma crítica, de crear, innovar y aplicar conocimientos científicos y tecnológicos, así como participar de la toma de decisiones en todos los niveles de la estructura del Sistema de Salud y del Sistema Alimentario. La formación generalista, ofrece un amplio escenario de posibilidades para la inserción laboral, en el marco de organizaciones o en el ejercicio libre de la profesión, con un rol específico, legítimo y con un sólido respaldo académico.

La reforma curricular: Plan de Estudios 2014

El perfil del graduado de la Licenciatura en Nutrición se orienta hacia un profesional de la salud, generalista, vinculado al campo de la alimentación y la nutrición humana, que tiene por objeto la promoción de la seguridad alimentaria y nutricional de individuos y grupos poblacionales. Mediante acciones de promoción de la salud, de prevención y de atención de enfermedades, contribuye a mejorar la calidad de vida de la población, basando su desempeño en principios éticos y en la reflexión de la realidad social. Así mismo, realiza



educación e investigación en estas áreas, integrándose a equipos profesionales y a la comunidad para incidir significativamente en la situación alimentario-nutricional y en la definición de políticas que contribuyan a alcanzar la seguridad alimentaria- nutricional y la soberanía alimentaria.

Desarrolla competencias específicas para:

- Valorar la situación alimentario nutricional e identificar los factores condicionantes a nivel individual, colectivo y poblacional.
- Planificar, ejecutar y evaluar planes y programas alimentario-nutricionales y educativos.
- Intervenir en proyectos y programas interdisciplinarios de mejora de la calidad de vida y desarrollo social y productivo.
- Abordar la atención nutricional a nivel individual y colectivo, según una perspectiva biopsicosocial y cultural de la situación clínica.
- Diseñar y monitorear planes de alimentación adecuados a las necesidades nutricionales en todas las etapas del ciclo vital.
- Participar en el diseño e implementación de sistemas de vigilancia epidemiológica alimentario nutricionales y de salud.
- Intervenir en investigaciones disciplinarias e respondan a problemas de la práctica profesional.
- Asesorar e intervenir en materia alimentaria y nutricional en la cadena productiva, a nivel institucional, comercial, industrial y del consumidor.
- Gestionar recursos humanos, económicos, materiales y temporales para producir alimentación de calidad nutricional, sensorial y sanitaria.

Y genéricas, con habilidades y actitudes para:

- Aprender de manera crítica, autónoma y continua.
- Abordar científicamente los problemas alimentario nutricionales desde las raíces epistémicas que fundan el método científico.
- Comunicar en forma efectiva las intervenciones profesionales.
- Abordar desde el trabajo en equipos multiprofesionales, interdisciplinarios y con otros actores, la práctica profesional.
- Promover una práctica analítica-reflexiva, basada en la autoevaluación del desempeño.



- Actuar con espíritu crítico, responsabilidad y compromiso ético en el desempeño profesional.

La orientación pedagógica del Plan de Estudios apuesta a la formación centrada en los estudiantes. Contempla los criterios de flexibilidad y articulación curricular; integración de funciones universitarias; integración disciplinaria y profesional; y articulación teoría-práctica. La flexibilidad curricular conduce a la diversificación de los itinerarios formativos y se materializa en la oferta de unidades curriculares optativas y electivas, en la posibilidad de seleccionar trayectorias curriculares particulares a un campo de desempeño y en desarrollo de un proyecto de investigación, de extensión o de enseñanza en el campo seleccionado por el estudiante.

En relación a las áreas de formación, la currícula propone un equilibrio entre las disciplinas del área biológica y las vinculadas al área político – social, estructurándose en cuatro áreas: de las Ciencias Básicas Generales (favorecen la comprensión de las disciplinas específicas a la formación del Licenciado en Nutrición, siendo comunes a otras formaciones universitarias), de las Ciencias de los Alimentos y de la Nutrición (desarrollan los conceptos teóricos específicos de los componentes y relaciones que explican el estado nutricional y la alimentación a nivel individual y colectivo), de las Ciencias Humanísticas Sociales aplicadas a la Nutrición (donde confluyen las disciplinas que articulan y hacen posible la perspectiva y el desarrollo holístico de la formación del Licenciado en Nutrición) y del área Práctico – Investigativa (conjuga el conocimiento teórico con el metodológico para - desde un proceso reflexivo de la práctica- desarrollar competencias en el campo de la alimentación y la nutrición).

Con respecto a las unidades curriculares, el Plan de Estudios está integrado por componentes obligatorios (que abordan aspectos esenciales que hacen al desempeño del Licenciado en Nutrición) y componentes complementarios, representados por las unidades optativas y las electivas, dando respuesta a la flexibilización curricular.

La innovación metodológica está centrada particularmente en las Prácticas Articuladoras y en el abordaje del conocimiento desde nuevas técnicas y métodos.

Las Prácticas Articuladoras se distribuyen en los tres primeros ciclos de formación y constituyen un espacio de articulación horizontal de la formación teórica con la práctica, integrando contenidos de las unidades curriculares, pudiendo, a su vez, funcionar como eje vertical que articule los diferentes ciclos del plan de estudios a través de prácticas de grado creciente en complejidad. Se caracterizan por ser interdisciplinarias y/o multiprofesionales, con una inserción estudiantil temprana y sostenida en comunidades y organizaciones, a nivel urbano y rural, situando a los estudiantes en realidades concretas para interactuar con los actores sociales implicados. Cuentan con la figura formativa de los tutores, pudiendo ser éstos, docentes y/o estudiantes de la Licenciatura, Licenciados en Nutrición u otros profesionales o actores sociales. Concomitantemente se desarrollan las Prácticas Profesionales en el último ciclo de la carrera. Incluyen la realización de prácticas en el campo



de desempeño seleccionado por el estudiante y el desarrollo de una investigación o ejecución de un proyecto de intervención que permita ejercitar la metodología científica y generar conocimientos de interés para la academia y la comunidad. Ambas prácticas -Articuladoras y Profesionales - tienen como principio pedagógico central la reflexión de los aprendizajes, llevando al estudiante a desarrollar nuevas miradas sobre las experiencias y, a su vez, retroalimentar la práctica, estimulando la construcción de aprendizajes significativos.

En cuanto a las metodologías de enseñanza, se aplican las de carácter constructivista, centradas en la solución de problemas, que demandan la participación activa de los estudiantes y que buscan generar un aprendizaje significativo y autónomo, motivando procesos reflexivos y participativos de creación de saberes, estimulando la duda y el cuestionamiento crítico y responsable. La enseñanza activa se traduce en la propuesta de seminarios, trabajos individuales y en grupo, investigaciones, actividades prácticas en diversos contextos, análisis de casos, discusión de artículos, participación en proyectos, debates, entre otros.

Las experiencias de trabajo interdisciplinario e intersectorial que se plantean al estudiante durante todo el proceso formativo contribuyen en mucho a desarrollar una mirada y abordaje integral e integrado del conocimiento, actitud coherente con el rol que se pretende de los futuros Licenciados en Nutrición asuman en el campo de la salud pública y en el de la nutrición poblacional.

En cuanto a la evaluación de los aprendizajes, se apuesta a una evaluación mixta (formativa y sumativa), orientada a garantizar la adquisición de las competencias necesarias para el ejercicio profesional y traducidas en el desempeño. Se combinan modelos de evaluación cualitativos con otros de corte cuantitativo, teniendo en cuenta las características de las diversas unidades curriculares, la metodología aplicada y los recursos existentes. La diversidad de métodos de evaluación pone énfasis en la evaluación de conocimientos que apunten a valorar diversos niveles cognitivos incluyendo las actitudes, las habilidades comunicacionales y las formas de operar.

Consideraciones finales

La reforma curricular se caracteriza por (i) establecer la integración de las áreas disciplinares como forma de superar la fragmentación del saber y, de la teoría con la realidad. (ii) Promover a partir de cursos, prácticas articuladoras y la práctica profesional, la integración de los conocimientos propios de la ciencia de la alimentación y la nutrición, con otros del campo de la salud colectiva y de las ciencias sociales y humanas. (iii) Priorizar la preparación de los futuros profesionales para el trabajo en equipos multiprofesionales e interdisciplinarios, induciendo al reconocimiento y respeto por los saberes de otros y al desarrollo de formas de trabajo en las que prevalecen las intervenciones articuladas producto de la interacción de los distintos saberes.



El abordaje de los problemas desde una apuesta integradora, las experiencias interdisciplinarias que se suceden durante la formación y la práctica sostenida en el tiempo y en el Medio, permiten a los futuros profesionales profundizar conocimientos y ejercitar el modelo asistencial que promueve el SNIS, basado en la atención integral, humanizada, continua, ética, desde un enfoque interdisciplinario.

La formación generalista de los Licenciados en Nutrición asegura el desempeño en las diversas modalidades de atención de la salud y la inserción en prestadores de salud de distinto nivel de complejidad (Policlínicas, Centros de Salud, Hospitales del segundo y tercer nivel de atención, Fondo Nacional de Recursos, Institutos de Medicina Altamente Especializada, Clínicas de salud privadas), así como en el Ministerio de Salud (Área Programática de Nutrición), entre otras estructuras del SNIS.

Como reflexión final, se entiende que la Universidad cumple un rol fundamental en el desempeño del SNIS, dado que en ella recae la responsabilidad de preparar al componente más valioso: el personal de la salud.

Las propuestas educativas de grado y de posgrado deben apostar la formación de trabajadores críticos, reflexivos, responsables y comprometidos con el desarrollo de la sociedad y la construcción de ciudadanía.

Los servicios universitarios tienen el compromiso de permanecer atentos a las necesidades de salud de la población y al contexto social, económico y político, nacional y regional, y adaptar oportunamente su oferta educativa para ofrecer al mercado de trabajo técnicos y profesionales con las competencias que el SNIS requiere.



Referencias Bibliográficas

Universidad de la República (30 de agosto del 2011). Resolución No 4 del Consejo Directivo Central.

Cannon, G., & Leitzmann, C. (2005). The new nutrition science project. *Public Health Nutrition*, 8(6a), 673-694. doi:10.1079/PHN2005819

The Food and Agriculture Organization. (2012). Comité De Seguridad Alimentaria Mundial. Informe final. Recuperado de <http://www.fao.org/3/a-mf115s.pdf>

Instituto Nacional de Alimentación. (2009). Evaluación del Estado nutricional de niños y niñas participantes del Plan CAIF.

Instituto Nacional de Estadística, Programa Uruguay Crece Contigo (Ministerio de Desarrollo Social) y Grupo de Estudios de Familia de la Universidad de la República. (2015). Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS). Recuperado de <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35704/SALUD%2C+NUTRICI%C3%93N+Y+DE+SARROLLO+EN+LA+PRIMERA+INFANCIA+EN+URUGUAY+PRIMEROS+RESULTADOS+DE+LA+ENDIS/7be3f504-ebb9-4427-bb5d-cb4d9f242a7b>

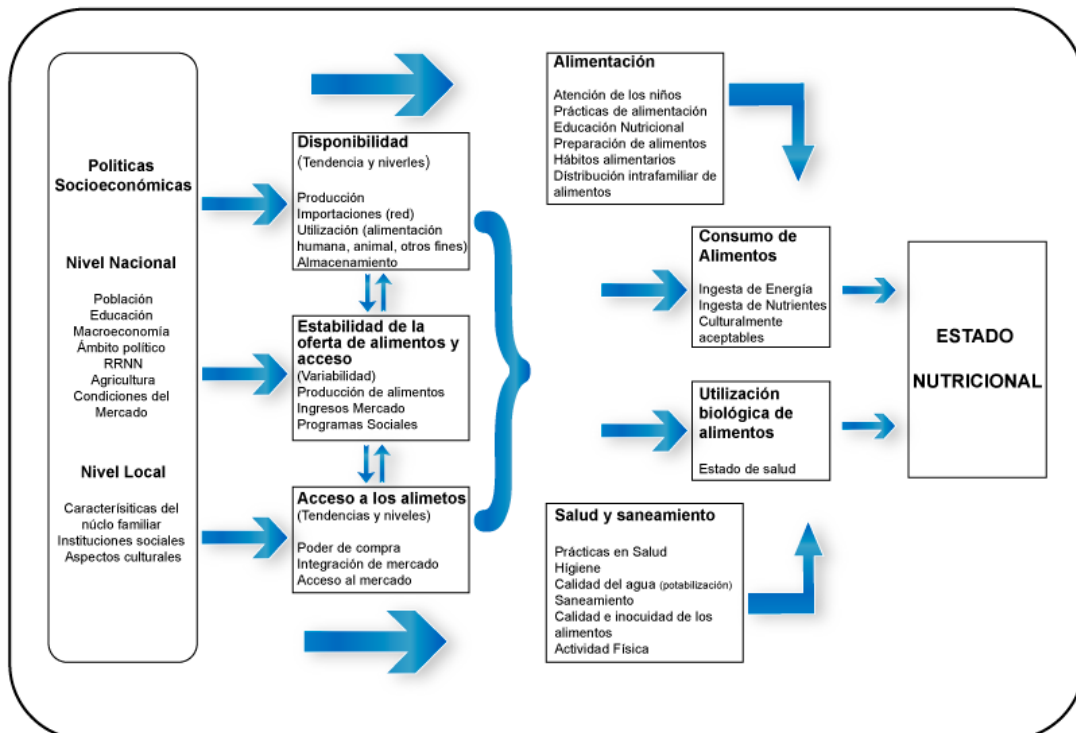
RUANDI, UNICEF, MSP y INFAMILIA-MIDES. (2011). Encuesta Nacional del Estado Nutricional, Prácticas de Alimentación y Anemia. Recuperado de http://pmb.aticounicef.org.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=88



Anexo 1



Marco conceptual de componentes y relaciones que explican el estado nutricional y la alimentación desde el enfoque interdisciplinar de la ciencia de la nutrición



Fuente: Comité de Seguridad Alimentaria Mundial - SICIAP.



“Engagement en el equipo de salud: la calidad de la atención desde el bienestar del trabajador”

Autores: Augusto Ferreira Umpiérrez, Virginia Chiminelli Tomás, Javier Labarthe, Lucía Gómez Garbero, María Cristina Ferrari, Irene Banchemo, y Carlos Oyénard

Resumen

El objetivo de este trabajo fue determinar el nivel de engagement y sus dimensiones, así como la relación de los mismos con características demográficas y del trabajo en recursos humanos de instituciones de salud públicas y privadas de Uruguay y Buenos Aires, Argentina. Entre marzo de 2017 y julio de 2018, se evaluaron 2.509 trabajadores de instituciones de salud públicas y privadas en Uruguay (Montevideo e interior del país) y Buenos Aires (CABA y provincia). Se relevaron datos sociodemográficos, datos relacionados al trabajo y se empleó la escala UWES en su versión de 17 ítems en el idioma español. Se encontró que 14,3% de los trabajadores de salud evaluados en Uruguay y el 13,7% en Buenos Aires tenían niveles altos de engagement, siendo la dimensión de dedicación la que obtuvo puntajes más altos en ambos casos. Son varios los aspectos que afectan el engagement del trabajador. Es de gran importancia que el lugar de trabajo ofrezca condiciones confortables, sea retador y ponga en práctica habilidades de recursos humanos.

Palabras clave: *Engagement, trabajadores de salud, bienestar*



Introducción

Tradicionalmente, la investigación relacionada a las condiciones de trabajo ha empleado un enfoque centrado en el déficit y la posterior solución de problemas. El mismo se caracteriza por intentar determinar problemáticas en determinada población, evaluar sus causas y elaborar, valorar e implementar estrategias para la solución de los mismos. Bajo este enfoque, existe un mayor interés por las enfermedades derivadas del estrés, la depresión, el burnout, la ansiedad, entre otros, lo cual limita la concepción de salud y bienestar de los trabajadores a la mera ausencia de enfermedad (Rodríguez-Carvajal, Moreno-Jiménez, Rivas-Hermosilla, Álvarez-Bejarano, & Sanz Vergel, 2010). Este enfoque ha sesgado la investigación e intervención en la salud y el bienestar de los trabajadores, centrandos su atención en riesgos y consecuencias negativas en vez de los elementos que favorecen al mayor y mejor desarrollo de la calidad de vida laboral (Arenas Ortiz & Andrade Jaramillo, 2013; Blanch, Sahagún, & Cervantes, 2010).

Debido a las características del trabajo de los profesionales de la salud, los mismos se ven expuestos a diversos estresores y problemas de salud, tanto física como mental, que influyen en su salud y bienestar, así como el bienestar de los destinatarios de sus servicios (Extremera, Durán, & Rey, 2005). Por lo tanto, la calidad de atención en salud ha sido tradicionalmente estudiada desde estrés y burnout porque la prestación de cuidados sanitarios es una tarea física y emocionalmente agotadora. Sin embargo, mientras algunos individuos tienden a enfermar y no poder afrontar el estrés, otros parecen tener la capacidad de adaptarse a situaciones complejas, encontrar sentido y crecimiento ante experiencias estresantes. De este modo, se vuelve indispensable complementar las líneas tradicionales de investigación con una visión que mire más allá de los déficits.

En la actualidad, el estudio de la calidad de vida laboral y las condiciones de trabajo intenta enfocarse hacia una más visión positiva, orientada hacia las fortalezas y los factores protectores (Bakker, Schaufeli, Leiter, & Taris, 2008). Rodríguez-Carvajal et al. (2010) llaman a este el enfoque de la abundancia, donde la salud y el bienestar de los trabajadores se consideran fines en sí mismos, entendiéndolos como ausencia de enfermedad así como el máximo nivel de desarrollo posible.

En ese sentido, el estudio del engagement laboral ha cobrado mayor interés en los últimos años. Este concepto es definido como “un estado mental positivo y satisfactorio frente al trabajo, el cual se caracteriza por el vigor, dedicación y absorción del individuo” (Schaufeli, Salanova, González-Romá, & Bakker, 2002, p. 74). Los autores sostienen que el mismo no se caracteriza por ser un estado momentáneo, sino que hace referencia a un estado afectivo y cognitivo más bien persistente en el tiempo. El factor de vigor hace referencia a niveles energéticos elevados mientras se trabaja y la presencia del deseo de esforzarse y presentar trabajo de calidad, aún frente a dificultades. Por su lado, dedicación refiere a altos grados de implicancia en el trabajo y sentido de significancia del mismo, experimentando entusiasmo y orgullo, inspiración y desafío. Finalmente, absorción refiere a la concentración plena y el



disfrute de las labores, de forma que no se percata del paso del tiempo y el dejarse llevar por el trabajo (Bakker et al., 2008; Schaufeli & Bakker, 2004).

Diversas investigaciones han aportado evidencia sobre una relación positiva entre el nivel de engagement y el desempeño en tareas en y extra rol, el nivel de compromiso organizacional, y la calidad de la atención (Bakker & Bal, 2010; Bakker et al., 2008; Christian, Garza, & Slaughter, 2011; Hallberg & Schaufeli, 2006).

En el ámbito sanitario, los resultados de las investigaciones se alinean a los mencionados anteriormente. Cuanto más *engaged* y mejor se encuentra el personal de salud, más dedicará su energía y sus recursos para lograr brindar una atención de mayor calidad (e g., Carmeli, Ben-Hador, Waldman, & Rupp, 2009; Fröjd & von Essen, 2006; Koch & Jones, 2010). En suma, el nivel de engagement ha mostrado una relación positiva con la calidad de atención en salud.

Dada la relación existente entre el engagement y la calidad de las prestaciones y el bienestar laboral, el presente trabajo tiene como objetivo determinar el nivel de engagement y sus dimensiones, así como la relación de los mismos con características demográficas y del trabajo en recursos humanos de instituciones de salud públicas y privadas de Uruguay y Buenos Aires.



Metodología

Diseño: El estudio posee un diseño no experimental, cuantitativo, transversal y de carácter descriptivo y correlacional.

Participantes: Entre marzo de 2017 y julio de 2018, se evaluó a una muestra no aleatoria por conveniencia de trabajadores de instituciones de salud públicas y privadas en Uruguay (Montevideo e interior del país) y Buenos Aires (CABA y provincia). Los criterios de inclusión en el incluyeron la voluntariedad en la participación y que los trabajadores se encontraran efectivamente trabajando en la institución en el periodo de recolección de los datos o sean trabajadores activos de la misma. Aplicando estos criterios, el presente análisis se realizó con una muestra de 1699 trabajadores de salud de Uruguay y 810 trabajadores de salud de Buenos Aires de ambos sexos.

Instrumentos: Para la recolección de información, se elaboró un cuestionario conformado por dos partes. La primera trata de una encuesta para relevar datos sociodemográficos y datos relacionados al trabajo que incluye las siguientes variables: edad, sexo, cargo, antigüedad, turno más frecuente, otro empleo, rol en el equipo de trabajo, tipo de servicio en el que más se desempeña, así como los niveles percibidos de compromiso y confianza en la institución. En la segunda parte, se incluyó la escala UWES en su versión de 17 ítems en el idioma español (Schaufeli & Bakker, 2004; Schaufeli et al., 2002). Se trata de un cuestionario de auto informe para evaluar el nivel de engagement en el trabajo en sus tres dimensiones: vigor, dedicación y absorción. Sus respuestas corresponden a una escala tipo Likert de siete puntos que abarca desde Nunca a Siempre. El instrumento muestra adecuadas propiedades psicométricas, presentando fiabilidades que oscilan entre 0,72 y 0,85 para cada una de las dimensiones, y un alfa de Cronbach mayor a 0,90 para la escala total tanto en Buenos Aires como en Uruguay.

Procedimientos: Previamente a la recolección de los datos, el proyecto de investigación fue sometido a evaluación y aprobado por el Comité de Ética de Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay (UCU). Se solicitó autorización a los responsables de cada institución y/o el sector participante de la institución de salud y se obtuvo consentimiento informado de los participantes, explicando el objetivo del estudio y sus condiciones. La participación en el estudio fue voluntaria y se aseguró a los trabajadores la confidencialidad de los datos y el anonimato de sus respuestas.

Tras la recolección de los datos, los cuestionarios fueron escaneados y procesados a través del software Remark Office OMR (Gravic Inc., 2018), y los datos se revisaron manualmente para corregir y minimizar los posibles errores de procesamiento del software.

Análisis de datos: Se emplearon estadísticas descriptivas (medias, medianas, desviaciones estándar, valores mínimos y máximos.) para analizar los datos. Los coeficientes de correlación de Pearson se utilizaron para evaluar las relaciones entre las variables y la prueba t de Student para muestras independientes, con la finalidad de determinar si existen diferencias significativas o no en las puntuaciones según la variable estudiada. En términos



de significancia, se decidió establecer el valor en un nivel de intervalo de confianza del 95% ($p < 0,05$). Los análisis estadísticos de este trabajo se realizaron mediante el paquete estadístico SPSS v. 24 (IBM Corp., s/f).

Resultados

Características demográficas y del trabajo de la muestra

Se evaluaron un total de 2.509 trabajadores de instituciones de salud públicas y privadas en Uruguay (Montevideo e interior del país) y Buenos Aires (CABA y provincia).

Los sujetos que comprendieron la muestra uruguaya ($N= 1699$; 63,2% femenino; 22,3% masculino), pertenecían a diez instituciones de salud, tanto públicas ($N=740$) como privadas ($N=959$) de Montevideo y del interior del país (62,6% y 37,4% respectivamente). Una gran parte de la muestra se encontró compuesta por licenciados y auxiliares en enfermería (64%) y por personal en un rol operativo (88,1%). Más del 60% de la muestra manifestó tener entre 30 y 50 años de edad. Se encuentran sujetos evaluados en todas las categorías de antigüedad en la institución, con una distribución más o menos pareja. El 44% de los sujetos evaluados expresaron tener otro trabajo al momento de la evaluación y aproximadamente un cuarto de la muestra declaró trabajar en múltiples turnos. El 70,6% de los sujetos evaluados en Uruguay manifestaron tener mucho compromiso con la institución donde trabajan y el 54% de la muestra manifestó tener algo de confianza en la misma.

Los sujetos que comprendieron la muestra de Buenos Aires ($N=810$; 68,5% femenino; 31,5% masculino), pertenecían a 11 instituciones de salud, tanto públicas ($N=255$) como privadas ($N=555$) de CABA y Provincia de Buenos Aires (66,3% y 33,7% respectivamente). El 55,1% de la muestra se encontró en edades de entre 20 y 40 años. Enfermeros, licenciados y auxiliares en enfermería conformaron el 51% de la muestra. El 78,4% de la muestra corresponde a trabajadores que trabajan en atención directa a pacientes. En relación a la cantidad de años trabajados en la institución, el 30,9% de la muestra declaró tener entre cinco y 10 años, mientras que el 23,8% declaró entre dos y cinco años de antigüedad. En Buenos Aires, el 60,9% de los trabajadores de salud evaluados manifestaron no tener otro trabajo al momento de la evaluación. El 81,4% de los trabajadores evaluados en Buenos Aires manifestaron tener mucho compromiso con la institución en la que trabajan y el 62,7% de la muestra expresó tener mucha confianza en la misma.



Hallazgos relacionados al Engagement en la muestra

Se registraron respuestas en todo el rango de la escala de respuestas (0 a 6) en todos los ítems que comprenden el UWES tanto en los trabajadores evaluados en Buenos Aires como en Uruguay. Sin embargo, los casos se encuentran concentrados hacia los valores superiores de la escala, encontrándose valores de mediana superiores a tres en todos los ítems.

Las medias aritméticas de las respuestas de los trabajadores uruguayos se mantienen en un rango que va de 2,95 (“Me es difícil “desconectarme” de mi trabajo”, AB6) a 5,03 (“Incluso cuando las cosas no van bien continúo trabajando”, VI6), siendo la dimensión de absorción la que presenta la media más baja. Por su parte, las medias aritméticas de las respuestas de los trabajadores de Buenos Aires se mantienen en un rango que va desde 3,11 (AB6) a 5,21 (“Estoy orgulloso del trabajo que hago”, DE4). Las dimensiones de vigor y dedicación tienen medias mayores a cuatro para los trabajadores de salud evaluados en Uruguay y en Buenos Aires. (Tabla A3) Esto correspondería, según el registro de puntuaciones de Schaufeli y Bakker (2004), la mayoría de los trabajadores de salud evaluados en Uruguay y Buenos Aires expresan tener sentimientos de las dimensiones de vigor y dedicación del engagement al menos una vez a la semana.

Entre las 1699 personas encuestadas en Uruguay, se encontró que un 14.4% tienen un nivel de engagement alto y un 15.9% tienen un bajo nivel de engagement, mientras que el porcentaje restante se encuentra en niveles medios. La dimensión con mayores puntajes corresponde a dedicación, el cual refiere a estar fuertemente envuelto en el trabajo, y experimentar entusiasmo, inspiración, orgullo y desafío. La dimensión con puntajes más bajos fue absorción, que se caracteriza por encontrarse la persona completamente concentrada y envuelta en su trabajo, sintiendo que el tiempo pasa ligeramente.

El tipo de servicio donde se encuentran trabajadores uruguayos con los más altos promedios en nivel de engagement son los consultorios exteriores, seguido por la unidad de cuidados críticos. Con respecto a la antigüedad en la institución, se encontró que todas las categorías temporales muestran algún nivel de engagement, siendo este mayor entre aquellos que tienen una antigüedad de hasta dos años, seguida por una antigüedad mayor a 20 años.

En cuanto a las variables asociadas al engagement en Uruguay, se encontraron correlaciones positivas y significativas en el nivel 0,01 (bilateral) con el coeficiente de Pearson entre el nivel de engagement de los trabajadores de salud, la edad de los mismos y los niveles auto percibidos de confianza y compromiso con la institución. Se encontró también una fuerte correlación entre las instituciones de tipo privadas y mayores niveles de engagement. Con un nivel de significancia de 0,01 (bilateral), se encontró una correlación positiva entre el nivel de engagement y el sexo femenino.

De las 810 personas evaluadas en Buenos Aires, se encontró que el 13,7% tenían un nivel alto de engagement, mientras que el 16,3% tenían un nivel bajo, correspondiendo el porcentaje restante a un nivel medio. La dimensión del engagement con mayores puntajes obtenidos en la muestra de Buenos Aires fue dedicación y la dimensión con menores puntajes fue



absorción. Estos resultados fueron semejantes a los resultados encontrados entre los trabajadores de salud de Uruguay.

El tipo de servicio donde se encuentran los trabajadores de Buenos Aires con los más altos promedios de engagement fue maternidad/pediatría, seguido por emergencias. Con respecto a la antigüedad en la institución, se encontró que todas las categorías temporales muestran algún nivel de engagement, siendo este mayor entre aquellos que tienen una antigüedad mayor a 20 años, seguida por una de hasta dos años.

En cuanto a las variables asociadas al engagement en Buenos Aires, se encontró que el nivel de Engagement de los trabajadores de salud aumentaba a medida que aumentaba la edad de los participantes y con el rol que la persona desempeña (jefatura, supervisión, operativo, etc.); a mayor nivel jerárquico, mayor es el nivel de engagement, significativas en el nivel 0,01 (bilateral). Así también, se encontraron correlaciones altas y positivas entre el nivel de engagement y los niveles autos percibidos de confianza y compromiso con la institución.

En general, los resultados de medición del Engagement de los trabajadores de salud en Buenos Aires siguen la misma tendencia de los resultados encontrados en Uruguay. Aunque los puntajes no difieran demasiado, las diferencias encontradas en los niveles de engagement y sus tres dimensiones (vigor, dedicación y absorción) entre trabajadores de salud evaluados en Uruguay y en Buenos Aires son estadísticamente significativas, es decir, las mismas no se deben al azar.

Consideraciones

A la luz de los resultados presentados, se concluye que, en promedio, los trabajadores de salud evaluados se perciben con un estado mental positivo y satisfactorio en sus trabajos al menos una vez a la semana. Esto se asocia a las condiciones laborales a las que se encuentran expuestos, tanto como a sus recursos personales para afrontar los diversos estresores a los que son expuestos en el desempeño de sus tareas.

Los niveles obtenidos en la dimensión de dedicación apuntarían hacia una gran identificación con el trabajo y la experiencia de este como significativa y desafiante. Consideramos que es posible potenciar estos niveles mediante delegación de responsabilidades, promoviendo autoeficacia, brindando oportunidades de crecimiento, asignación de retos y objetivos laborales. La dimensión de vigor muestra que los trabajadores de salud evaluados poseen energía, entusiasmo y resistencia, con aspectos laborales que pueden influir como vida socio-familiar, cuando este factor se ve afectado es relacionado con bajo desempeño y productividad. Respecto a la absorción, los resultados del presente estudio apuntarían más bien hacia una facilidad y deseo del trabajador para interrumpir actividades laborales, lo cual puede afectar calidad de la atención y promover errores. Así mismo, resulta significativo comentar que esto podría ser considerado razonables teniendo en cuenta las características de la labor del personal de salud, donde la facilidad para “desconectarse” de su trabajo podría constituir uno de los mecanismos necesarios para el adecuado desempeño y salud mental de



los trabajadores.

Si bien existen diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de engagement encontrados en trabajadores de salud en Uruguay y Buenos Aires, consideramos que los mismos se deben principalmente a las características de la muestra no aleatoria empleada para este estudio.

Son varios los aspectos que afectan el engagement del trabajador: el tipo de institución donde trabaja, la edad, el nivel de jerarquía que posee el trabajador dentro de la institución, así como el nivel de compromiso y confianza que tiene el trabajador en la institución, entre otros que no fueron evaluados en este trabajo. Teniendo esto en cuenta, es de gran importancia que el lugar de trabajo ofrezca condiciones confortables, sea retador y ponga en práctica habilidades de recursos humanos.

Referencia Bibliográfica

- Arenas Ortiz, F., & Andrade Jaramillo, V. (2013). Factores de riesgo psicosocial y compromiso (engagement) con el trabajo en una organización del sector salud de la ciudad de Cali, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 16(1), 43–56. Recuperado a partir de <https://repository.ucatolica.edu.co/jspui/bitstream/10983/1041/1/v16n1a05.pdf>
- Bakker, A. B., & Bal, M. P. (2010). Weekly work engagement and performance: A study among starting teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(1), 189–206.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Taris, T. W. (2008). Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress*, 22(3), 187–200. <https://doi.org/10.1080/02678370802393649>
- Blanch, J. M., Sahagún, M., & Cervantes, G. (2010). Estructura factorial del cuestionario de condiciones de trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 26(3), 175–189.
- Carmeli, A., Ben-Hador, B., Waldman, D. A., & Rupp, D. E. (2009). How leaders cultivate social capital and nurture employee vigor: Implications for job performance. *Journal of Applied Psychology*, 94(6), 1553.
- Christian, M. S., Garza, A. S., & Slaughter, J. E. (2011). Work engagement: A quantitative review and test of its relations with task and contextual performance. *Personnel psychology*, 64(1), 89–136.
- Extremera, N., Durán, A., & Rey, L. (2005). La inteligencia emocional percibida y su influencia sobre la satisfacción vital, la felicidad subjetiva y el engagement en trabajadores de centros para personas con discapacidad intelectual. *Ansiedad y estrés*, 11(1).
- Fröjd, C., & von Essen, L. (2006). Is doctors' ability to identify cancer patients' worry and



wish for information related to doctors' self-efficacy with regard to communicating about difficult matters? *European Journal of Cancer Care*, 15(4), 371–378.

- Gravic Inc. (2018). Remark Office OMR. Recuperado a partir de <https://remarksoftware.com/products/office-omr/>
- Hallberg, U. E., & Schaufeli, W. B. (2006). “Same same” but different? Can work engagement be discriminated from job involvement and organizational commitment? *European psychologist*, 11(2), 119–127.
- IBM Corp. (s/f). *Guía del usuario de IBM SPSS Statistics 24 Core System*. IBM.
- Koch, T., & Jones, S. (2010). The ethical professional as endangered person: blog notes on doctor–patient relationships. *Journal of medical ethics*, 36(6), 371–374.
- Rodríguez-Carvajal, R., Moreno-Jiménez, B., Rivas-Hermosilla, S. de, Álvarez-Bejarano, A., & Sanz Vergel, A. I. (2010). Psicología Positiva en el Trabajo: Ganancias Mutuas para Individuos y Organizaciones. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 26(3), 235–253.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). *Utrecht Work Engagement Scale. Preliminary manual* (Version 2). Utrecht: Utrecht University.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V. A., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71–92.
<https://doi.org/10.1023/a:1015630930326>



“Generación de estándares de necesidad para la especialidad medicina familiar y comunitaria en el Sistema Nacional Integrado de Salud, Uruguay, 2015-2017”

Autores: Fiorella Cavalleri, Jacqueline Ponzó, Clara Niz

Introducción

En Uruguay se ha implementado una Reforma del Sector Salud a partir del año 2007 con el objetivo de lograr el acceso universal a la atención integral en salud, tendiendo a la cohesión social con equidad, calidad, sustentabilidad y justicia distributiva. Con la reforma se creó el SNIS (Ley 18.211), que ha resultado en la separación de las funciones de gestión y provisión de servicios públicos, con el MSP como órgano rector, y la oferta pública a cargo de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). La Reforma además introdujo tres cambios estratégicos para su implementación:

- el modelo de atención
- el modelo de financiamiento
- el modelo de gestión

El cambio de modelo de atención adoptó la estrategia de atención primaria de salud (APS) y la priorización del primer nivel de atención como bases fundamentales. Diversos trabajos han planteado la necesidad de profundizar en el cambio de modelo de atención para el cumplimiento de los objetivos de la reforma^{1,2,3}. Esta profundización implica, entre otras cosas, desarrollar un primer nivel que garantice el desarrollo de la estrategia de APS. Ello requiere, entre otras cosas, equipos de salud dotados de profesionales adecuadas a las necesidades de la población con idoneidad para el desarrollo de la estrategia, incluida la atención a problemas de salud prevalentes y el cuidado preventivo con altos niveles de calidad y capacidad resolutive.

En este sentido, tanto el perfil como el número de especialistas que se desempeñen en el primer nivel de atención cobran especial relevancia, así como la composición general del colectivo profesional médico, las diferentes especialidades y su distribución en todo el sistema de salud.

En este contexto de reforma es que se desarrolla este proyecto con el objetivo de probar una adaptación del instrumento desarrollado en Inglaterra por el Royal College sobre metodología de configuración de altos estándares, en el capítulo que refiere al trabajo de las

-
- 1- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la salud, Sociedad Uruguaya de Salud Colectiva, Departamnto de Medicina Preventiva y Social. Ateneos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Ciclo de encuentros sobre la Reforma de Salud del Uruguay. Documento de Síntesis. Montevideo; 2012.
 - 2- Ríos G y Sánchez D. Perfil descriptivo del sistema de salud de la República Oriental del Uruguay. Perfiles descriptivos de los sistemas de salud de los Estados Partes del MERCOSUR. Montevideo: Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud; 2013.
 - 3- Sollazzo A., Bertereche R. El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos de la Atención Primaria. Ciencia y Saúde Coletiva 2011; 16(6):2829-2840.



especialidades^{4,5}. Los resultados del trabajo trascienden lo metodológico. Se produjo información y reflexión sobre perfil y necesidades estimadas de las diferentes especialidades médicas en Uruguay, que resulta de interés comunicar.

El presente documento es el resultado del trabajo desarrollado entre 2015 y 2017 en relación a la especialidad Medicina Familiar y Comunitaria (MFYC), en base a dicha metodología, en diálogo con los ámbitos académico y científico gremiales de dicha especialidad: Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina (Fmed), UDELAR, y Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria (SUMEFAC).

Objetivos

Aplicar a la medicina familiar y comunitaria la metodología estructurada y reproducible desarrollada por el Royal College para la caracterización exhaustiva de la especialidad.

Analizar la aplicación como insumo para la toma de decisiones en planificación de recursos humanos.

Marco contextual y metodológico

Se aplicó una metodología para describir el perfil de la especialidad, basada en la construcción de consenso de expertos, adaptado del trabajo del Royal College sobre metodología de configuración de altos estándares, del capítulo que refiere al trabajo de las especialidades^{6,7}. Para el caso de Uruguay con una sola institución formadora de especialistas médicos de MFYC (Fmed, Escuela de graduados – UDELAR) se incluyó en el proceso a docentes del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Fmed, así como también integrantes de la Sociedad Científica respectiva, como forma de incrementar el alcance del consenso. Se trabajó sobre un documento único elaborado en base a una guía de preguntas preestablecidas en la metodología, producido en forma conjunta entre especialistas, fomentando la participación.

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

Descripción de la especialidad, Organización del servicio y patrones de referencia, Asistencia y atención centrada en el paciente, Enlaces interdisciplinarios, Requisitos de servicios de alta calidad, Trabajo clínico, Oportunidades para la atención integral, Requisitos de recursos humanos de la especialidad, Programas de trabajo, Puntos claves para los tomadores de decisiones.

-
- 4- The Royal College of Physicians. Consultant physicians working with patients. The duties, responsibilities and practice of physicians in medicine. 2011
 - 5- The Royal College of Physicians. Consultant physicians working with patients. The duties, responsibilities and practice of physicians in medicine. 2013
 - 6- The Royal College of Physicians. Consultant physicians working with patients. The duties, responsibilities and practice of physicians in medicine. 2011
 - 7- The Royal College of Physicians. Consultant physicians working with patients. The duties, responsibilities and practice of physicians in medicine. 2013



La última etapa de la consulta se recabó la opinión de los expertos sobre la metodología empleada particularmente sobre la pertinencia, dificultades, aportes y sugerencias a considerar a fin de definir cambios en el cuestionario. MFYC fue parte de la primera fase “piloto” para llegar al cuestionario definitivo que podría ser utilizado con otras especialidades.

Resultados

Se presenta una síntesis de los resultados relativos a la caracterización de la especialidad. La magnitud del trabajo excede las posibilidades de esta comunicación. Se priorizan los resultados que aportan los principales elementos para la planificación de los recursos. El documento completo estará disponible próximamente a través de la publicación del informe completo.

Descripción de la especialidad

La especialidad es la MFYC. Stephen Spann presenta a la medicina familiar presenta como una disciplina clínica, una especialidad médica, una forma de práctica médica y un movimiento universal⁸.

En el mismo sentido que Zurro⁹ identifica como parte del área clínica de la MFYC “la experiencia compartida de problemas clínicos frecuentes, así como un método clínico aceptado y un acuerdo sobre los campos que requieren más investigación.” Los problemas clínicos frecuentes enfrentados por los médicos de diferentes países y regiones son semejantes entre sí, más allá de ciertas particularidades, y también los métodos clínicos utilizados. Como forma de práctica peculiar, se diferencia de otras especialidades por el estilo que le imprimen los principios de la medicina familiar y comunitaria (McWhinney): entre ellos la atención longitudinal, centrada en la persona, la comprensión del contexto en que se produce la enfermedad, la atención de sus pacientes tanto en consultorio como en domicilio o incluso a veces en el hospital, el médico como gerente de recursos.

En Uruguay la especialidad se denomina MFYC, al igual que en Brasil y España. Esta denominación 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.

Hugo Dibarboure Icasuriaga la describió como la “medicina sincomial” (del griego, *syn*: unión y *komeo*: yo cuido). Medicina unidora, unificadora, integradora de los cuidados en salud al individuo, a su familia, a la comunidad que integra¹⁰, y tal vez es una de las formas

8 Spann S. Medicina Familiar: definición, historia, principios y futuro. En: Dibarboure H, Macedo M. Introducción a la medicina Familiar. Montevideo: Universidad de la República; 1998. p21-32.

9 Zurro M. Atención Primaria. 2a.Ed. Barcelona: Elsevier; 2010.

10 Dibarboure H. Prólogo. En: Dibarboure H, Macedo M. Introducción a la medicina Familiar. Montevideo: Universidad de la República; 1998. p19.



sintéticas que mejor define a la especialidad. David Metcalfe”, Adolfo Rubinstein¹¹, Gayle Stephens¹², entre otros, también han realizado aportes significativos para una mejor definición de la especialidad. Cabe destacar que la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (WONCA-CIMF), en el Perfil del Médico de Familia publicado en 2010, incorpora la dimensión espiritual como parte del abordaje integral que realiza la especialidad¹³.

Antecedentes históricos de la especialidad

En Uruguay se reconocen antecedentes fundacionales de la especialidad en la práctica desarrollada en el primer nivel de atención por Hugo Dibarboure Icasuriaga en Capilla del Sauce y Juan Carlos Macedo en Migueles, en la década del '70. Luego, ambos contribuyeron en forma determinante a la creación de la Residencia de MFYC en el Uruguay de 1996/1997. Entre medio, el país transitó una dictadura y la Universidad una intervención.

La aparición del nombre de la especialidad en Uruguay se produjo por Ley (15.903 del año 1987) que instaló el cargo de medicina familiar en la administración pública cuando no existía formación específica ni estaba reconocida la especialidad en los ámbitos académicos correspondientes. En el año 1997 se inició la residencia de MFYC y a partir de allí se inició un camino que culminó con la aprobación de la especialidad por la Escuela de Graduados en el 2001 y por la Fmed en el año 2002¹⁴. Luego de un largo proceso, en el año 2007, el Departamento responsable de la formación de los especialistas, adopta el nombre propio de la especialidad y se consolida como Departamento de MFYC.

A partir del año 2009 se produce la instalación de las Unidades Docente Asistenciales de MFYC que ha permitido consolidar la presencia de equipos estables en el primer nivel de atención en todo el país y con ello, la descentralización del Departamento de MFYC.

Antecedentes de la formación

El primer llamado a concurso para la residencia de mfyc fue en 1996 para cuatro cargos. Desde entonces nunca se ha discontinuado. El Postgrado se estableció en el 2002, en base al primer Programa de Formación de Especialistas en MFYC aprobado por la Escuela de Graduados en Agosto de 2001. De acuerdo a la normativa vigente, a partir del reconocimiento del Posgrado por la Escuela de Graduados se realizó un llamado a la obtención del título por “actuación documentada” (de acuerdo a la normativa de la Escuela de Graduados) que permitió la certificación como especialistas en MFYC a los “médicos de familia” surgidos a partir del programa de MSP-ASSE abierto en la década del '80. También accedieron al título médico de diversas especialidades que se desempeñaban como docentes

11 Rubinstein A. Sistemas de salud orientados a la APS. Conferencia. Solís, 2006. En:

http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/solis3/ss_y_aps_uruguay_2006.pdf

12 Rodríguez V, Barrios A. Descripción del puesto del mfyc en el equipo de salud. Monografía del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Montevideo: Facultad de Medicina, UDELAR; 2006.

13 Wonca-CIMF. Perfil del Médico de Familiar. Cancun: Wonca-CIMF, 2010. p7.

14 ARMEFYCU. Historia de la medicina familiar en el Uruguay. Hacia un nuevo modelo. Noticias 2005; 130:32-33.



en el Departamento de Docencia en Comunidad y médico en general que documentaran su actuación y competencia en el primer nivel de atención. Las primeras cinco generaciones de residentes, que habían completado tres años de formación en ejercicio antes de la aprobación de la especialidad, debieron documentar este período y completar los requisitos de la Escuela de Graduados para la obtención del título a través de la presentación de monografía y prueba final.

Actualmente el Departamento de MFYC está concluyendo un proceso participativo de docentes y postgrados para la actualización del Programa de Formación de Especialistas. Se busca adecuarlo a la realidad y necesidades vigentes, optimizando también los recursos y oportunidades disponibles, mayores que en los inicios de la formación de especialistas. No obstante ello, son varias las modificaciones que ya están vigentes y se han introducido en la implementación del programa original, a más de 15 años de su origen.

En 2012 se estimaba en 419 el número de especialistas titulados o médicos con residencia de mfyc concluida¹⁵. En abril de 2016 este número se habría incrementado en aproximadamente 80, resultando un número actual de 500 especialistas o profesionales con residencia concluida, próximos a obtener el título.

15 Ponzio J. Orígenes y posibilidades de desarrollo de la medicina familiar y comunitaria en Uruguay. Medwave 2013;13(1): doi10.5867. En: <http://www.medwave.cl/medios/medwave/Enero-febrero2013/PDF/medwave.2013.01.5615.pdf>



Los pacientes

La medicina familiar y comunitaria atiende personas de todos los grupos de edad, de todos los géneros, en su contexto de vida cotidiana, en sus ámbitos de vida, trabajo, estudio. Las personas consultan con sus problemas de salud agudos o crónicos, definidos o indefinidos, estables o urgentes, pasibles de ser resueltos en el primer nivel de atención o no. En este último caso el mfyc también tiene una función a cumplir en la referencia y su gestión de modo que garantice la continuidad y la atención oportuna.

Al mismo tiempo las personas concurren con situaciones de salud que demandan acompañamiento médico, por ejemplo el embarazo.

Luego, la demanda se construye en base a múltiples factores, y se pueden encontrar algunos datos que muestran el perfil de la población que consulta a mfyc en Uruguay como los producidos por las Unidades Docente Asistenciales (UDA) del primer nivel de atención, ya citados.

La especialidad se ocupa también de las personas más allá del servicio de salud, a través de estrategias de salud comunitaria y promoción de la salud. Se trata de una variedad muy amplia de acciones, que responden a las necesidades y características de cada territorio. Pueden ser centros educativos, espacios comunitarios, o incluso espacios públicos no convencionales, a veces los únicos aptos para ciertas situaciones. El domicilio de las personas es otro espacio relevante tanto en salud comunitaria como en la atención a personas con tienen limitación temporal o permanente para desplazarse al servicio de salud y requieren atención y cuidados médicos. En cualquiera de los espacios, incluido el servicio de salud, la unidad de análisis para el trabajo del mfyc es la familia, con toda su diversidad, aun cuando la atención está centrada en una persona. A veces, la familia es también unidad de atención, no solo de análisis.

Patrón de las principales enfermedades

En MFYC se utiliza el concepto de problema de salud, más que el de enfermedad. La demanda se caracteriza por una elevada proporción de casos en los cuales no es posible establecer un diagnóstico nosológico, sea porque la consulta ocurre en un momento incipiente del proceso de una enfermedad aún indefinida, sea porque es motivada por algún tipo de malestar que no se constituirá nunca como una enfermedad propiamente dicha, o porque se trata de un problema de salud que no corresponde catalogar como enfermedad, por ejemplo, una crisis familiar.

Un estudio clásico en la década de los 80 en Reino Unido mostró que 86% de adultos y niños relataban por lo menos un síntoma físico en un período de dos semanas. Por orden de frecuencia, los síntomas más comunes eran: respiratorios, astenia y cefaleas. El predominio



de los síntomas respiratorios también se encontró en estudios de Australia y Estados Unidos¹⁶.

En Uruguay es Dibarboure quien publica, en 1988, los primeros datos sobre consulta y morbilidad en el primer nivel de atención. Corresponden a la práctica del año 1970 en cuatro localidades rurales del Departamento de Florida¹⁷. A lo largo del año había consultado por lo menos una vez al médico un 31% de la población. Se encontró mayoritariamente enfermedades cardio y cerebrovasculares, enfermedades infecciosas y parasitarias en segundo lugar, incluidas las infecciones respiratorias; asma y EPOC, en el tercer lugar y el cuarto lugar, las consultas relacionadas al embarazo, parto y puerperio¹⁸.

Organización del servicio y patrones de referencia

El ámbito específico del especialista en MFYC es el primer nivel de atención, aunque no exclusivamente. En muchos países los médicos de familia tienen un lugar en la actividad asistencial en el segundo e incluso tercer nivel. En Uruguay el ámbito natural de inserción del mfyc en el sistema de salud es el primer nivel de atención en el cual la policlínica es el servicio donde se desarrolla el trabajo asistencial con mayor frecuencia. Allí el MFYC idealmente trabaja con auxiliar de enfermería y ocasionalmente con agente comunitario en salud (ACS), aunque esta figura no es reconocida formalmente por el SNIS como parte del equipo ni existe remuneración para su tarea. En la práctica aún se encuentran situaciones en las cuales el mfyc trabaja solo. Algunos servicios cuentan con profesionales de disciplinas que concurren con periodicidad variable (semanal, quincenal o mensual es lo más frecuente), por ejemplo nutrición, odontología, obstetricia (partera), odontología, psicología y médicos de otras especialidades con desempeño en el primer nivel (pediatría, ginecología, psiquiatría), en combinaciones variables en diferentes servicios; así como también médicos generales, sin especialización.

En ASSE la mayoría de los MFYC tienen cargo estándar de MFYC, con una carga semanal de 30 horas, de las cuales 20 son asistenciales y diez son para actividad comunitaria. La mayoría de las policlínicas distribuyen la carga horaria de modo que se cuente con especialista en mfyc todos o casi todos los días, generalmente de lunes a viernes.

Cuando los servicios están localizados en el medio rural, en poblaciones con escaso número de habitantes (500 a 1000 o incluso menos), en ocasiones existe un especialista que distribuye su cargo para la atención en distintas localidades, a las que concurre una, dos o tres veces por semana. También el MFYC trabaja en servicios más grandes: centros de salud y centros auxiliares. Estos servicios cuentan con un equipo de salud más numeroso y diverso, que puede incluir especialidades médicas o quirúrgicas de tipo focal (cardiología, endocrinología, ORL, nefrología) u otros especialistas integrales (geriatria, medicina interna,

16 McWhinney I. Manual de medicina familiar y comunitaria. 3a. Edición. Porto Alegre: Artmed; 2010. p43-

17 Dibarboure H. Atención primaria de la salud. (Análisis de un año de trabajo médico). Montevideo: Universidad de la República; 1988.

18 Dibarboure H. Atención primaria de la salud. (Análisis de un año de trabajo médico). Montevideo: Universidad de la República; 1988.



pediatría), además de otros servicios como trabajo social, salud mental, farmacia, administración, laboratorio, etc., pero en estos servicios el desempeño es equivalente al que realiza un mfyc en una policlínica, simplemente cambia el contexto.

El Programa de UDA permitió incrementar recursos en el primer nivel. Esto ha facilitado, entre otras cosas, ampliar horarios de atención. Se han desarrollado experiencias de atención vespertina-nocturna y en días sábados en favor de mejorar la accesibilidad de los servicios a los usuarios. Esto tiende a modificar la organización histórica de los servicios del primer nivel en el Uruguay, particularmente en el ámbito público, donde el funcionamiento se limitaba a horarios matinales de lunes a viernes o extendidos sólo a la primera parte de la tarde, generalmente nunca más allá de la hora 17.

En las zonas rurales existe un vínculo de vecindad con el médico que vive en la localidad lo cual hace que muchas veces la atención no tenga horarios aunque el cargo sea de 30 horas.

En el marco de estas generalidades, existen algunas particularidades. Tal la experiencia de Migués, liderada por Juan Carlos Macedo a fines de la década de los '70, con una modalidad de trabajo infrecuente en Uruguay pero que puede encontrarse en otros países con desarrollo de la mfyc. Se trata de un servicio del primer nivel de atención abierto 24 horas los 365 días del año, a cargo de un grupo médico estable integrado inicialmente médicos generales e internistas, que a partir de la residencia (1997) incorpora formalmente a la mfyc, aunque los principios de la especialidad se encontraban desde el inicio.

¿Cómo acceden los pacientes al servicio?

La mayoría de los pacientes atendidos por mfyc acceden directamente a través de una cita programada o una consulta espontánea en el servicio del primer nivel. Algunos pacientes son referidos para seguimiento luego de una hospitalización o una consulta en servicio de urgencia, emergencia o especialidades focales, pero esta forma de llegada a la consulta es menos frecuente de lo que sería deseable. En MFYC con frecuencia se reciben situaciones, familias o usuarios referidos desde los equipos sociales (programas del Ministerio de Desarrollo Social, Instituto de la Niñez y Adolescencia del Uruguay, Uruguay Crece Contigo entre otros) o desde los espacios educativos. Esta coordinación intersectorial e interinstitucional puede llegar a ser más común que la coordinación con otros niveles del sistema de salud.

El acceso a consulta espontánea, sin cita agendada previamente, da respuesta a la demanda del día. Este tipo de consulta encuentra diferentes modalidades de gestión en diferentes prestadores y servicios. Esta forma de acceso representa actualmente hasta un 50% de las atenciones diarias en algunos servicios¹⁹, entre los motivos de consulta se encuentran problemas agudos o demandas de atención por problemas crónicos o de evolución subaguda que la persona o el servicio de salud no han tenido capacidad de encuadrar en una consulta

19 Monografía estudiantes



programada. O sea, no siempre la consulta sin cita previamente agendada es ocasionada por un hecho nuevo, de reciente aparición, sino por una circunstancia que permitió o facilitó la consulta ese día, aunque el problema que la motivara fuera antiguo. En estos casos, este tipo de consulta se constituye en puerta de entrada de algunas personas que por algún motivo no llegarían de otro modo al servicio.

¿Cómo está estructurado el sistema?

A nivel mutual es desigual e incipiente el desarrollo de infraestructura para el primer nivel de atención con algunas experiencias pioneras, como el caso del CASMU-IAMPP que cuenta con una red de médicos zonales, “unidades periféricas CASMU” (UPECA) y sedes secundarias en barrios de Montevideo y localidades del interior, con residentes de MFYC y cargos de alta dedicación (CAD) de MFYC, siendo en 2017 la institución con más CAD en MFYC, superando incluso a ASSE, la institución con más cargos de MFYC estándar, que a la fecha contaba con sólo tres CAD en MFYC.

En ASSE los servicios de salud, que llamaremos unidades asistenciales, se organizan a nivel nacional, en cuatro regiones. Dentro de cada región los MFYC trabajan en unidades asistenciales que componen las Redes de Atención del Primer Nivel (RAP). Básicamente existe una RAP por cada departamento, y cada RAP se integra por puestos de salud rural, consultorios de MFYC, policlínicas, centros de salud, y centros auxiliares. Estas unidades de atención del primer nivel tienen asignado un servicio de segundo nivel para referenciar sus usuarios cuando necesitan hospitalización, especialistas o técnicas de diagnóstico no disponibles en el primer nivel.

Como se mencionó antes, existe diversidad en la integración de los equipos de salud en diferentes servicios, aún los de un mismo tipo. La integración de un equipo básico que asegure la presencia de auxiliar de enfermería en todos los lugares donde se desempeñe un especialista en mfyc en labor asistencial es una reivindicación vigente de la SUMEFAC, planteada con énfasis en coincidencia con el desarrollo de este trabajo (2015/2016) y da cuenta de que en muchos casos el MFYC trabaja solo, ya sea algunos o todos los días semana.

En cuanto a la infraestructura edilicia es heterogénea: desde consultorios que funcionan en espacios cedidos por escuelas rurales hasta centros de salud de reciente construcción. En este aspecto se está produciendo en los últimos años una serie de mejoras que aún no saldan las necesidades. Durante muchos años el primer nivel en el país fue postergado por las instituciones de salud en su desarrollo y la carencia edilicia es reflejo de ese retraso.

A nivel mutual²⁰ los recursos humanos y materiales en general están mejor resueltos, pero el tiempo disponible para ver a cada paciente (12 minutos) resulta insuficiente para una atención

20 Mutualismo se denomina al conjunto de prestadores no estatales que funcionan en la órbita del derecho privado como instituciones de atención a la salud, sin fines de lucro. Integran el SNIS, y prestan cobertura a un poco más de la mitad de la población en Uruguay.



centrada en la persona. Optimizar el tiempo de dedicación a cada consulta de forma que asegure la atención en base a los principios de la mfyc es otra reivindicación actual de SUMEFAC.

Un aspecto que no está adecuadamente resuelto es el soporte logístico para la atención domiciliaria, particularmente el traslado del médico o equipo. El cargo de ASSE prevé que el mfyc realice esta tarea pero no provee el vehículo para el traslado ni tampoco una compensación económica para que el profesional lo resuelva por sus medios. Tampoco se aportan recursos humanos para acompañar al médico a la atención domiciliaria. En el año 2016 se comenzaron a implementar algunas alternativas en ASSE en el marco de un plan piloto para la búsqueda de soluciones a esta situación, gestado a partir de las reivindicaciones de SUMEFAC y el Sindicato Médico del Uruguay (SMU).

La atención domiciliaria es un aspecto relevante de las prestaciones en un servicio del primer nivel y debería ocupar una proporción mayor de la consulta del MFYC en función del perfil epidemiológico de la población uruguaya, añosa, con múltiples enfermedades crónicas y acumulación de discapacidad. Se requiere profundizar la planificación de este componente de la práctica con la correspondiente organización de recursos. En la actualidad la atención domiciliaria es concebida como actividad comunitaria en la distribución horaria del cargo de mfyc en ASSE. Esto merece revisión, dado que se trata de una actividad asistencial, aunque sea desarrollada en el domicilio de las personas. Al mismo tiempo ha de tenerse en cuenta que para garantizar el desarrollo adecuado de este componente de la actividad del mfyc no alcanza con la definición del cargo, sino con la provisión de los recursos necesarios.

La atención en la comunidad y los modelos comunitarios de atención.

Las estrategias de atención comunitaria son variadas de acuerdo al territorio. En las instituciones del subsector privado este componente tiene un desarrollo incipiente. Desde los cargos de MFYC que cuentan con un componente para el ejercicio comunitario, ya sea en el subsector público o privado, se contribuye al trabajo en red, la interinstitucionalidad y la participación comunitaria.

Ha sido tradicional el trabajo con instituciones educativas, así como la formación de agentes comunitarios de salud y el trabajo con los usuarios para la gestión de los servicios.

La formación de grupos para el abordaje comunitario y colectivo de la salud también se encuentra ampliamente extendida: grupos de adultos mayores, de mujeres, de personas con algún problema de salud en común, son frecuentes en servicios del primer nivel de atención donde trabajan MFYC.

La coordinación intersectorial es otra estrategia muy importante que en muchos casos permite compensar carencias de recursos en el sector salud, por ejemplo de profesionales del área social, así como participar de estrategias de desarrollo local donde el salud confluente como un actor más del territorio.



En general, donde el contexto institucional permite un abordaje comunitario, la MFYC está contribuyendo al desarrollo de este enfoque en procesos participativos con la comunidad que incluyen la identificación y priorización de problemas a través de diagnósticos comunitarios participativos, y la puesta en marcha de estrategias y acciones variadas, según las posibilidades, principalmente dentro de la gama reseñada más arriba.



Enlace intra e interdisciplinario y oportunidades para la atención integral

El trabajo del MFYC se relaciona con otras especialidades médicas y con otras disciplinas. En Anexo se presenta la Tabla 2 que intenta una aproximación cuantitativa a esta interacción agrupando las especialidades en tres categorías según frecuencia del contacto (1, 2 y 3).

Debe señalarse que en muchos casos la frecuencia de interacción está dada por la integración actual de los equipos del PNA, sin que eso tenga correspondencia con las necesidades o con modelos teóricos de trabajo en equipo. En este sentido, especialidades o disciplinas con las que se requeriría contacto frecuente pero que no siempre se logra por falta de disponibilidad o de organización adecuada son: psiquiatría, oftalmología, fisiatría, geriatría y medicina interna.

Señale la constitución del grupo multidisciplinario de trabajo vinculado a otros técnicos.

En el primer nivel de atención del SNIS es relativamente frecuente encontrar los siguientes técnicos y profesionales integrando los equipos: auxiliares de enfermería, licenciados en psicología, nutrición u obstetricia. Menos frecuentemente hay licenciados en trabajo social. Auxiliares de farmacia y técnicos en registros médicos se encuentran con frecuencia intermedia tal vez.

Los licenciados en enfermería, cuando están presentes en el primer nivel suele ser a tiempo parcial y en tareas de gestión. En las escasas experiencias en que se cuenta con licenciados de enfermería en tarea asistencial, con interacción clínica y comunitaria, la experiencia es muy satisfactoria para los mfyc. Es de destacar que la enfermería cuenta con especialización en salud familiar y comunitaria y que lo deseable es que los licenciados que trabajen en el primer nivel cuenten con formación específica y vocación para este tipo de trabajo.

Otros funcionarios integrantes del equipo de salud aunque no participan en tarea asistencial directa son muy importantes para el proceso de atención: conserjes, auxiliares de limpieza, choferes, recepcionistas.

Otras actividades de la especialidad más allá de los servicios habituales.

Además de las actividades mencionadas, vinculadas a la actividad asistencial habitual, cabe mencionar otras numerosas de las cuales también se ocupa la MFYC, a veces en forma exclusiva, otras liderando, otras como parte de un equipo multidisciplinario o multiprofesional. Entre ellas se destacan: participación en mesas y redes intersectoriales, diagnóstico participativo de salud comunitaria, formación y acompañamiento de agentes comunitarios de salud, coordinación de grupos terapéuticos, participación en espacios de comunicación comunitaria (radios comunitarias, periódicos locales). Otras son relacionadas al abordaje familiar (aproximación terapéutica, orientación familiar). También actividades de gestión en servicios del primer nivel de atención integrada a la práctica habitual del MFYC (además de situaciones en las que el MFYC desempeña un cargo de gestión), coordinación interinstitucional para el desarrollo del primer nivel, referencia territorial para la atención de



algunas situaciones como la recepción de pacientes desde el segundo nivel, violencia doméstica, atención a poblaciones vulnerables o cuidados paliativos.

Otras actividades clínicas menos generalizadas que se pueden encontrar son: la atención en servicios de urgencia en el primer nivel de atención, cuidados paliativos en domicilio, atención a personas transexuales, atención integral a trabajadores sexuales, atención a personas que viven con VIH.

También es importante la actividad académica, incluida la investigación, el desarrollo profesional continuo y la docencia. En docencia se destaca la gran participación que tiene en Uruguay la mfyc en la formación de grado a partir del Plan de Estudios 2008 de la Carrera de Medicina. Se recibe en el territorio y en los servicios de salud del primer nivel de atención a estudiantes de casi todos los ciclos, desde el primer año, para su formación en salud comunitaria, habilidades clínicas y MFYC

Fronteras de la especialidad

La especialidad asiste en forma casi constante a la ampliación de competencias por aumento de los recursos tecnológicos disponibles en el primer nivel. En Uruguay además se ha dado la participación creciente en diferentes procesos de atención a la salud producto de un mayor involucramiento del SNIS con las necesidades de la población (Interrupción voluntaria del Embarazo (IVE), cuidados paliativos, atención integral a personas de la comunidad Lesbianas, Gays, Trans, Intersexuales, Bisexual (LGTIB)).

La participación activa del MFYC en algunos procedimientos ocurre de forma variable en diferentes instituciones y servicios. Tal vez existe acá una frontera en el sentido de que se trata de un espacio compartido donde la MFYC, en función de la formación y competencia de sus profesionales puede asumir un papel protagónico no siempre reconocido en el marco institucional. Ejemplo de estos procedimientos o procesos son: inserción de Dispositivo Intrauterino (DIU), atención a la IVE, infiltraciones osteoarticulares, tonometría ocular.

La participación del MFYC como médico asistencial en segundo y tercer nivel es motivo de reflexión y análisis a nivel mundial en este momento. Se valora positivamente la perspectiva integradora que puede aportar a los equipos del segundo y tercer nivel la participación de la MFYC, así como su capacidad para garantizar la referencia y el enlace con el primer nivel luego del alta. Del mismo modo, la atención del parto de bajo riesgo es realizada por mfyc en varios países. En Canadá la obstetricia cuenta con activa participación de mfyc también en el segundo nivel. En Uruguay es un asunto que no se ha debatido, pero en los orígenes de la mfyc la experiencia de Hugo Dibarboure es muy rica y contribuye a mostrar las posibilidades



que ofrece la integración de la atención del parto como parte de la atención longitudinal de personas y familias.

Cuando surgen conflictos, la mayoría ocurre por el desconocimiento o falta de reconocimiento a la formación de los MFYC, o por la dificultad en visualizar la sinergia del trabajo en equipo entre diferentes especialidades.

En Uruguay también existe muy poco conocimiento por el colectivo médico y sanitario en general sobre los sistemas de salud exitosos basados en la estrategia APS.

En el caso de la atención a niños y niñas, en la práctica cotidiana en los ámbitos de trabajo, son infrecuentes los conflictos y se logra el trabajo articulado entre pediatras y mfyc sin dificultades. No obstante, existe un discurso latente, que por momentos aumenta su intensidad, que valora negativamente que los mfyc atiendan niños.

En la atención de adultos mayores existe un espacio de trabajo compartido con la geriatría. No se han establecido conflictos explícitos. La visión que ubica al geriatra como médico de referencia de los equipos de salud del primer nivel de atención resulta la más adecuada para la integración de la mfyc y la geriatría en un marco de organización asistencial óptima.

Otro asunto conflictivo es la especificidad requerida para el trabajo en el PNA y para ocupar cargos médicos en el PNA.

Entre las especialidades médicas, la que tiene como especificidad la práctica en el primer nivel, es la mfyc. La complejidad y diversidad de los problemas de salud que se presentan, así como el cuidado de la salud con abordaje familiar y comunitario requiere profesionales formados específicamente para una práctica de calidad. Actualmente no es una exigencia el título de especialista en mfyc para asumir cargos médicos en el PNA. SUMEFAC ya ha planteado en el MSP y en ASSE este asunto como reivindicación y como hecho deseable, solicitando que los nuevos ingresos de médicos para atención integral en el primer nivel de atención sean llamados como cargos de MFYC.

Servicios de alta calidad

Un servicio del primer nivel con alta calidad se caracteriza por presentar los atributos de la APS definidos en Alma Ata y operacionalizados por Barbara Starfield en el Primary Care Assessment Tool²¹ (accesibilidad, longitudinalidad, continuidad, integralidad). El servicio debe estar disponible para la resolución de los problemas de salud frecuentes siempre que las personas lo necesiten, con horario amplio, con capacidad de responder a la demanda en forma oportuna. Starfield dice: “el acceso a la atención primaria (primer nivel) debe ser universal y no necesariamente ligado a

21 STARFIELD B. ATENCIÓN PRIMARIA. BARCELONA: MASSON SA-FUNDACIÓ JORDI GOL I GURINA; 2001.



necesidad/urgencia, puesto que no es posible exigir a los pacientes la valoración de su situación antes de buscar la atención médica”.

Además, un servicio de calidad debe realizar un abordaje familiar, trabajar con enfoque comunitario e idoneidad cultural.

Además de estas características del proceso de atención en el servicio de salud, un servicio de calidad debe contar con infraestructura y equipamiento que permita el desarrollo de las funciones, las actividades y los procesos.

Es deseable que un servicio participe de un programa académico, sea de carácter docente o no, lo cual contribuirá a la calidad a través de la formación continua de su equipo (capacitación en ejercicio, cursos, investigación, docencia, etc.) y que pueda dar cuenta a la integración de los principios éticos en la práctica.

Indicadores vinculados a la especialidad

En el primer nivel de atención, particularmente en los sistemas de salud donde es jerarquizada la atención de las personas fuera del hospital, la asignación de población a profesionales del primer nivel o a equipos con base territorial constituye un indicador muy importante. El número de usuarios asignado o referido a cada especialista de mfyc es uno de los parámetros de gestión más relevantes.

Otro indicador de importancia, que al igual que el anterior también es motivo de debate y controversias, es el número de pacientes por hora, o dicho de otro modo, el tiempo por paciente en la consulta. Los parámetros aplicados en gestión son variables y oscilan entre 8 y 30 minutos en diferentes países e instituciones.

Luego existen indicadores de productividad, por ejemplo: Número de consultas por grupos de edad (niños, adolescentes, adultos, adultos mayores), Número de atenciones domiciliarias por unidad de tiempo, Número de consultas por género y vinculadas a la SSYR, Número de consultas espontáneas y programadas, entre otros.

La resolutivez del primer nivel de atención no es fácil de resumir en indicadores por varios motivos. Por una parte, las características de los problemas de salud propios del primer nivel, con alto grado de incertidumbre, estadios iniciales de diversas patologías, problemas de salud que no constituyen enfermedades, etc., que requieren acompañamiento como única medida, en un proceso en el cual es difícil medir tanto las intervenciones como los resultados. Por otra parte, en problemas en los cuales sería más objetivable la resolución, el resultado suele estar condicionado por los recursos e infraestructura disponibles o dispuestos por el sistema o la institución, lo cual en muchos casos no va en favor de la resolutivez. Por ejemplo: existen limitaciones para indicación de ciertos estudios paraclínicos o ciertos fármacos en el



primer nivel, lo cual obliga en muchos casos a la interconsulta con especialistas focales sólo con esta finalidad.

Algunos indicadores como el porcentaje de interconsultas, derivaciones a servicios de urgencia o internaciones podrían ser de utilidad para evaluar la resolutivez en situaciones en las cuales exista un conocimiento objetivado de los recursos del sistema.

Otros indicadores de utilidad son los relacionados a ciertas indicaciones o prácticas preventivas o terapéuticas, por ejemplo: número mujeres de 20 a 65 años en la población asignada, con PAP actualizado, porcentaje de la población con indicación de BZD o porcentaje de las consultas de niños menores de 5 años con indicación de antibióticos.

Una herramienta muy sólida para la evaluación del primer nivel de atención es el Primary Care Assessment Tool (PCAT) antes mencionado. El PCAT permite elaborar scores para cada uno de los atributos de la APS así como un score general.



Educación y formación a nivel de posgrado

En el año 1997 tiene lugar el inicio de la Residencia de medicina familiar y comunitaria en el Uruguay con cuatro cargos concursados y ocupados. El Departamento de MFYC cuenta con 15 UDA ubicadas en nueve Departamentos (Canelones 3, Colonia 1, Florida 2, Maldonado 1, Montevideo 4, Paysandú 1, Salto 1, San José 1, Tacuarembó 1).

En nueve de estas UDA se cuenta con docentes Grado 3 o 4 a cargo de la Unidad. Esta estructura permitió fortalecer el soporte académico de la formación de posgrado que desde el inicio de la residencia se caracterizó por una fuerte descentralización y participación del medio rural.

El posgrado de MFYC cuenta desde su origen con la figura del tutor, quien cumple un papel relevante en la formación de los especialistas. Se trata de un médico o médica en ejercicio de la especialidad en un cargo asistencial de servicio público estatal o no estatal. Las últimas tres generaciones de ingreso (2015, 2016 y 2017) totalizan 53 posgrados-residentes vinculados con 42 tutores. De éstos, 14 son docentes de la Fmed y 28 no tienen cargo docente. Treinta y tres de los tutores se desempeñan en un área urbana y ocho en zonas rurales.

En el Departamento de MFYC (datos de 2017) el número total de cargos docentes asciende a 61, distribuidos en las diferentes unidades docentes asistenciales. De estos 61 cargos 24 son interinos y 36 titulares. La plantilla docente se integra por un cargo de profesor titular grado 5, tres cargos de profesores agregados grado 4, 10 cargos profesores adjuntos grado 3 y 47 cargos de asistentes grado 2. El número total de horas correspondiente a estos docentes es de 1167. No se incluye en estas cifras a los docentes de la unidad Aprendizaje en Territorio, que dependen del Departamento de MFYC pero funcionan exclusivamente para este ciclo del primer año de la Carrera.

La docencia directa de estudiantes de grado ocupa gran parte de la carga horaria, particularmente de los asistentes. Muchos de estos cargos se han generado en el marco del Programa UDA. Tanto éstos como los cargos titulares, genuinos de Fmed, tienen una carga importante de actividad asistencial en servicios de ASSE.

Desarrollo profesional continuo

Se considera que aún es insuficiente. Actualmente hay numerosas actividades disponibles para la formación continua ofrecidas desde SUMEFAC, el Departamento de MFYC, ASSE, el MSP, y Sociedades Científicas de otras especialidades y disciplinas que tratan asuntos de interés común, y se podrían aprovechar mejor.

SUMEFAC cuenta con un grupo de Desarrollo Profesional Continuo integrado durante el período de este estudio por seis asociados que realizan las tareas de planificación y gestión. Este número se incrementa para diferentes actividades con quienes se vinculan en el rol de docentes para cada actividad.



Desde el año 2015 se cuenta con una Comisión de Pasantías integrada por SUMEFAC (2), el Departamento de MFYC (2), y la Asociación de Residentes y posgrados de MFYC (ARPMFYCU) (2). Este grupo cumple también una función importante en la formación de Recursos Humanos (RRHH) a través de la coordinación de pasantías en y desde el exterior para profesionales y residentes de mfyc. Especialidad y directrices nacionales. ¿Existen guías clínicas, protocolos y pautas a nivel nacional de su especialidad? De haberlas señalar **sobre qué temas**.

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 un cargo ejercido en el primer nivel atención, con actividad en policlínica, domicilio y comunitaria. Esta carga horaria debe incluir horas protegidas para desarrollo profesional continuo. Esta carga pretende contemplar al mismo tiempo la exigencia de la especialidad, particularmente la presencia sostenida en el lugar de atención, y al mismo tiempo, la calidad de vida del especialista.

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

Si la carga laboral se midiera por número de pacientes o número de familias asignadas, esto debe variar según la zona urbana o rural, la vulnerabilidad de la población y los recursos del servicio de salud longitudinal y continua de la población por un mismo equipo y protege a los profesionales de la sobrecarga.

En cuanto a la organización del trabajo, resulta de interés explorar la modalidad de organización de la especialidad en base a grupos médicos (dos o más MFYC que comparten población y territorio) y no a profesionales individuales.

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 un estándar de 1500 usuarios por cada médico de familia y comunidad²². Existen trazadores de complejidad que pueden aumentar el número de médicos especialistas necesarios como por ejemplo: número de centros educativos, número de asentamientos en el territorio.

En el área rural el número de MFYC necesarios debe tomar en cuenta las características del territorio y su urbanización. En este caso puede ser necesario un MFYC para un número de habitantes menor que el estándar, pudiendo ser 500 o menos.

En Uruguay, por la característica del SNIS, no siempre es posible atender a todos los integrantes de la familia por un mismo MFYC (situación ideal para el abordaje familiar) ya que puede ocurrir que diferentes integrantes tengan diferente cobertura institucional. Por este

22 Sosa A, Jones JM. Plan de Territorialización de la RAP Metropolitana. Montevideo: ASSE, 2015.



motivo, se opta por establecer estándares en función de número de usuarios y no en función de número de familias.

Perspectivas a futuro de la necesidad de especialistas.

Los sistemas de salud con mejores resultados son aquellos que se basan en el primer nivel de atención y orientan sus servicios según los principios de la APS^{23 24}. Estos países tienen políticas de recursos humanos por las cuales el número de especialistas de MFYC es el 50% del total. En Uruguay el total de médicos es aproximadamente 14.000. Tomando en cuenta que el SNIS adoptó a la APS y el PNA como bases para su funcionamiento, de acuerdo a la evidencia internacional, se debería aspirar a contar con 7000 especialistas en MFYC.

Se ha estimado que un mínimo necesario sería 3000, para una población de 3.300.000 habitantes²⁵, lo cual da una cifra promedio de 1.100 habitantes por MFYC si todos trabajaran en labor asistencial, pero como se ha visto, la inserción laboral de la especialidad excede el campo clínico, por lo cual, con 3000 especialistas la población por médico podría alcanzar a 1200 o 1400 si el porcentaje de especialistas en labor no clínica fuera del 10 o 20% respectivamente.

Tres mil es una meta razonable y mínima para alcanzar el desarrollo del SNIS en los términos que fue definido.

Actualmente no existe una política de formación de RRHH, más allá de una sostenida oferta elevada de cargos de residencia, pero que resulta totalmente insuficiente para esta meta. Pero esto se ve agravado por la reiterada escasez de aspirantes con la acumulación de cargos de mfyc vacantes en los últimos concursos de la Residencia.

Se requieren estrategias de estímulo para el ingreso a la residencia, así como otras formas complementarias y alternativas para el incremento de los especialistas. Se ha de explorar caminos que permitan el incremento de la formación por vía de la residencia, y al mismo tiempo habilitar oportunidades de acceso a la especialidad a los médicos generales, no especialistas, que se desempeñan en el primer nivel de atención.

Actualmente se cuenta con recursos académicos con buena distribución territorial como para pensar en un plan nacional que permita avanzar en este sentido y dar un salto cuantitativo y cualitativo a mediano plazo.

Un posible plan organizativo de base semanal

La estructura del cargo de mfyc de ASSE de 30 horas semanales distribuye 20 horas para asistencia en policlínica y 10 horas para actividad comunitaria, incluidas las visitas domiciliarias. Según resolución de SUMEFAC de julio 2014, para el cargo de alta dedicación

23 Starfield B, Shi L. Health Policy 2002; 60:201-18.

24 Macinko J et al. Health Serv Res 2003; 38:831-65.

25 Ponzo J. Orígenes y posibilidades de desarrollo de la medicina familiar y comunitaria en Uruguay. Medwave 2013;13(1): doi10.5867. En: <http://www.medwave.cl/medios/medwave/Enero-febrero2013/PDF/medwave.2013.01.5615.pdf>



la distribución que se estableció en un contexto de inicio de los CAD en instituciones que tenían un grado variable de desarrollo del modelo comunitario, fue la siguiente:

Cargo de 40 horas semanales: Policlínica: 22, Atención en Domicilio 8, Guardia en urgencia-emergencia, hasta 6, Horas académicas: 2, Comunitaria: no menos de 2

Cargo de 48 horas semanales: Policlínica 24, Domicilio 8, Guardia en urgencia-emergencia: hasta 12, Académicas 2, Comunitarias, no menos de 2.

El tema es motivo de trabajo y negociaciones continuas.

Consideraciones finales

Parece necesario concretar algunos pasos que vinculen las definiciones del SNIS con hechos certeros que promuevan el desarrollo del PNA. La estrategia de RRHH es un aspecto clave de este asunto. La profesionalización del primer nivel de atención, en el sentido de dotarlo con los especialistas adecuados para atender las necesidades de la población en su contexto comunitario se presenta como un horizonte lejano pero necesario.

Recomendaciones para los gestores sanitarios que definen políticas vinculadas a la medicina familiar y comunitaria

Se debe evolucionar a que la especialidad en mfyc sea un requisito exigido para la actuación como médico en el primer nivel de atención a cargo de territorio y población definida. Esto redundará en mayor calidad de los servicios de salud y en el desarrollo efectivo del primer nivel de atención.

Es necesario desarrollar planes y estimular a los médicos generales que trabajan en el PNA para que accedan a procesos de reperfilamiento que les permita obtener el título de mfyc. Es posible utilizar mecanismos del SNIS del tipo “metas” que permitirían impulsar políticas en este sentido, e incluso financiarlas, promoviendo el involucramiento de todos los efectores del SNIS.

Establecer mecanismos de compensación a través del reconocimiento en carrera funcional y mejoras económicas acompañadas con ello, para los médicos que se integren a la formación para el acceso a la especialidad puede ser una alternativa.

El diseño de nuevas formas de organización del trabajo que contemplen la calidad de vida de los especialistas, incluyan una retribución acorde a la tarea, y favorezcan el trabajo en grupo y en equipo debería ser tomado en cuenta en una gran matriz de reestructura y desarrollo del primer nivel de atención a nivel nacional en el marco del SNIS.



Anexos
Tabla 1: Organización del Servicio y Patrones de Referencia
Especialidad: Medicina familiar y comunitaria

Nivel de atención	% de actividad de la especialidad *	Actividad ilustrativa
Primer nivel	95%	Consulta en policlínica (programada y espontánea) Atención domiciliaria Cuidados paliativos en domicilio Atención a la Urgencia Gestión del servicio de salud Actividades de Promoción de Salud Trabajo en redes comunitarias interinstitucionales
Segundo nivel	4,8%	Integración de equipos especializados (por ejemplo equipos de Violencia Familiar, Cuidados Paliativos) Consulta de urgencia y emergencia Integración de comités de farmacia Visita a pacientes internados e interacción con equipos del segundo nivel
Tercer nivel	0,20%	Visitas de seguimiento a pacientes ingresados
Comentarios	<p>El mfycc tiene inserción laboral en otras partes del sistema de salud, no solamente en el área asistencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cargos de Gestión: en instituciones públicas y privadas. Cada vez más se produce la inserción de especialistas de mfycc en cargos de gestión a distinto nivel • Docencia: mfycc desarrolla labor docente en la formación de posgrados, pero también tiene un papel protagónico en la formación de grado, particularmente a partir del Plan de Estudios 2008 de la Facultad de Medicina, UDELAR. • Servicio de Urgencia (generalmente una carga horaria menor, como parte de un cargo de alta dedicación que destina la mayor parte de las horas al pna) • Investigación: en el ámbito universitario se van consolidando progresivamente espacios laborales destinados a la investigación. • Además de estos ámbitos que definen el perfil de la especialidad y en los cuales es aceptable e incluso deseable el desempeño de los especialistas, existen otros ámbitos menos propicios. Hay especialistas que trabajan en la emergencia médica pre-hospitalaria en cargos que no son adecuados para la práctica de la especialidad, pero constituyen un espacio relevante en términos de oferta laboral y retributiva, que capta particularmente a los especialistas más jóvenes en etapas iniciales de su carrera, o egresados de la residencia que aún carecen del título de posgrado. 	

* Valor estimado, siendo el 100% el total de la carga asistencial del trabajo de la especialidad



Tabla 2: Refiere al ítem 4 punto 1: Interacción con otras especialidades.

Defina en cada especialidad el concepto de muy frecuente, frecuente y poco frecuente, utilizando % de pacientes en los que estima se interactúa con la otra especialidad. Ejemplo para Medicina Intensiva se considera muy frecuente mayor o igual al 15%, frecuente entre 3 y 15% y poco frecuente 3% o menor

Interacción: Muy frecuente=1; Frecuente=2; Poco frecuente=3

Especialidad	Interacción	% de sus pacientes que interactúa con la especialidad	observaciones
Anestesiología	3		
Cardiología	2		
Cirugía General	2		
Cirugía pediátrica	3		
Cirugía Plástica y Reparadora	3		
Cirugía Torácica	3		
Cirugía Vasculat	3		
Cuidados intensivos de niños	3		
Dermatología	2		
Endocrinología y Metabolismo	2		
Enfermedades infecciosas	2		
Gastroenterología	3		
Geriatría	3		
Ginecotología	1		
Hematología	3		
Hemoterapia	3		
Imagenología	1		
Medicina Familiar	referencia		
Medicina Intensiva	3		
Medicina Interna	2		
Nefrología	2		
Neonatología	3		
Neumología	3		
Neurocirugía	3		
Neurología	3		
Neuropediatría	3		
oftalmología	2		
Oncología Médica	2		
Pediatría	1		
Psiquiatría	1		
Psiquiatría pediátrica	3		
Rehabilitación y Medicina Física	2		
Reumatología	3		
Traumatología	2		
Urología	3		



“Factores de Prevención en Salud”

Autores: Jonatan Jorge Lombardo Zapata, Daiana Solange Lening, Marta Corina Monello

Resumen

El personal de la salud comprende a todas las personas que realizan tareas que tienen como finalidad promover la salud; siendo todos aquellos que, de manera directa o indirecta (auxiliares, asistentes, administrativos, y diversos colaboradores externos), hacen a la calidad que pueda brindarse en la atención sanitaria, como también a las fallas organizacionales, irregularidades, negligencias, pudiendo caer en mala praxis administrativas, con las consecuencias negativas para el paciente y el personal de la salud. Surge así la importancia del trabajo en equipo, ya que además de la labor puramente médica existen actos extra médicos y paramédicos, destinados a preparar al enfermo para recibir el acto médico, participando incluso familiares del enfermo. Se propone que la capacitación y la formación se extiendan a todo el personal de la salud, puesto que la prevención para evitar daños futuros, es obrando de buena fe y aplicando la previsibilidad necesaria. Trabajar en equipo habilita la interdisciplina, la cual requiere discusión y reflexión productiva, resultado un nuevo saber enriquecido posibilitando tomar decisiones consensuadas, abordar problemas con menor incertidumbre y mayor posibilidad de pericia e idoneidad.

Palabras clave: *Personal de la salud, atención, irregularidades, negligencias, trabajo en equipo, capacitación, formación, prevención, interdisciplina, proceso salud-enfermedad, profesionalismo, Profesionalización, humanizar, área clínica, medio ambiente, factor socio familiar, historia clínica.*



Introducción

Así como la formación y capacitación, son factores necesarios para la prevención en cualquiera de sus niveles, incluso para la prevención del daño posible debido al accionar médico, ya sea por exceso u omisión, el “profesionalismo” remite entre otras cosas, a humanizar la profesión, revalorizando la evaluación integral de la salud de la persona, representada como una pirámide triangular, constituyendo sus caras tres factores fundamentales: el Área Clínica, el Factor Medio Ambiental y el Factor Socio Familiar. La base de esta pirámide la constituyen la Historia Clínica, la relación Médico-Paciente y el Trabajo Interdisciplinario. La evaluación exhaustiva de los tres factores mencionados, tomándose el tiempo necesario para su exploración, con atenta escucha, registrando la totalidad de la información recabada en la historia clínica, generando una comunicación fluida a partir del establecimiento de una relación de mutua confianza paciente- médico, dándose todo esto como parte de la labor interdisciplinaria, disminuiría el riesgo de cometer negligencia, efectuándose de esta manera una prevención del daño posible no acontecido por la evolución natural de un padecimiento, resguardándose no solo la salud de quien consulta, sino también a los profesionales intervinientes y a la institución donde se realiza la práctica profesional.

Cuando se transita por diversas dependencias de salud (Sociales, Prepagas, Clínicas generales, psiquiátricas, hospitales de día, centros de rehabilitación, etc.) ya sea para realizar gestiones propias de la actividad profesional o por trámites de índole personal, se es testigo y víctima del maltrato de empleados y profesionales, escuchando argumentos ridículos hasta para un lego, cumpliendo con documentación arbitraria cuya única finalidad es dilatar el otorgamiento de un servicio con la consecuente erogación económica, todo lo cual coloca en zona de riesgo la Salud de la persona, incluso la vida, vulnerándose así Derechos incuestionables a la Vida, a la Salud, al Trato Digno, atentando contra el bienestar general de la persona incluso la muerte digna.

Es común que las personas se enfrenten a situaciones límites en momentos en los que solo deberían velar por su integridad o la del familiar, sumado a la falta de información respecto tanto a sus derechos como a los procedimientos más adecuados a la situación; situaciones que derivan del mal accionar del profesional de la salud (médicos, especialistas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, etc...) y que devienen en la intervención del abogado, registrándose un gran caudal de reclamos hacia profesionales e instituciones, agregándose un motivo más de stress, insumo de tiempo y costo económico no previsto.

Al respecto cita Héctor Mario Lavalle y Luis A. Rodríguez Saiach, “...Uno de cada cinco médicos es víctima de una demanda por responsabilidad profesional” (Lavalle y Rodríguez Saiach, 2008 pág. 83)

Es por esto que buscando como mejorar tal estado de cosas, es inevitable no pensar en la **función preventiva**, la que se impone como una herramienta más a la hora de evaluar la



precisión de un diagnóstico médico, observando la coherencia de las acciones implementadas en consecuencia, permitiendo además analizar la pertinencia de conductas y recomendaciones a futuro; todo esto tendiente a garantizar el Derecho a la Salud, entendiendo por tal “el completo bienestar físico, mental y social” en sentido amplio, según la Organización Mundial de la Salud, superando así el sentido limitado que lo reduce a la mera ausencia de enfermedades, al decir de G. Peyrano, (2007, p 9.)

La función preventiva nos sólo resguarda el Derecho a la Salud, sino que también preserva a todos los actores intervinientes a la hora de mantener la salud integral de las personas, así como su bienestar general.

Por todo esto es que se hace necesario repensar la práctica clínica poniendo especial atención en tres factores que, de ser explorados exhaustivamente, pondrían a resguardo tanto a pacientes como al profesional de la Salud, incluso a las Instituciones.

Estos tres factores están constituidos por:

- El Área Clínica
- Factor Socio Familiar
- Factor Medio Ambiental

La indagación de estos factores provee valiosa información que debe ser volcada en la Historia Clínica, recurso este para ser revalorizado en toda su magnitud, retomándose además la relación paciente médico tal como estaba fundada, circulando la información necesaria en uno y otro sentido, generándose así la necesaria relación de Confianza y Respeto, a la vez que se garantiza un trato digno para el paciente, su familia en caso de estar involucrada, por parte de todo el personal de la salud interviniente, teniendo en cuenta que el mismo debe ser recíproco.

Si hablamos de Personal de la salud interviniente, es inevitable pensar en la necesidad del trabajo en Equipo y en la Interdisciplina, porque cuando la persona se enferma, lo hace de manera integral, afectando incluso a la familia. Esto es válido tanto para la práctica privada como pública.

Hablar de “Profesionalismo así como de Profesionalización”, remiten a humanizar nuevamente la profesión, revalorizando, la evaluación integral de la salud de la persona, el intercambio de conocimiento, de información, así como la formación continua de los profesionales de la Salud y de todos aquellos que conforman el Equipo de Trabajo, lo que sumado a lo ya expuesto, disminuye la probabilidad de un posible daño.

El trabajo del personal de la Salud y su relación con la función preventiva.

El personal sanitario comprende a “todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud” (Informe de la OMS, sobre la salud en el mundo 2006). Partimos de considerar que el acto médico se ejerce sobre una persona o grupo, y la plena legitimación para el ejercicio de hecho de la actividad galénica está supeditada a la previa habitación por parte de la autoridad administrativa, lo que se hace efectivo con la



concesión de la matrícula, de acuerdo con las normas vigentes en nuestro país. Ahora bien, cuando hablamos de personal sanitario hay que poder dejar de lado el concepto que solo personal de salud es un doctor, licenciado, o técnico, sino también a todos aquellos que, de manera directa o indirecta en sector público o privado, intervenga para promover la salud.

Este concepto de fundamental importancia hace a que se entienda que desde los auxiliares, asistentes, administrativos, y diversos colaboradores de salud, hacen a la calidad que pueda brindarse en la atención al paciente y familiares, como asimismo a las fallas organizacionales, irregularidades empresariales, negligencias, cayendo en el presente en mala praxis administrativas por incompetencias al no evaluarse los costos y beneficios, y negarse a la realidad del concepto que hace al derecho de salud. En Alemania se desarrolló el principio de división de trabajo (Das Prinzip der Arbeitsteilung) tratando de dilucidar las cuestiones relativas a esta problemática: qué funciones desempeña cada uno de los intervinientes; cómo es su contribución en el desarrollo y cumplimiento del trabajo en común, y de qué forma se debe tratar jurídicamente las relaciones personales organizadas en el régimen de trabajo en equipo (Wilhelm, Dorothee, Probleme der medizinischen Arbeitsteilung aus strafrechtliche Sicht, en Medr, 1983-Heft, 2).

Siendo en este tema de suma interés lo expresado por el Dr Marco Antonio Terragni en su libro “El delito culposo en la praxis médica” donde manifiesta en relación con el trabajo en equipo que además de la labor puramente médica también existen una cantidad de actos extramédicos y paramédicos; a veces propios de la hospitalización de los pacientes (con las consiguientes exigencias de higiene y seguridad) como también trabajos destinados a preparar al enfermo para que reciba el acto médico. Algunas de las tareas las realizan incluso personas ajenas a la incumbencia profesional, como pueden ser los familiares del enfermo o personas que le son directamente extrañas, pero que colaboran circunstancialmente.

Ahora bien, una buena organización propicia que el médico se concentre en sus propias tareas: las que le son específicas y para las que tienen cualidades, así como que lo haga en el momento oportuno. Si no fuese así, y tuviera que estar atento a todo lo que hacen los demás, podría cometer un yerro en sus labores propias, perjudicando así al paciente, tal como ocurre en múltiples casos actuales. -

No se puede dejar de expresar que la coordinación defectuosa perjudica la tarea en su conjunto, dificultando la adopción de medidas individuales armonizadas en orden al tiempo, al lugar y al objeto, de forma tal que se transforman en fuentes de errores debido a ausencia, tardanza, superposición o interpretaciones equivocadas.

Como puede observarse la vinculación con el personal sanitario a la hora de realizar prevención es totalmente posible si se cumplieran con las normas jurídicas vigentes, con una real aplicación de la ley del paciente, ya que a la hora de poder realizar una buena tarea también se entiende que debe cumplirse con disposiciones no solo jurídicas, sino las administrativas, contables y las emanadas por el Ministerio de Salud, que brindan



herramientas fundamentales para un positivo funcionamiento a la hora de realizar prevención real y concreta.-

Como centro de idea, el tema se propone la reeducación de todo el personal de salud, puesto que a modo ejemplificativo, la manera de realizar la prevención y evitar así daños futuros sin dejar de desconocer la acción que hoy trae el nuevo código, es obrando no solo de buena fe sino también aplicando la previsibilidad necesaria.

Es decir, si tenemos en la administración a un personal con la capacitación necesaria el mismo podrá, mediante el conocido triage, (palabra francesa que significa clasificar, seleccionar o elegir), seleccionar a las personas a partir de su necesidad para recibir tratamiento médico y el mismo tendrá, al recibir al paciente, tiempo ganado y no perdido (sobre todo en las guardias, emergencias o en urgencias).

Asimismo, es necesario considerara al personal de limpieza, quienes cumplen una función importante a la hora de la higiene y seguridad y muchas veces no cuentan con herramientas o insumos necesarios para realizar apropiadamente sus tareas, lo cual lleva a poner en peligro a los enfermos, pacientes, familiares y a los mismos profesionales de los establecimientos sanitarios. -

Sin dejar de mencionar que a la hora de las derivaciones también encontramos que no se tiene en cuenta la prevención, ya que muchas veces el paciente queda a la deriva, o por horas interminables a la espera de traslados, sin los profesionales y el personal administrativo necesario, siendo conscientes de la responsabilidad y deber que tienen cuando una persona está quedando sin su atención requerida; como también a la hora de obtener autorizaciones para realizar análisis o estudios complementarios, complejos que solo perjudican y dañan a la persona en su salud tanto física, psíquica y moral, con una burocracia que en numerosos casos son resueltos tristemente cuando es demasiado tarde.

La salud integral de las personas

Hablar de la salud integral de las personas, hace mención a una relación armónica del hombre consigo mismo en su dimensión morfológica, tanto como fisiológica, psíquica y espiritual, pero también se refiere al equilibrio en su relación con el medio dentro del cual se desarrolla, ya sea su grupo familiar, su ambiente laboral, la comunidad política o el ecosistema del que forma parte, al decir de Juan Carlos Lapalma. Pensar el derecho a la salud desde este criterio, implica la facultad que la persona posee de requerir una respuesta sanitaria tanto a nivel preventivo como asistencial en el caso de que se encuentre afectada o en peligro su salud (Peyrano et al., 2007). Por otra parte es innegable la relación de la salud con la cultura, con lo económico y lo social, constituyendo un verdadero valor social.-

Una pirámide de tres caras



A la hora de evaluar el estado de salud de la persona, es necesario tener en cuenta tres factores fundamentales, pilares de la salud integral, que, de considerarse en la evaluación la que también debe ser integral, disminuiría el riesgo de cometer negligencia, impericia, imprudencia; efectuándose de esta manera una prevención del daño posible no acontecido por la evolución natural de un padecimiento, resguardándose así no solo la salud de quien consulta, sino también a los profesionales intervinientes, incluso a la institución si la práctica profesional se da dentro de un establecimiento sanitario público o privado. El proceso que da lugar al acto médico puede ser graficado a través de una pirámide triangular, en la que cada una de las caras representa un factor a ser investigado en la evaluación de la Salud integral de la persona.

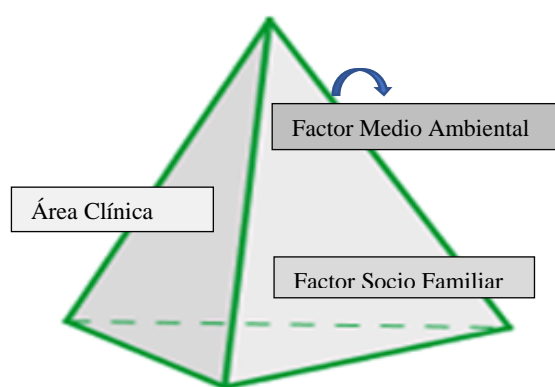


Figura 1: Factores fundamentales en la investigación de la Salud integral

Estos tres factores son interdependientes e inclusivos: 1) Área Clínica; 2) Factor Socio Familiar; y 3) Factor Medio Ambiental. Factores que se interrelacionan de manera tal que, de producirse modificaciones en uno de ellos, habrá repercusiones en los otros dos.-

1. Área Clínica

Desde el primer contacto de la persona con el profesional de la salud, es decir desde que se constituye en paciente, posee “derechos”, mientras que los profesionales adquieren “obligaciones”. Pero a nivel personal ese primer encuentro o “entrevista inicial”, le permite al profesional no solo conocer el motivo de su consulta, expresando el paciente los “signos y síntomas” presentados, sino que fundamentalmente le posibilita establecer una relación de empatía a través de la escucha atenta, el buen trato y el respeto. En segunda instancia el profesional se dedica al “interrogatorio” dirigido a aspectos específicos que desea precisar y que se encuentran basados en la información aportada por el paciente. Se incluye en este interrogatorio la información correspondiente a los otros dos factores: Socio familiar y Medio ambiental.

Luego se procede al “examen físico”, el cual a nivel Clínico incluye los Antecedentes de salud y el examen físico general por sistemas y segmentario.



A partir de la narración del paciente, del interrogatorio científico del profesional, y del examen físico, se infiere un “diagnóstico presuntivo” que le permite orientar la posterior investigación efectuando acciones de mayor especificidad a fin de adquirir certezas que le permitan emitir un “diagnóstico definitivo”. La realización de estudios complementarios debe ser informados al paciente, así como los riesgos que puedan surgir de tales investigaciones; del mismo modo se informa el motivo de interconsultas u otras prácticas solicitadas. A nivel Paraclínico se efectúa la investigación científica tecnológica a través de estudios complementarios, interconsultas, etc. Según la dolencia y/o lo obtenido en el examen general, sumado a los datos de los estudios complementarios, se efectúa el examen físico específico, interviniendo las distintas especialidades médicas de acuerdo a las necesidades.

Todo esto debe ser informado al paciente de manera clara y precisa, debiendo además ser registrado en la Historia Clínica, al igual que sus resultados, del mismo modo, se registrará toda la información que surja durante el proceso de investigación clínica, a partir del primer contacto con el paciente. Cuando las estrategias terapéuticas, rectifican, reducen, alivian al paciente, se procede al alta médica, la que puede ser “por etapas”, hasta el “alta definitiva”.-

2. Factor socio familiar

El factor Socio familiar posee como ejes la familia y el entorno social, siendo sus condiciones y características determinantes en gran medida del bienestar de la persona cuya salud se encuentra afectada y conocer sus particularidades beneficiará la intervención de los profesionales de la salud actuantes, desempeñándose de acuerdo con la *lex Artis*, evitando impericias, previendo complicaciones, absteniéndose de vulnerar algún derecho. La investigación científica acerca de este factor provee pautas referidas al “modelo familiar” al que pertenece la persona, en este caso el usuario. Más allá de las diferencias, siempre existe una organización familiar alrededor de uno de sus miembros a partir del cual se estructuran los distintos roles y funciones de los otros miembros; es lo que se conoce como “nuclearización” de la familia y por otra parte también es conocida la tendencia del ser humano a sentirse atraído por los estímulos de origen social, desde que nace. Los agentes sociales se encuentran determinadas personas (padres, hermanos, otros familiares, los compañeros y amigos, maestros y otros adultos significativos), algunas instituciones (familia, escuela, etc.), los medios de comunicación social (televisión, redes sociales, etc.) y otros instrumentos (libros, juguetes, etc.). La forma en que estos agentes sociales actúan depende de numerosos factores contextuales, como la clase social, el país, la ciudad, la zona geográfica, en que la persona nace y vive, y de determinadas características personales como el sexo, las aptitudes físicas, psicológicas, etc. Se hace obvia la interrelación con el factor Medio ambiental, ya que parte de la información mencionada corresponde a esta dimensión. Explorar la calidad del vínculo establecido con las figuras parentales: disponibilidad, calidad y cantidad, incondicionalidad, exclusividad, coherencia en respuestas, en pautas educativas, etc., es de vital importancia ya que estas experiencias se constituyen en modelo de futuros vínculos y modalidades relacionales. Así como es importante conocer cómo se han instalado



los hábitos sociales y qué sistema de valores sustenta ese grupo social, ya que tal información provee datos que pueden ser relevantes para el diagnóstico como para el establecimiento y cumplimiento posterior del tratamiento indicado.-

3. Factor medio ambiental

Este factor también es considerado un sistema dinámico en el que interactúan el medio físico, el social y el cultural. Incluye el hábitat en que la persona vive, con qué y quién se relaciona, cómo lo hace y con qué finalidad, así como a qué sistema valorativo adhiere lo cual imprimirá características particulares y condiciones, a su relación e intercambio tanto con la naturaleza, como con otras personas y las producciones de esas personas y las propias. Es bien conocido que los factores físicos tanto naturales (calidad del agua, por ejemplo), como los producidos por el hombre (la seguridad de la vivienda, del lugar de trabajo, la comunidad, etc.), constituyen influencias importantes en la salud. Así como el sistema de valores y normas de una sociedad condicionan y determina de diferentes maneras la salud y el bienestar de las personas; una sociedad contenedora, con estabilidad social y económica, con buenas condiciones laborales y un eficiente sistema de seguridad, reduce riesgos potenciales a la buena salud. Los factores de riesgo ambientales, como la contaminación del aire, el agua y el suelo, la exposición a los productos químicos, el cambio climático y la radiación ultravioleta, contribuyen a más de 100 enfermedades o traumatismos. Los factores ambientales que inciden sobre la salud de la persona son clasificados en: Biológicos, Químicos orgánicos e inorgánicos, Físicos mecánicos y no mecánicos, y Psicosociales.

La base de la pirámide

Representados los tres factores a ser investigados como parte del proceso que da lugar al acto médico, a través de las tres caras de una pirámide triangular, es el momento de poner atención a la base de esta pirámide, sobre la que asientan los factores mencionados. Integran la base de la pirámide la Historia Clínica, la relación paciente-médico y el trabajo interdisciplinario. Nuevamente aparece la interrelación de estos tres aspectos y su vinculación con los factores ya descriptos y graficados a través de las caras de la pirámide.

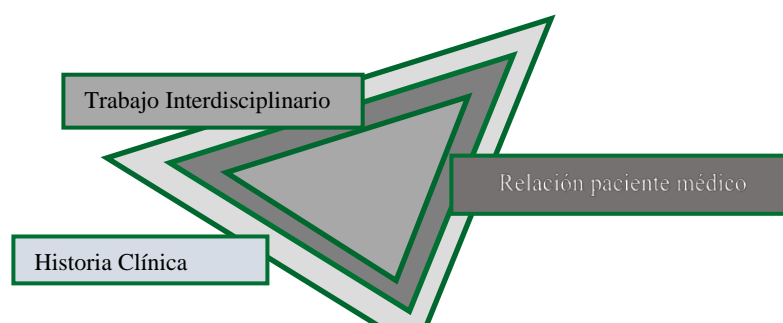


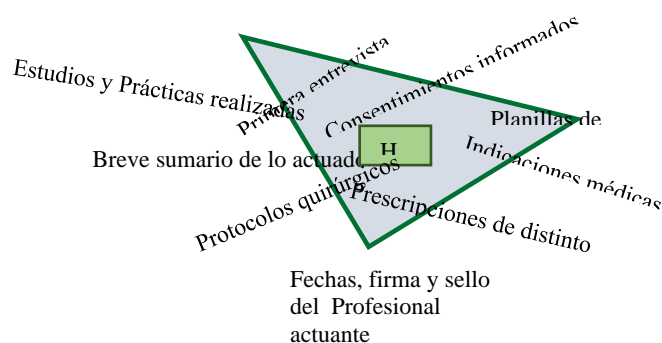
Figura 2: Aspectos considerados en la Base de la investigación de la Salud integral



La historia clínica

Referencia de la HC del Uruguay (LEY)

La historia clínica es tanto un instrumento como un documento en el que se registra de manera sistemática, clara y precisa, a pesar de las posibles limitaciones de tiempo y espacio, todo lo acontecido en la relación que se establece entre el proceso asistencial, el médico y el paciente. Constituye una fuente fundamental de información tanto para el paciente como para los profesionales que intervienen en el proceso asistencial, respetándose así uno de los derechos del paciente; mientras que su conocimiento y lectura permanente durante el proceso asistencial, permite a los profesionales intervinientes tomar las decisiones convenientes a la situación del paciente y su contexto, previendo complicaciones y daños mayores, actuando conforme a la *lex artis* y a la excelencia académica necesaria para proteger la salud y la vida del paciente, garantizándose así el obrar con pericia así como la calidad de la prestación asistencial recibida.



Por otra parte, en la documentación que integra la historia clínica: Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y practicas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve resumen del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante. –

Cabe destacar que, en la actualidad, y en determinadas situaciones, la relación exclusivamente bipersonal, adquiere nuevas dimensiones en tiempo, espacio y cantidad de participantes. De este modo, dicha relación, se realiza en etapas sucesivas de entrevistas parciales, en diferentes lugares, con distintas personas, estableciéndose una relación con el paciente, eventualmente su familia y una institución o un equipo de especialistas.

La regulación de la Historia Clínica se encuentra legislada por la Ley 18335, estableciendo Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios; Promulgada en 2008 y reglamentada por



Decreto 274/10. Asimismo por Decreto 2427/17 se incorporó la Historia Clínica Electrónica, con Ordenanza Ministerial 1085/17.-

La relación paciente médico

La relación que se establece entre el paciente y el médico es una relación basada en la comunicación y la confianza, así como en la disposición para obtener objetivos comunes tal como la prevención de enfermedades, preservación y recuperación de la salud, con rehabilitación y reintegración al núcleo familiar, social y en ocasiones laboral. El encuentro entre el paciente y su médico ha sido muy bien descrito por P. Laín Entralgo en su libro *La relación médico – enfermo*, y es oportuno mencionar algunas características descritas por este autor, ya que no solo ponen en primer plano la calidad de tal relación, sino que permiten visualizar la importancia que ésta posee para los profesionales de la salud a fin de cumplir con los fines de su práctica, evitando daños mayores en el estado de salud de quien los consulta o en su calidad de vida en general.

El autor distingue en esta relación cinco momentos principales: 1. El fundamento de la relación médica, 2. El momento cognoscitivo, 3. El momento operativo, 4. El momento afectivo, 5. El momento ético-religioso

1. **El fundamento de la relación médica.** Esta relación se basa en la situación de alguien que sufre y de alguien que, estando capacitado para ofrecer ayuda, opta por hacerlo.
2. **El momento cognoscitivo de la relación médica.** Desde el inicio de la relación con el enfermo, el médico trata de “conocer a” y “pensar en”; esto es conocer al enfermo y saber “lo que él tiene”, es decir que este conocimiento técnico es aquel que permite arribar al “diagnóstico”. Esta situación cognoscitiva se da, dentro de una relación “cuasi-diádica” entre el médico y el enfermo, dice Laín Entralgo: “Un examen atento de cualquier dolencia, aunque se trate de una neoplasia maligna, descubrirá siempre en su apariencia clínica ingredientes de índole inequívocamente «social», de alguna manera decisivos para que tal enfermedad sea lo que en la vida del enfermo realmente es”.
3. **El momento operativo de la relación médica.** Así como el fundamento y el momento cognoscitivo son inseparables, la actividad terapéutica del médico a la que se refiere el momento operativo tampoco puede ser separada de los momentos anteriores. El médico se encuentra actuando terapéuticamente desde antes de la iniciación de la primera entrevista. Cabe recordar que la actividad terapéutica también es un acto social, ya que la salud del paciente, será tal en la medida que el paciente despliegue satisfactoriamente sus posibilidades dentro del grupo social al que pertenece.
4. **El momento afectivo de la relación médica.** Una relación donde se pone en juego no solo la vocación del médico, sino sus conocimientos, sus valores, y los intereses vitales del paciente, no será en ningún modo una relación indiferente o afectivamente neutra; cada uno aporta lo suyo, ya sea a nivel de la acción como del sentimiento.



El trabajo interdisciplinario

Al decir el Dr. C. A. Ghersi, jurista argentino, ciertas actividades en cualquier área de trabajo que necesitan ser realizadas por un conjunto de personas que deben de alguna manera coordinar sus actividades y esto puede ser realizado en momentos simultáneos o sucesivos y en este sentido adquieren el nombre de trabajo en colectivo (Ghersi, Weingarten, 2012, p. 74). Cabe aclarar que el trabajo en colectivo supone dos posibilidades con características diferentes: el trabajo en equipo y el trabajo en conjunto de personas. El equipo de trabajo se constituye como un todo organizado y por tanto posee determinadas metas y normas, así como un sistema comunicacional compartido y una estructura formal que le impone una dirección según un programa previamente planificado, el cual estará organizado según la complejidad de la patología diagnosticada y las características del paciente. Por otra parte, el equipo de trabajo debe estar liderado por un jefe, cuyo rol será brindar sustento científico, social y emocional a los demás miembros del grupo de trabajo, los que han sido preseleccionados en virtud de determinadas características favorables y necesarias para que el trabajo en equipo se dé; quienes, por otra parte asumirán diversos roles interrelacionados, permitiendo así el funcionamiento integrado, organizado y funcional del equipo; todo esto será posible de concretar con éxito, según el contexto en el que se desarrolle el trabajo del grupo.

En el trabajo en conjunto en cambio, las características de la tarea, así como las metas, son determinadas por el contexto en el que las personas se reúnen ocasionalmente y ante una necesidad; ni el rol del líder, ni los roles del resto de los miembros son predeterminados. No existe planificación de las tareas, sino que la dinámica surge de las actividades que las mismas circunstancias imponen y por las que se reúne el grupo.

El trabajo en equipo habilita la **interdisciplina**, aunque generalmente ésta no se da, implica en un intercambio de conocimientos, de métodos, códigos lingüísticos, conceptualizaciones, técnicas, pertenecientes al campo disciplinar de cada profesional interviniente en el proceso de atención de la salud de la persona o de la comunidad.

La comprensión del proceso de salud-enfermedad requiere la mirada conjunta del equipo de trabajo como totalidad hacia el hombre o la comunidad. Requiere de la discusión y reflexión disciplinar productiva, cuyo resultado es un nuevo saber enriquecido que lleva a la toma de decisiones consensuadas, las que permiten abordar el o los problemas de salud planteados con menor incertidumbre y mayor posibilidad de actuar dentro de la *lex artis* con pericia e idoneidad.

Sería importante que el trabajo en conjunto, aunque esporádico, aunque circunstancial, dispusiera del tiempo, la voluntad y motivación de los profesionales para establecer una comunicación eficaz, capaz de pasar de la Interprofesionalidad a la interdisciplina.

Siguiendo algunas reflexiones de Alicia Stolkiner al respecto de la Interdisciplina, en un nivel de análisis referido a lo subjetivo y lo grupal, cabe mencionar que las disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por



ellas. Esto lleva a la necesidad de pensar tanto en lo subjetivo como en lo intersubjetivo, cuando se considera al equipo interdisciplinario. Y entonces surge que un saber disciplinario es una forma de poder por lo que cuestiones relativas se darán necesariamente. Mientras que individualmente, el participar en un equipo implica fundamentalmente la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para abordar el problema (Stolkiner, A., 1999).

Finalmente, ya se ha mencionado que el personal sanitario no solo lo constituyen los médicos y diversos especialistas del área de la salud, incluido el personal de enfermería, sino también todos aquellos que de manera directa o indirecta, ya sea del sector público o privado, intervenga en la promoción de la salud; por lo que sería oportuno reflexionar sobre cómo se incorporan al trabajo interdisciplinario, esa amplia gama de saberes que no son estrictamente disciplinarios; así como se resulta necesario considerar parte del equipo a profesionales de un área ajena a la salud, tal como lo es el abogado.

Alan Garay, abogado de la Corte de Apelaciones de París sostiene que “...Hoy la larga historia de amor entre el enfermo y el médico parece muy afectada por la llegada de un nuevo amante: el abogado”. (El paciente, el médico y el abogado. Ensayo- Alan Garay-Revista Persona y Bioética, volumen 3, N°6, año 1999, Universidad de La Sabana-Colombia.).

La función preventiva

Existe una gran semejanza entre lo que es el Principio Precautorio y el Principio de Prevención, debido a que ambos rigen en toda la faz preventiva, suponiendo la implementación de todo lo conducente para evitar daños. Los conceptos están totalmente ligados, pero existen diferencias netas que coadyuvan a especificar sus campos de acción. El principio de prevención tiende a evitar un daño futuro, pero cierto y mensurable. El principio de precaución introduce una óptica distinta; apunta a impedir la creación de un riesgo con efectos todavía desconocidos y, por lo tanto, imprevisibles. Las técnicas de prevención se inscriben dentro de la etapa pre-daño, En cambio, el principio precautorio reclama medidas de inmediato, de urgencia, aun cuando hubiera ausencia o insuficiencia de pruebas o elementos científicos con referidos al comportamiento de la naturaleza. Actuar en sentido “presupone que cualquier demora puede resultar a la larga más perjudicial que la acción temprana intempestiva. p. (Adriana Bestani, Principio de Precaución. p. 19)

En el terreno de la salud, corresponde a las Clínicas y Sanatorios ejercer medidas máximas de seguridad en cumplimiento de las normas de prevención de riesgos de todo tipo: quirúrgicos; esterilización, cumplimiento de protocolos conforme cada especialidad, de infecciones intrahospitalarias; capacitación y adiestramiento del personal que está bajo su dependencia, control permanente en todas las áreas, etc. Pero también debe existir control estatal porque la Salud es una cuestión de orden público. Y están vigentes normas que son las herramientas jurídicas para lograr dicho control. Las acciones para la prevención de enfermedades y la promoción de hábitos saludables requieren de una inversión reducida frente al compromiso financiero de los países para reparar los daños a la salud, aseguró el representante de la



Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Argentina, Pier Paolo Balladelli, durante el Congreso de Derecho de la Salud y Perspectivas de los Sistemas Sanitarios de América y Europa realizado el 9 de septiembre de 2013.

"La construcción de entornos saludables para evitar problemas en la salud de la población es más costo efectivo que la reparación posterior del daño", evaluó Balladelli, quien consideró necesario que los sistemas de salud de los países incorporen la concepción de la promoción de la salud y de la prevención. Además, los estados deben proteger sus poblaciones, interviniendo en políticas regionales y globales de protección de la salud de las poblaciones. Estas políticas redundarán, indicó, en un mayor beneficio de todos ya que permitirá asegurar el acceso de la población a los bienes públicos de salud, como es el caso de los medicamentos.



“La atención pediátrica en Florida: lecciones aprendidas y perspectivas”

Autores: Andrés Alzamendi, Mario Romero

Resumen

La creación del SNIS es una de las reformas sociales más trascendentes en la historia reciente de nuestro país. La equidad es un principio rector que se destaca de los demás ya que tiene implícito el sentido de justicia social. El MSP como rector del sistema propone la complementación de servicios como una herramienta adecuada para cumplir con los objetivos del SNIS. Se acordó la creación del Departamento de Pediatría de Florida ASSE-COMEF encargado de organizar la atención pediátrica en el departamento. En este trabajo se reflexiona sobre la puesta en marcha de esta experiencia de complementación. Se describen misión, visión y objetivos del departamento, así como la estructura asistencial previa y la actual. Luego se plantean algunas experiencias asistenciales y se reflexiona sobre las estrategias para continuar construyendo este nuevo proyecto asistencial.

Palabras clave: *Atención pediátrica, pediatría, equidad en salud, complementación de servicios.*



Introducción

La creación del SNIS es una de las reformas sociales más trascendentes en la historia reciente de nuestro país. En la legislación actual el acceso a la atención en salud es un derecho y no una obligación como sucedía anteriormente, y entre sus principios rectores se encuentran algunos ítems fundamentales para el desarrollo de una sociedad. En el Art 3° de la ley 18.211 se menciona la cobertura universal, la accesibilidad, la sustentabilidad de los servicios de salud; la equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones; y la eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales (MSP, 2007).

La equidad es un principio rector que se destaca de los demás ya que tiene implícito el sentido de justicia social con el cual debe pensarse el sistema de salud para dar garantías a todos los ciudadanos. Entendiendo la equidad en salud como “la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de individuos, poblaciones o grupos que tienen distintas características socioeconómicas, demográficas o geográficas.” (Vega, *et al*, 2005).

El MSP como rector del sistema propone la complementación de servicios como una herramienta adecuada para cumplir con los objetivos del SNIS, fundamentalmente para “lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse” (MSP, 2007).

La complementación en salud para el SNIS podría definirse como el “conjunto formal de relaciones colaborativas de carácter voluntario entre dos o más instituciones prestadoras de salud, que tiene por objeto mejorar la cobertura de salud o el acceso a servicios y prestaciones sanitarias destinadas a la población residente en una localidad o región, mediante mecanismos de acuerdo diversos que dan lugar a una nueva institucionalidad, en que cada parte interviniente mantiene la responsabilidad por la atención de sus asegurados.” (FEMI, 2012).

En Florida en el año 2016 se produjo un conflicto gremial con pediatras del prestador COMEF-IAMPP que finalizó con la desvinculación voluntaria de 21 profesionales médicos de la empresa, sumado a esta situación el Hospital de Florida de ASSE no contaba con una dotación de recursos médicos para lograr una cobertura mínima adecuada en su servicio. Esta situación generó la necesidad de trabajar sobre una propuesta de reorganización de la atención pediátrica basada en la complementación de servicios que derivó en el acuerdo firmado para llevar adelante la “complementación total de los servicios pediátricos entre ASSE y COMEF-IAMPP” (MSP et al, 2016). Este acuerdo implicó la creación del Departamento de Pediatría de Florida ASSE-COMEF encargado de organizar la atención pediátrica en el departamento. La prestación integral que se acordó brindar entre los dos prestadores incluyó el primer nivel de atención en el interior del departamento, puerta de



emergencia, maternidad-nursery, traslados especializados, internación en cuidados moderados y atención extra hospitalaria.

Objetivos

Reflexionar sobre el proceso de aplicación de la complementación de la atención pediátrica en el departamento de Florida desde una perspectiva político asistencial.

Marco contextual

La construcción de un nuevo proyecto asistencial

La misión del Departamento es brindar una atención médica de excelencia a todos los niños y adolescentes menores de 15 años; con la visión de ser un servicio de referencia regional y nacional por lograr equidad en el acceso a la atención pediátrica, focalizado en las necesidades de atención de cada individuo y su familia, respetando y promoviendo los Derechos de la Infancia y la Adolescencia.

La población objetivo

El departamento de Florida es habitado por 67.048 personas, de los cuales 15.041 (22.4%) son menores de 15 años (INE 2011). Entre COMEF y ASSE dan cobertura integral a 13.447 niños del departamento (MSP et al, 2016).

Grupo quinquenal de edades	Urbano	Rural	Total
0 – 4 años	3.712	670	4.382
5 – 9 años	4.396	742	5.138
10 – 14 años	4.805	716	5.521
Total	12.913	2.128	15.041

Tabla 1. Población pediátrica del departamento de Florida (INE, 2011)

Los objetivos del Departamento se nuclean en 3 ejes temáticos y son los siguientes:

Eje 1 - Asistencia de calidad y gestión clínica

- Brindar asistencia de excelencia en prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con un alto grado de resolutiveidad de los problemas de salud a nivel local.
- Generar procesos fluidos y oportunos de referencia y contra-referencia con los centros pediátricos nacionales y/o los centros de tercer nivel de atención.
- Elaborar protocolos de diagnóstico y tratamiento que permitan sistematizar los procesos de atención.
- Obtener información de calidad sobre la atención pediátrica.
- Mejorar la calidad de la atención de los niños y adolescentes con necesidades especiales.
- Fortalecer vínculo con otras instituciones de la región.



- Mejorar la gestión de la referencia y contra-referencia con los especialistas vinculados al servicio.

Eje 2 - Recursos humanos en salud

- Captar recursos humanos en salud para la atención pediátrica en el departamento
- Capacitar recursos humanos en salud para la atención pediátrica

Eje 3 - Investigación

- Fomentar la realización de investigaciones científicas que aborden los problemas de salud de Florida.
- Presentar ateneos, casos clínicos y trabajos de investigación en eventos científicos y publicaciones.

Estructura asistencial y recursos humanos en salud con perfil médico

Para lograr explicar los cambios que se produjeron en la estructura asistencial es necesario describir cual era el funcionamiento previo de la atención pediátrica en Florida en el Segundo Nivel de Atención, ya que el Primer Nivel no se ha complementado hasta el momento y tampoco existe servicio de CTI pediátrico y/o neonatal.

La estructura de ASSE incluía una Unidad de Emergencia Móvil polivalente con médico general, Puerta de emergencia polivalente con Pediatra y retén para apoyar a los profesionales médicos en formación en pediatría, internación en cuidados moderados pediátricos con pediatra en régimen semipresencial y maternidad con *nursery* de baja complejidad con neonatólogo en régimen semipresencial. La organización requería una estructura de cinco profesionales médicos en simultáneo que no se cubrían de forma habitual, con una fuerte presencia de profesionales con tareas no presenciales. Asimismo, habitualmente no se cubrían licencias ya que no había Cuadro de Suplentes quedando descubierto el servicio, y generando compras de servicios en COMEF o traslado de pacientes a Montevideo. El único período en que se cubrieron las guardias totalmente fue el transcurrido entre el final del conflicto gremial con las renuncias de los profesionales de COMEF y el inicio del nuevo proyecto asistencial. No contaba con traslados especializados propios comprando el servicio a COMEF. Tampoco había Jefatura del servicio por lo menos los últimos años. Un aspecto destacado del servicio de ASSE es el trabajo en conjunto con la Clínica Pediátrica B de la Facultad de Medicina que generó la posibilidad de tener cargos propios de Residentes de Pediatría desde 2012, seguramente este aspecto haya sido determinante en generar condiciones que propiciaron los cambios en la atención pediátrica.



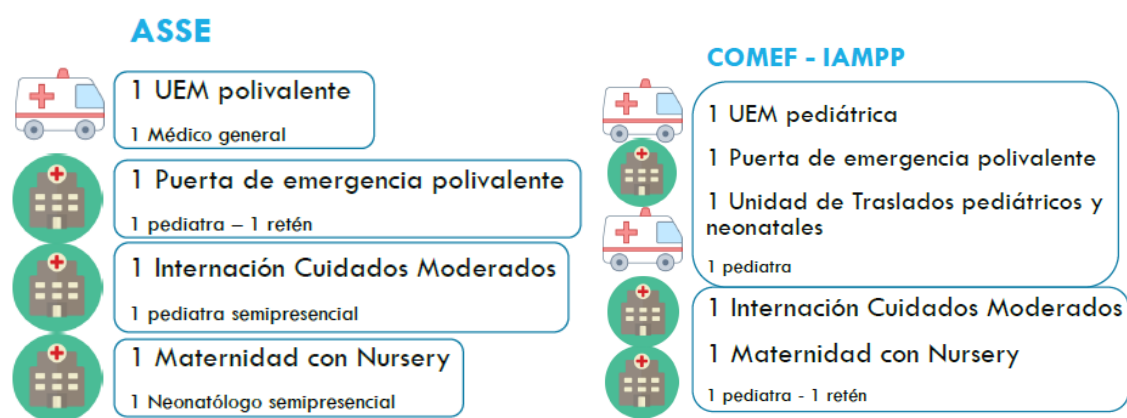


Figura 1. Esquema de estructura previa a la creación del Dpto. de Pediatría de Florida ASSE-COMEF

En el caso de COMEF contaba con Unidad de Emergencia Móvil, Puerta de Emergencia y Unidad de Traslados con un solo pediatra prácticamente con triple función, Internación en Cuidados Moderados y Maternidad con Nursery de baja complejidad asistida por un pediatra, además había un retén de apoyo con participación heterogénea en función del profesional que lo desempeñara, incluso pudiendo estar realizando policlínica al momento de ser convocado. Este sistema habitualmente no tenía grandes problemas de cobertura de guardia pero se sobrecargaba con la falta de cobertura de ASSE. Los meses previos al inicio del conflicto gremial no había cargo de jefatura.

Ninguno de los dos servicios lograba tener un plan de contingencia invernal que diera respuesta a la sobrecarga asistencial por la epidemia estacional de infecciones respiratorias. De esta manera funcionaban nueve servicios con un requerimiento de 8 profesionales médicos para lograr el funcionamiento previsto. Como se observa a partir de esta descripción existía una importante duplicación de servicios con muchos profesionales en régimen no presencial y trabajo en equipo limitado.

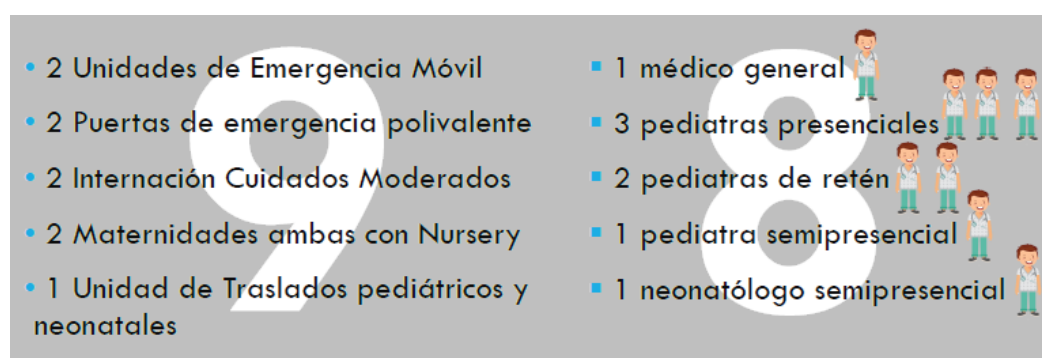


Figura 2. Esquema resumen de servicios y profesionales médicos previo a la existencia del Dpto. de Pediatría de Florida ASSE-COMEF



Esta estructura se caracterizaba por una cadena de situaciones que provocaban inequidades en la atención y una baja calidad de atención. En cierta medida la estructura de trabajo no era apta para realizar una atención pediátrica adecuada en el contexto de complejidad asistencial actual, siendo problemático en cuanto a la seguridad del paciente y con baja resolutivez local.

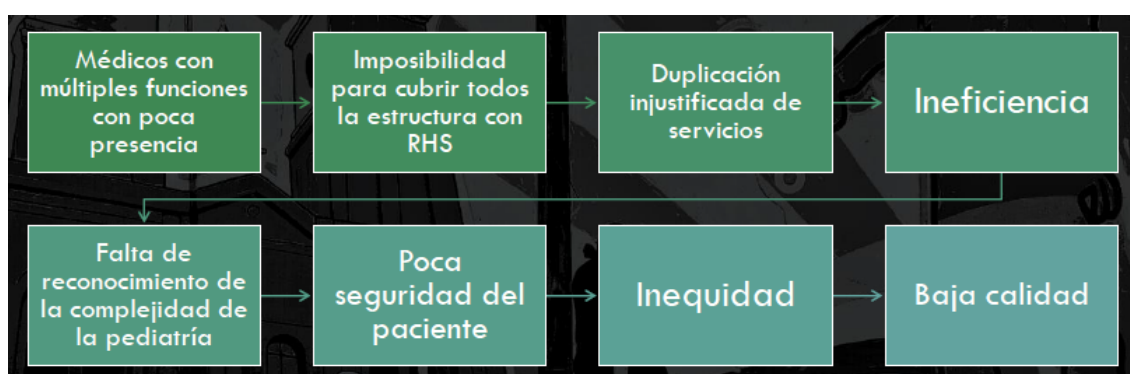


Figura 3. Características previas de la estructura asistencial y RHS con perfil médico

La nueva estructura que asiste a todos los usuarios de ASSE y COMEF incluye: Una Unidad de Emergencia Móvil Pediátrica con Pediatra, una Puerta de Emergencia pediátrica, un sector de Internación de Cuidados Moderados Pediátricos, una Unidad de Traslados Especializados Pediátricos y Neonatales, dos Maternidades, ambas con Nursery de bajo riesgo, una en ASSE y otra en COMEF.

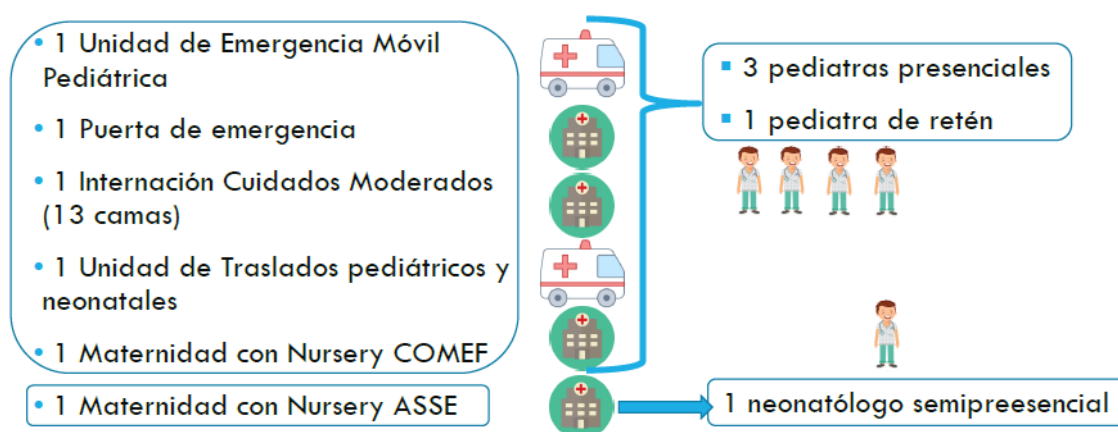


Figura 4. Esquema de estructura actual del Dpto. de Pediatría de Florida ASSE-COMEF en el Segundo Nivel de Atención



La nueva estructura incluye 4 pediatras y 1 neonatólogo en el segundo nivel de atención, de los cuales 4 participan en los servicios ya complementados, que trabajan simultáneamente con tres en régimen presencial y dos en régimen no presencial.

Esta estructura genera mayor presencia de los profesionales médicos en los servicios sin múltiples funciones. Si bien la cobertura de guardias es un problema a nivel nacional y más marcado en el interior del país, la cobertura actual es mejor que con la estructura previa. La unificación de servicios genera una práctica profesional con mayor respaldo y trabajo en equipo más acorde a la complejidad actual de la atención médica, mayor seguridad del paciente, con equidad y una mejoría notoria de la calidad con mayor resolutivez local.



Figura 5. Características de la estructura asistencial y RHS con perfil médico del Dpto. de Pediatría de Florida ASSE-COMEF

Estructura de cargos de recursos humanos en salud con perfil médico

Con respecto a los cargos de pediatras predominaban los de baja dedicación con gran precariedad laboral que fomentaba una alta rotatividad de profesionales con una alta tasa de recambio tanto en ASSE como en COMEF. Entre las dos instituciones sumaban 41 cargos, 17 ASSE y 24 COMEF

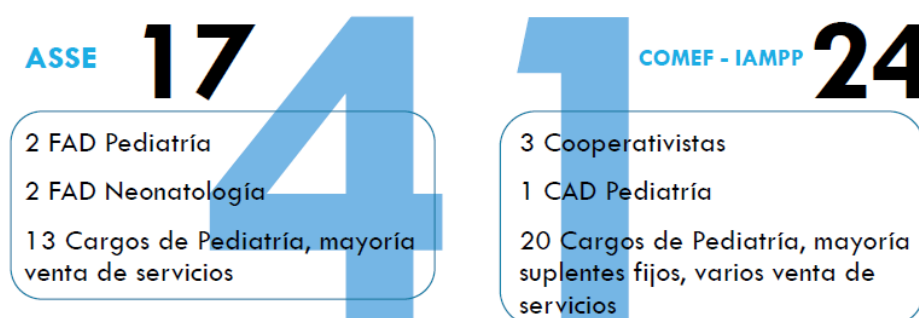


Figura 6. Estructura previa de cargos de recursos humanos en salud con perfil médico



Los números que se muestran son basados en cargos, si pensamos en profesionales médicos la mayoría tenía cargos en las dos instituciones. Para desarrollar el nuevo proyecto asistencial se debió adecuar la estructura de cargos para lograr mayor dedicación al servicio con mayor estabilidad y seguridad laboral. Para acceder a los Cargos de Alta Dedicación (CAD) o Funciones de Alta de Dedicación (FAD) fue requisito poseer título de especialista en pediatría.

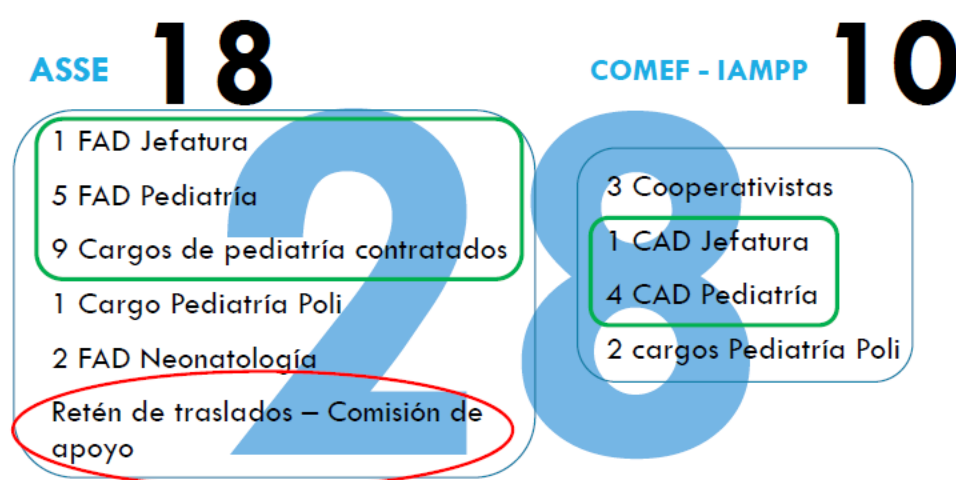


Figura 7. Estructura actual de cargos de recursos humanos en salud con perfil médico

Se logró convocar profesionales a través de los FAD y CAD logrando cargos con una alta dedicación y con derechos laborales más ajustados a la reforma del trabajo médico, incluso aumentando la radicación de profesionales en el departamento.

Los contratos para traslados se gestionaron a través de ASSE por Comisión de Apoyo y fue aceptado de forma provisoria, esto constituye una debilidad importante ya que las horas de retén de traslados no quedaron adecuadamente incluidas en la estructura de cargos y genera problemas para su cobertura y peligra su continuidad.

También se generaron dos CAD para la jefatura, uno por cada institución prestadora. Dichos cargos son de 48 horas semanales e incluyen diez horas de Gestión con un valor hora de 25% más que el asistencial. Los actuales integrantes de la jefatura ingresaron por concurso abierto. Recién en los últimos meses se ha logrado un funcionamiento más adecuado de la jefatura esto ha generado un retraso importante en los procesos de liderazgo local para desarrollar tal cual fue planteada la actividad del Departamento.



Experiencias asistenciales

El trabajo en equipo y el respaldo profesional son fundamentales para un adecuado ejercicio de la medicina, la soledad en la tarea asistencial genera un ambiente poco propicio para el desarrollo profesional. El dejar de ser profesionales “suelos” y pasar a ser integrantes de un Departamento es uno de los cambios de mayor trascendencia. Asimismo, se ha mejorado notoriamente la capacidad de respuesta ante “situaciones de desastre” con pacientes graves o múltiples víctimas.

Existen dos cargos de pediatras internistas encargados del seguimiento longitudinal y post alta hospitalaria que se realiza en el servicio de Cuidados Moderados pediátricos genera mayor confianza de los pacientes y su familia generando un conocimiento más profundo de los pacientes. Esto permite tomar decisiones clínicas más asertivas y menos defensivas.

El uso de la Cánula Nasal de Alto Flujo en el servicio ha constituido una experiencia enriquecedora ya que dota al servicio de mayor resolutivez evitando traslados a CTI de lactantes con infecciones respiratorias agudas. (Romero *et al.*, 2018). Se confeccionó un protocolo clínico para su aplicación.

Los traslados especializados pediátricos y neonatales, si bien constituyen un punto conflictivo desde lo organizativo y laboral, son un pilar fundamental del servicio ya que al no tener CTI en el departamento los pacientes graves deben ser trasladados mayoritariamente a Montevideo y Canelones. Asimismo, se ha generado una mejor respuesta frente a traslados intradepartamentales desde poblaciones alejadas hacia la capital del departamento. También se cuenta con CNAF para mejorar la estabilidad clínica de pacientes durante los traslados.

Nudos

Actualmente hay aspectos del acuerdo firmado en los que no se han concretado avances y otros aspectos que son fundamentales para continuar avanzando.

Con respecto a la Complementación del Primer Nivel de Atención en el interior de Florida y a la Maternidad/Nursery complementada no se ha avanzado absolutamente nada, incluso enviando a la población y a los profesionales de la salud mensajes confusos al respecto.

Al momento de generar acuerdo para la creación del Departamento se avanzó en relación a la estructura de trabajo y cargos de pediatría pero no se concretaron acuerdos sobre la forma de trabajo de Recursos Humanos de la Salud (RHS) con diferentes perfiles que también participan en la atención de niños y adolescentes (RHS: Perfil médico subespecialidades, Perfil enfermería pediátrica, Perfil administrativo).

La participación de la Facultad de Medicina (Fmed) de la Universidad de la República (UDELAR) debe consolidarse y existe el proyecto de creación de una Unidad Docente Asistencial de Pediatría en el marco del funcionamiento del Departamento.



Conclusiones

Cinco lecciones aprendidas y perspectivas

1. El SNIS, las empresas y sus lógicas

Lección aprendida N° 1. Los objetivos del SNIS y de las empresas no siempre confluyen.

Perspectiva 1. Debemos lograr explicitar objetivos comunes que posibiliten el trabajo en común. Es fundamental lograr mecanismos de gestión de la complementación que logren superar las diferencias entre prestadores. Las instituciones prestadoras públicas y privadas funcionan en base a lógicas diferentes. Las privadas se enfocan en aspectos con un perfil más comercial y las públicas en función de situaciones más relacionadas con lo político-partidario. Esto lleva a que resulte difícil que el centro de sus problemas sea el derecho a la atención médica, la equidad en salud o la calidad de la atención.

Asimismo, la ausencia de un marco jurídico común imposibilita que fluyan procesos administrativos necesarios para mantener el funcionamiento de los servicios. Se debe trabajar para crear el marco normativo que permita la complementación.

2. La atención pediátrica y su complejidad

Lección aprendida N° 2. La atención pediátrica es cada vez más compleja.

Perspectiva 2. Muchos de los problemas planteados en el conflicto gremial previo se enmarcaron en la falta de visión de las autoridades de las instituciones en cuanto a la complejidad de la atención pediátrica actual. Los avances tecnológicos han mejorado la supervivencia de niños con enfermedades potencialmente mortales, aumentando los niños que viven con secuelas importantes o enfermedades complejas que tienen necesidades especiales de atención. (SOCHIPE, 2016). Si bien no existen trabajos de prevalencia en el Uruguay la percepción es que en Florida hay muchos niños y adolescentes con estas características. Desconocer estas situaciones lleva a brindar una atención de baja calidad para toda la población. También se deben generar formas de trabajo o dispositivos que respondan a dicha complejidad (Propuesta de Equipo de Seguimiento de pacientes con enfermedades complejas, Experiencia de Policlínica de altas, Policlínica de Asma, etc.).

Asimismo, la pediatría históricamente ha tenido un abordaje con una perspectiva social de los problemas de salud. La falta de equidad en la atención es un problema de salud grave. De hecho, la desigualdad por sí misma genera poblaciones más enfermas. Luchar para lograr un sistema de salud que no diferencie a las personas según su estatus social, y que todos tengan acceso a las prestaciones que necesiten con una calidad acorde es fundamental para la pediatría nacional.



3. Investigación, formación y certificación

Lección aprendida N° 3. La investigación, la formación y la certificación de dicha formación son actividades inherentes a todos los servicios de salud.

Perspectiva 3. Una de las propuestas que se visualizan es la participación de la Fmed - UDELAR a través del Programa Unidad Docente Asistencial de Pediatría (UDAs). La participación de la Fmed podría dar mayor capacidad docente y la posibilidad de realizar investigación que permita conocer más de los problemas locales.

4. Complementación total y real

Lección aprendida N° 4. Los acuerdos deben cumplirse.

Perspectiva 4. Para poder establecer conclusiones significativas sobre la complementación sería importante que se complementen todos los servicios que se acordaron complementar. Luego de dos años de firmado el acuerdo los avances en la concreción de la Maternidad Única y de la complementación del Primer Nivel de Atención (PNA) han sido nulos. Los acuerdos económicos tampoco se generaron y esto es fundamental para hacer viable la complementación. Todos los actores, quizás no voluntariamente, han mostrado su incapacidad para llevar adelante lo acordado. Se requieren definiciones sobre estos aspectos y concreciones para lograr una complementación real. La pediatría única de Florida sirve de ejemplo para visualizar el rumbo que debe tomar el SNIS y se le debe dar mayor trascendencia. Es una de las pocas experiencias en el territorio que permite reflexionar sobre los problemas y los beneficios prácticos de la complementación.

5. Rol del estado

Lección aprendida N° 5. El MSP debe asumir el liderazgo político de los procesos de complementación.

Perspectiva 5. El MSP plantea que la complementación constituye una herramienta muy importante para mejorar la calidad de la atención. Sin embargo, en las acciones concretas no asumió el liderazgo político para lograr una complementación real y efectiva que beneficie fundamentalmente a la población, más aún si se plantea que puedan concretarse otras experiencias similares. Está a tiempo de concretar este liderazgo y permitir seguir avanzando.



Referencia Bibliográfica

FEMI 2012. Complementación de servicios y prestaciones de salud. Elementos conceptuales para una definición de su alcance y aplicación en el contexto del sistema nacional integrado de salud. Disponible en:

file:///C:/Users/usuarui/Desktop/FEMI%20Complementacion%20Version%20Final%202017%20octubre.pdf

INE, 2011. Instituto Nacional de Estadística. Censo 2011. Ministerio de Salud Pública. 2017. Ley N° 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud. Disponible:
<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/18.211.pdf>

MSP et al. 2016. Acuerdo del 9 de Noviembre de 2016, Ministerio de Salud, ASSE, COMEF-IAMPP, SMU. Inédito.

Romero et al. 2018. Romero M, Alzamendi A, et al. Utilización de cánula nasal de alto flujo para el tratamiento de infecciones respiratorias bajas en cuidados moderados pediátricos del departamento de Florida. Arch Pediatr Urug 2018; 89(5):37-42

SOCHIPE 2016. Comité NANEAS Sociedad Chilena de Pediatría. Modelo de atención y clasificación de «Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud-NANEAS»: recomendaciones del Comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría. Rev Chil Pediatr. 2016;87(3):224---232

Vega et al. 2005. Definición de Equidad en Salud del Equipo de Equidad de la OMS.



**“Grupo interdisciplinario para el abordaje integral de usuarios
en el primer nivel de atención”**

Autores: D. Rydel, C. Vega, V. Flores, S. Ferraz

Resumen

La Atención Primaria de Salud, base del modelo de atención en el actual del Sistema Nacional Integrado de Salud, jerarquiza la constitución de los equipos de salud, la definición de sus competencias, la habilidad para poner en práctica sus conocimientos así como la disponibilidad de recursos. Dado la complejidad del campo de la salud, se torna necesario abordar los problemas de salud desde una óptica interdisciplinaria. Se presenta la estrategia de trabajo en equipo que se viene desarrollando desde del 2010 con algunos técnicos de la policlínica Empalme Nicolich de la RAP- ASSE para el abordaje integral de usuarios cuyas problemáticas exceden las posibilidades de acción de cualquier disciplina aislada. La misma ha permitido identificar y comprender las problemáticas de la comunidad en forma integral, priorizar líneas de intervención, encontrar soluciones, proteger al equipo de trabajo y construir interdisciplina. Se analizan las fortalezas y debilidades, oportunidades y amenazas del espacio de trabajo. Se aspira con el presente trabajo a generar aportes para la construcción y cuidado de los equipos, que se incorporen a las prácticas habituales de la prestación de servicios en el Primer Nivel de Atención con el fin de optimizar la organización, la gestión y la calidad de los mismos.

Palabras clave: *trabajo en equipo, interdisciplina, primer nivel de atención.*



Introducción

En el contexto de la reforma de la salud en Uruguay, el Sistema Nacional Integral de Salud (SNIS) (Ley 18.211, 2007) define la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) como rectora de los cambios en el modelo de atención. Dicha estrategia debe cumplir con cuatro aspectos fundamentales: la continuidad, accesibilidad, integralidad y coordinación de todo el sistema de salud. Para dar cuenta de ello se hace imprescindible el fortalecimiento del primer nivel de atención, definido como aquel que:

... “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 a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia” (Ley 18.211, art.36).

Dentro de los objetivos del SNIS, se pretende “lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse” así como “promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica” (Ley 18.211, art. 4, e, f). Son los equipos interdisciplinarios la modalidad de trabajo privilegiada para la atención integral en la salud, principalmente en el primer nivel de atención. Los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud (2008) señalan las competencias de los equipos de salud para ajustarse a los elementos esenciales que definen los sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud (APS). Estos deben permitir dar respuesta a las situaciones planteadas en áreas referidas al acceso y cobertura universal, atención integral y oportuna, énfasis en la promoción y prevención, orientación familiar y comunitaria, con mecanismos activos de participación, recursos humanos apropiados y sostenibles y acciones intersectoriales en virtud de los cuales se deberían reorientar las competencias de los trabajadores de la salud.

En el documento Transformar el Futuro (MSP, 2009), se hace referencia a la gran importancia que tiene para el cambio de modelo, el promover “verdaderos equipos de salud resolutivos, interinstitucionales y adecuadamente referenciados que aseguren la integralidad de las prestaciones de cara a mejorar los indicadores” (p.7). Con motivo de los 10 años de iniciada la reforma sanitaria del SNIS-MSP (2017) se realizan jornadas de intercambio con los distintos actores involucrados. Uno de los desafíos que se plantea es profundizar en



políticas de recursos humanos tendientes: “a la capacitación continua trabajando con la academia, en tanto instituciones formadoras de recursos humanos en salud, con el colegio médico, en la humanización de las relaciones interpersonales, comunicación y trabajo en equipo para cuidar a los cuidadores, en estimular la motivación y la vocación de servicio, en el manejo de los conflictos de interés y en los temas de ética e investigación en salud” (p.14).

Para dichas jornadas, se elaboran por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP) y las instituciones y organizaciones invitadas varios documentos como insumos para los distintos talleres desarrollados.

Se trata de un material muy rico que aporta a visualizar lo que se ha hecho y avanzado en algunos aspectos, mientras que en otros, da cuenta de la complejidad y lentitud de algunos cambios, en especial, en lo referente al cambio de modelo. Impresiona que a nivel de discurso presumiblemente existen acuerdos pero a la hora de implementar los mecanismos que desde diferentes ámbitos se proponen con miras a una “atención integral practicada por equipos interdisciplinarios” no se toman las decisiones necesarias para llevarlo a cabo.

Cuando los profesionales logran por motivación propia avances en este sentido, no se registra el reconocimiento ni la valoración del trabajo realizado, más aún, se desestimula en forma solapada, priorizando la agenda individual de cada profesional sobre los tiempos y espacios que se requieren para el trabajo en colectivo. Se instala así una falsa contradicción entre la atención a los usuarios y el trabajo en equipo que obstaculiza y desincentiva las transformaciones hacia el cambio de modelo.

Al respecto, el documento presentado por la Federación Uruguaya de la Salud para la discusión en el taller referido a recursos humanos, entendía conveniente:

“Implementar mecanismos de fortalecimiento del trabajo en equipo, reuniones periódicas de todo el personal, diagnóstico de la situación de cada servicio, planes estratégicos y formulación de planes operativos con objetivos anuales. Es necesario promover el reconocimiento y valorización del trabajo, rescatar el saber del trabajador y ampliarlo, cuidar su vida y su salud. La forma de organizar el trabajo es un elemento muy relevante...faltan ámbitos, criterios y reglas básicas para que el equipo funcione como tal. Si no hay reuniones periódicas, información adecuada, agenda y posibilidades de aportar, no se puede hablar de equipo. En el mismo sentido hay que jerarquizar el reconocimiento a la labor y la participación del trabajador en la información y discusión de los objetivos y planes de su servicio. La creación de una cultura organizacional participativa, con más trabajo en equipo sería un rumbo de avance. Una gobernanza de este tipo tiene efectos positivos sobre el funcionamiento de los servicios pero además sobre el clima institucional y los trabajadores” (p.166).



Los trabajadores de la salud constituyen un componente fundamental tanto para la reproducción de viejos modelos o para el cambio de modelo de atención en los sistemas de salud, pero claramente hace falta el compromiso de todas las partes involucradas.

En esta comunicación se plantea la creación y funcionamiento de un dispositivo de trabajo que llamamos: Grupo interdisciplinario para el abordaje integral de usuarios en el PNA, integrado voluntariamente por algunos técnicos de la policlínica. Es importante señalar que en forma paralela, se instauran también las Reuniones de Equipo, casi inexistentes hasta ese momento en el servicio. Estas reuniones son para todo el equipo y funcionan con una frecuencia mensual y de dos horas y media de duración, destinadas en principio a discutir los problemas de funcionamiento de la policlínica y del equipo de trabajo así como el relacionamiento con el centro de salud.

Antecedentes

Un grupo de profesionales, convencidos de que el trabajo en equipo e interdisciplinario es la forma de resolver algunos de los problemas que se presentan en la prestación de los servicios de salud en el PNA y en la calidad de la atención que se brinda, comienza a reunirse en octubre 2009. Al principio, prima la necesidad de pensar juntos una estrategia de trabajo ya que la población que se atiende en la policlínica presenta una multiplicidad de problemáticas y una complejidad tal, que excede las posibilidades de acción de cualquier disciplina aislada. Luego, surgen otros aspectos, que comienzan a preocupar, como el visible desgaste que implica el trabajo con población vulnerable de alto riesgo social, sumado a las condiciones inadecuadas con las que se cuenta para realizar la tarea.

A partir del trabajo con dicha población, se constata en forma reiterada que si bien, en muchos casos, las consultas inicialmente son realizadas por un síntoma particular, por una persona, apenas se amplía la mirada, se encuentra una cadena de problemas, factores de riesgo y estrés. Entre los problemas más frecuentes aparecen: pobreza, hacinamiento, negligencia, violencia doméstica, abuso de sustancias, patología mental, delincuencia y prostitución. En general, se observa que hay más de un portador de síntomas en el grupo familiar y que ocurren crisis recurrentes individuales y familiares. Se trata de situaciones de gran complejidad y gravedad que al no recibir apoyo e intervención adecuada se cronifican y la sintomatología se refuerza.

Los profesionales que actúan, sienten que no alcanzan las herramientas de las cuales disponen desde las respectivas disciplinas para el abordaje de éstas situaciones y que lo que se realiza es insuficiente, generando insatisfacción y frustración. En los casos de intervenciones exitosas, que también las hay, se observa que los resultados no se sostienen por periodos prolongados.



La convocatoria fue abierta a todos los que quisieran participar y se comienza a funcionar bajo la mirada desconfiada de algunos compañeros y autoridades. Ya en el año siguiente, se logra una mayor organización, y se implementan reuniones quincenales de dos horas de duración donde se comienza el trabajo más sistemático, unificando historias personales y familiares, identificando los problemas y seleccionando focos de intervención, construyendo estrategias de abordaje. Una de las primeras dificultades que encontramos fue que se preservara el horario para la reunión sin que hubiera asistencia u otras actividades superpuestas, por lo cual se elabora un calendario anual de reuniones que se pone en conocimiento de autoridades y compañeros.



Marco conceptual

El trabajo en equipo es una respuesta organizativa a la complejidad que se deriva de las numerosas actividades realizadas por los profesionales en el PNA. Para ello es fundamental la constitución de un **equipo de trabajo diverso, interdisciplinario**, donde cada integrante realiza desde su formación aportes complementarios para lograr un **objetivo común**.

En un trabajo anterior (Caetano, Rydel, D, Sica, Ventre, 2009) se expresa que es imprescindible instrumentar la **cooperación entre las diferentes disciplinas** para lograr una mirada ampliada, que permita organizar **estrategias de trabajo** más adecuadas a la complejidad del campo sanitario. Y se comenta una cita de Canetti y Da Luz (2005) que afirman que:

“El aspecto esencial de la interdisciplina radica en la posibilidad de superar la separación entre las disciplinas, evitando la visión fragmentada, la toma de decisiones unilaterales y/o la duplicidad de funciones. El trabajo se asume, no de acuerdo a la función de cada especialista, sino atendiendo a las necesidades de la persona, grupo o población”.

Esto es posible si los profesionales no trabajan en compartimentos estancos sino formando una red, propiciando el diálogo entre los distintos saberes, no solo profesionales sino también los que se producen y se transmiten en la comunidad, construyendo un saber compartido. El trabajo en equipo aporta tanto a los recursos humanos como a la organización de los servicios y la calidad de la atención.

A menudo se observa que el trabajo en equipo es confundido con el aglutinamiento de profesiones y disciplinas o en el mejor de los casos, con la coordinación de actividades, sin advertir que el trabajo en equipo interdisciplinario exige coherencia epistemológica y teórica. Se requiere de una construcción conceptual y práctica común de los problemas a resolver. Esto lleva tiempo, conocimiento, respeto, maduración y aprendizaje.

Es necesario, por lo tanto, al inicio, hacer una puesta en común de algunos conceptos orientadores que encuadren la tarea. En el grupo interdisciplinario se acuerda partir de una visión ecosistémica de la realidad, sustentada en conceptos de causalidad circular, complejidad y emergencia de lo novedoso, que busca conexiones y relaciones más allá de las comprensiones reduccionistas de un problema. Esta visión incluye tener en consideración la necesaria interdependencia entre los distintos técnicos o instituciones implicados en el proceso de intervención. La realidad humana es entendida como una construcción social en un determinado contexto, por lo cual se hace necesario flexibilizar las nociones propias, por ejemplo de familia para poder intervenir en forma adecuada en un marco de respeto y



apertura en un contexto sociocultural diferente al nuestro. Otro concepto a repensar es la concepción del cambio que se utiliza para adecuar las metas. El proceso de cambio no es lineal ni progresivo, es discontinuo. Es necesario aprender a reconocer y valorizar los procesos de cambio mínimos.

Grupo interdisciplinario

Se plantean los siguientes objetivos:

- Comprender la situación integralmente,
- Evitar intervenciones fragmentarias y superpuestas dentro y fuera del equipo de salud, haciendo un uso eficaz y articulado de los recursos disponibles,
- Mejorar en calidad y sustentabilidad las intervenciones desarrollando estrategias realistas y acotadas,
- Evitar el enfoque de “apaga-incendios”,
- Tomar decisiones en equipo y consensuadas para realizar las derivaciones y coordinaciones. Compartir las responsabilidades en decisiones difíciles o riesgosas,
- Prevenir el desgaste profesional asociado a esta tarea de alto impacto emocional generando condiciones protectoras para el trabajo de equipo,
- Construir un espacio de diálogo entre los distintos saberes y formaciones profesionales,
- Capacitación en temáticas específicas.

Las reuniones se organizan de la siguiente manera: frente a una situación nueva, el profesional que la trae a discusión, hace un trabajo previo de recabar la información disponible a partir de las consultas y la/s historias clínicas. En grupo, se unifica la información tendiente a realizar un diagnóstico integral. Este permite detectar la información faltante, otros técnicos e instituciones involucradas, las acciones hechas hasta el momento y los resultados obtenidos. Luego, se evalúan las posibles intervenciones a realizar, se identifican recursos y debilidades con los cuales trabajar. Se establecen estrategias de trabajo y los profesionales que realizarán lo acordado entre todos. Finalmente, se realiza un seguimiento posterior y una evaluación de la intervención. Durante las reuniones se realizan actas que luego son leídas y comentadas al comienzo de la próxima reunión. Al culminar el año de trabajo, se visualizan los beneficios del trabajo realizado tanto para los profesionales como para los usuarios. Para el año siguiente, la propuesta fue mejorar las técnicas de registro para hacer un relevamiento de datos y evaluación desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo.



Para valorar la situación del grupo interdisciplinario se utiliza la herramienta de planificación estratégica conocida como análisis FODA. FODA es la sigla de: Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas. Fortalezas son las capacidades y habilidades propias del grupo a analizar, que se desarrollan positivamente. Oportunidades son factores que resultan favorables del entorno en el que actúa el grupo y que le permiten obtener beneficios. Debilidades son los recursos o habilidades de los que se carece o actividades que no se desarrollan positivamente. Amenazas son las situaciones que provienen del entorno y que pueden llegar a atentar, contra la permanencia del equipo. De tales conceptos, es posible, en teoría actuar directamente sobre las fortalezas y las debilidades porque son variables que dependen del equipo. En este caso, al ser un equipo que está inmerso en una determinada lógica institucional, hay aspectos que no dependen solamente del equipo sino de la institución. En cambio, las oportunidades y las amenazas al ser condiciones del entorno, son independientes del equipo y por lo tanto, es complicado poder modificarlas.



Factores Internos		Factores Externos	
Fortalezas		Oportunidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Espacio y horario común, reuniones prefijadas • Miembros del equipo que se mantienen en el tiempo • Profesionales orientados al cambio de modelo de atención y al trabajo en equipo • Profesionales con disposición y posibilidad de flexibilizar sus prácticas • Posibilidad de tomar decisiones en equipo y consensuadas • Conocimiento de la comunidad, instituciones y redes • Visualizar el espacio como factor de protección del equipo 		<ul style="list-style-type: none"> • Instancias de intercambio con otros equipos • Aceptación pasiva del espacio por parte de las distintas direcciones 	
Debilidades		Amenazas	
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de tiempo para preparar las reuniones • Desmotivación en algunos miembros del equipo • Conflictos interpersonales • Dificultad para articular distintas formaciones teóricas y/o metodológicas de trabajo • Falta de tiempo para discusión teórica que permita la elaboración de marco teórico común • Dificultad para la sistematización y evaluación del trabajo • Profesionales y técnicos del equipo que no participan y/o no logran entender la necesidad del espacio 		<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la conformación u horarios de los miembros del equipo • Rigidez institucional en pautas de trabajo para algunos profesionales • No ver avances en muchas situaciones o que no se sostengan en el tiempo • Falta de recursos en el territorio para abordar la complejidad o urgencia de las situaciones • No reconocimiento institucional de este trabajo • No reconocimiento a nivel salarial de algunas profesiones • Cambios en el equipo de dirección del CS • Insuficiente avance a nivel nacional en el cambio de modelo de atención 	



Además de las debilidades y amenazas que quedan de manifiesto luego del análisis y en los cuales es necesario trabajar, hay otros problemas y desafíos que ocupan y preocupan en la tarea cotidiana.

La articulación intersectorial presupone “el trabajo coordinado de instituciones representativas de distintos sectores sociales, mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población” (OPS, 1999). No es posible que el sistema de salud por sí solo pueda alcanzar las metas que se propone, se requiere de un esfuerzo coordinado de los distintos sectores y actores sociales, donde es importante la iniciativa de los mismos a la vez que la receptividad a convocatorias de los distintos sectores. Es necesario establecer mecanismos de diálogo y acción permanente entre los diferentes actores tendientes a la concreción de acciones y proyectos intersectoriales. El trabajo en red, al igual, que el trabajo en equipo interdisciplinario requiere de un tiempo y espacio que no está siempre garantizado. Los mecanismos administrativos de las distintas instituciones que forman la red interinstitucional en un territorio carecen de la flexibilidad necesaria y dificultan el trabajo fuera de los horarios convencionales o fuera de la institución. La frecuente movilidad en los representantes de los distintos sectores, incluyendo el sector salud, por momentos, hace difícil pensar en la sostenibilidad de los procesos.

Se plantea especialmente la relación con el Poder Judicial y con Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU). Si bien ha mejorado el acceso a la información ya que algunas instituciones se han informatizado, el cambio permanente de técnicos o el no contar con canales de comunicación establecidos para el trabajo interinstitucional más allá del conocimiento personal que se logra con determinados técnicos, entorpece enormemente los procesos. En algunos casos parece que los informes que se hacen no son tenidos en cuenta para tomar las resoluciones, en otros, no se considera que la institución salud puede aporten información valiosa para resolver en forma integral las situaciones. Muy preocupante resultan los tiempos que se toman las instituciones para resolver las situaciones, especialmente en casos que atañen a la primera infancia.

Otro aspecto a considerar es cuando nuevos programas o técnicos se insertan a trabajar en el territorio. Estos tienen diferencias de formación, de criterios y de objetivos necesariamente. Resulta imprescindible la coordinación y articulación inicial, ya que el desconocimiento del territorio o de las situaciones complejas que allí se manejan, pueden afectar el trabajo de meses de un equipo, así como la continuidad y los logros de una intervención anterior.

Otra interrogante que se ha vuelto recurrente con el tiempo es acerca de cuándo dar por finalizada una intervención, o cómo cerrar el trabajo con una familia/ situación en la cual no se ven avances significativos. Frente a situaciones en las que ya se trabajó un tiempo considerable y se realizó lo que estaba al alcance del equipo y aun así permanece incambiada o incluso empeora, ¿qué hacer? ¿Se debe discontinuar el trabajo con esa familia? ¿O se debe



seguir sosteniendo, a costa de restar recursos para otras situaciones que podrían beneficiarse? ¿Se debe judicializar o se debe dejar que siga su curso presumiblemente hacia un mayor deterioro? Estas cuestiones son muy difíciles de dirimir, nos enfrentan a una realidad que genera impotencia y desgaste.

Consideraciones finales

El análisis de las prácticas habituales de los equipos de trabajo son insumos imprescindibles para el cambio de modelo de atención en el Primer Nivel (PN) para lo cual es necesario un relevamiento de los mismos y sus necesidades, el apoyo y cuidado de sus integrantes y el seguimiento en el tiempo. Se necesita del compromiso de todos y especialmente de las autoridades para que se conozcan las distintas experiencias, se optimicen y extiendan a todo el sistema de salud.

El modelo de trabajo en equipo presentado se ha consolidado como tal, ha permitido identificar y comprender las problemáticas de la comunidad en forma integral, priorizar líneas de intervención, resolver situaciones, cuidar al equipo de trabajo y construir interdisciplina. Destacamos como imprescindible para su construcción y mantenimiento en éstos años, un tiempo de conocimiento, permanencia y convicción de sus miembros.

A partir del intercambio de experiencias interdisciplinarias en el PNA con la Dra. Da Luz en el año 2016, se empieza a conceptualizar el trabajo que se realiza en el grupo como una Comunidad de Aprendizaje (CA), es decir una estructura organizacional concreta que aprende en el lugar de trabajo a partir de los problemas que surgen en la práctica.

Las comunidades de aprendizaje se definen como: “un grupo de personas con intereses compartidos en determinado aspecto del desarrollo humano y que participan en actividades de aprendizaje colectivas que educan y crean lazos entre aquellos que participan (Da Luz, Careaga, 2007). Estas presentan determinadas características que se corresponden con las del grupo interdisciplinario que se ha conformado en la policlínica: un propósito común y una visión compartida que permite complementarse y crear un conocimiento nuevo a partir de la práctica, una actitud crítica y de investigación para identificar los problemas y lograr soluciones creativas, un trabajo colaborativo y comprometido que protege y previene del *burn-out* a sus miembros (Da Luz, 2014).

Las CA forman parte de la estrategia de Educación Permanente en Salud (EPS). La OPS ha promovido este instrumento para la mejora de los servicios de salud desde el año 1974 en adelante (Haddad, 1994). En nuestro país, se logra implementar este proceso en el Centro de Salud Jardines del Hipódromo de la mano de su directora Dra. S. Da Luz y el equipo de



gestión, involucrando a todo el equipo de salud: profesionales y técnicos, administrativos, servicios de limpieza y de vigilancia. Dicha experiencia duró 3 años y medio y fue recogida en un libro titulado “Educación Permanente en Salud”. Hacemos nuestras las palabras de su prólogo: “es nuestra aspiración que la EPS sea incorporada como herramienta útil en la construcción de espacios de capacitación de los equipos interdisciplinarios. De esta forma, al promover impacto en la gestión y en la calidad de la atención estaremos contribuyendo a los cambios impulsados por el SNIS” (Da Luz, 2014).



Referencia Bibliográfica

- Caétano, Rydel, D. Sica, Ventre (2009). Desde la salud mental a la salud integral. Psicólogos en el primer nivel de atención, reflexiones primarias. En: *IV Congreso de la Sociedad de Psicólogos de Salud Pública*. Montevideo. Uruguay.
- Canetti, A., Da Luz, S. (Eds.) (2005) Enseñanza universitaria en el ámbito comunitario, Montevideo. Uruguay.
- Davini M. C.Nervi. I, Roschke, MA. (2002). Capacitación del personal de los servicios de salud. Serie observatorio de recursos humanos de salud No. 3. Quito, OPS - OMS.
- Da Luz, S., Careaga, A. (2007). Recuperado de:
https://www.smu.org.uy/dpmc/pracmed/ix_dpmmc/daluz_eps.pdf
- Da Luz, S. (2014) Educación Permanente en Salud. En el cambio de modelo de atención y gestión. Montevideo: MSP.
- Haddad, J. (1994) Educación Permanente de personal de salud. En: Haddad J, Clasen, Roschke MA, Davini MC, editores. Washington DC: OPS Serie Desarrollo de Recursos Humanos en Salud N°100.
- Organización Panamericana de la Salud (1999). Planificación Local Participativa: Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe. Serie Paltex, N° 41.
- Organización Panamericana de la Salud (2008). La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas Washington DC: APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud.pdf
- Uruguay. Poder legislativo. Ley 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud, Montevideo, Uruguay. 5 de diciembre de 2007, Recuperado de:
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública (2009). Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud.
Recuperado de:
http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/MSP_libro_reforma_a.pdf
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. (2017) A diez años de iniciada la Reforma de la Salud” Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de: <http://www.msp.gub.uy/noticia/diez-a%C3%B1os-de-la-reforma-sanitaria-evaluaci%C3%B3n-y-desaf%C3%ADos-del-sistema-nacional-integrado-de>



“Especialidades Médicas: Evaluación de reválidas de títulos extranjeros (2016-2018)

Escuela de Graduados de Facultad de Medicina

Universidad de la República”

Autor: Gilberto Ríos Ferreira

Resumen

El presente trabajo se realiza por solicitud de la Dirección de la Escuela de Graduados (EG) con el propósito de sistematizar información sobre solicitudes de reválidas de extranjeros, para tener una primera aproximación en aspectos cuantitativos y cualitativos.

Es un trabajo descriptivo retrospectivo que tendrá como fuente de datos las solicitudes de reválidas que hayan ingresado a la EG en el período 2016 – 2018.

El año 2018 incluye las solicitudes ingresadas hasta el 31 de mayo. Se tendrán en consideración el número de reválidas solicitadas, ajustadas por año, y según especialidades.

Las conclusiones a las que se pretende llegar tienen que ver con la identificación de la demanda según países de origen; cuáles son las especialidades más solicitadas; el estado de situación de las solicitudes y poder proyectar una tendencia en el tiempo.

Se pretende además tener una panorámica de la gestión de reválidas, para realizar los ajustes que correspondan.



Introducción

El presente trabajo se realiza a solicitud de la Dirección de la Escuela de Graduados, con el propósito de evaluar el proceso de reválidas de títulos extranjeros, en el período 2016 – 2018. Es en dicho período que comienza un cambio sustantivo en el ritmo de solicitudes (aspectos cuantitativos) y ampliación de los países de origen y tipo de especialidades (aspectos cualitativos).

Las conclusiones a las que se pretende llegar tienen que ver con la identificación de la demanda según países de origen; cuáles son las especialidades más solicitadas; el estado de situación de las solicitudes y poder proyectar una tendencia en el tiempo.

Se pretende además tener una panorámica de la gestión de reválidas, para realizar los ajustes que correspondan.

Luego de realizado el informe se elevará a la Comisión Directiva, y posteriormente elevarlo al Consejo de Facultad y a la Comisión de Posgrados de la UDELAR.

Método

Es un trabajo descriptivo retrospectivo que tendrá como fuente de datos las solicitudes de reválidas que hayan ingresado a la EG en el período 2016 – 2018. El año 2018 incluye las solicitudes ingresadas hasta el 31 de mayo. Se tendrán en consideración el número de reválidas solicitadas, ajustadas por año, y según especialidades.

Asimismo, se ordenarán las solicitudes en tres categorías:

- Otorgadas.
- En proceso (cumpliendo los requisitos definidos por la Comisión Asesora y aprobados por la (Comisión Directiva de la Escuela de Graduados).
- Rechazadas



Contenidos

Análisis de reválidas según países de origen año 2016

En el año 2016 se recibieron 43 solicitudes de reválidas, que provienen de 7 países. El cuadro 1, refleja los aspectos cuantitativos y el país de origen correspondiente.

Cuadro 1: N° de reválidas según país - año 2016

Fuente: Secretaría Escuela de Graduados

País	FA	FR %
Cuba	21	49
Venezuela	13	30
Argentina	4	9
Ecuador	2	5
Israel	1	2
Rusia	1	2
España	1	2
Totales	43	99

A continuación, se presentan dos gráficos, que intentan reflejar el peso relativo de cada uno de esos países en relación al número de solicitudes.



Gráfico 1:
N° de reválidas solicitadas según país
Año 2016
Fuente: secretaría Escuela de Graduados

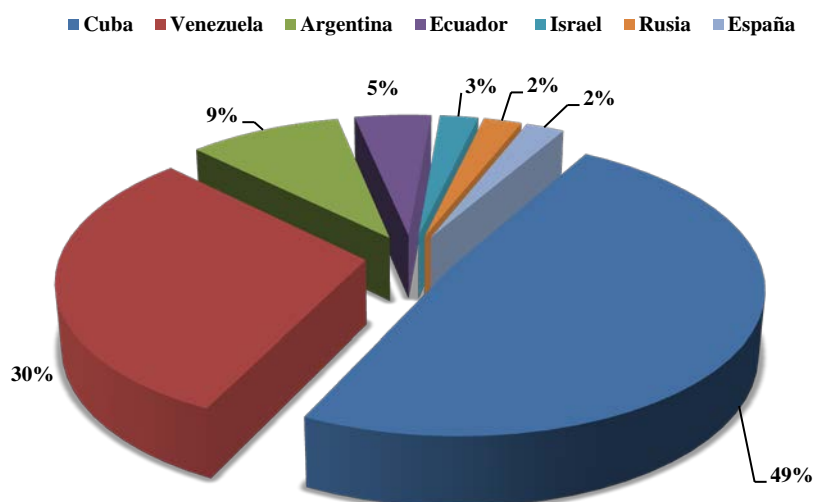
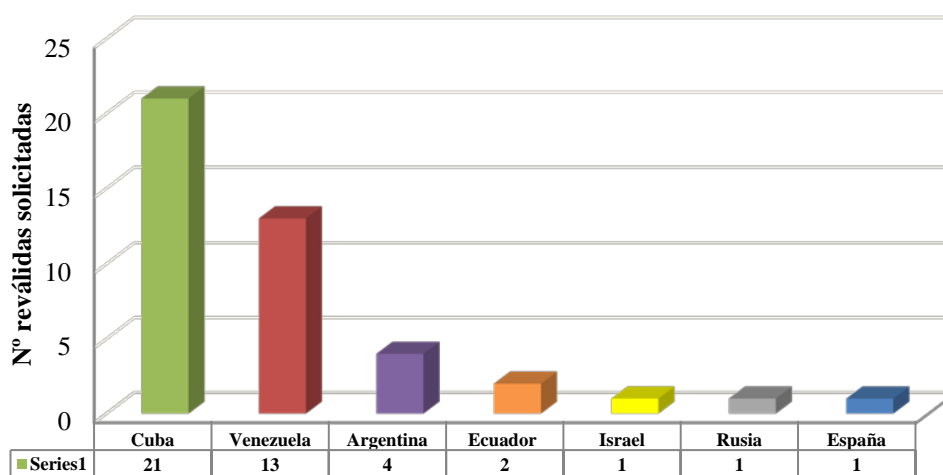


Gráfico 2:
N° de reválidas solicitadas según país
Año 2016
Fuente: Secretaría Escuela Graduados



A continuación se presenta el cuadro que expresa el estado de situación de todas las solicitudes, agrupando las mismas en las categorías expuestas en la introducción.



**Cuadro 2:
Reválidas 2016 estado de
situación**

	FA
Otorgadas	12
En proceso	24
Rechazadas	1
Otros²⁶	6
Totales	43

**Gráfico 3:
Reválidas 2016 - Estado de situación**
Fuente: secretaría Escuela de Graduados



²⁶ En la categoría otros, se incluyen casos donde se solicitó documentación complementaria, datos sobre record quirúrgico y situaciones donde se retiró la solicitud. El cuadro y el gráfico siguiente, destacan, que 28 % fueron otorgadas y 56 % están en proceso de acuerdo a los dictámenes de las respectivas comisiones asesoras ratificadas por la Comisión Directiva de la Escuela de Graduados y un bajo índice de rechazo (2%).



Análisis de reválidas según países de origen año 2017

En el año 2017, se recibieron 40 solicitudes de reválidas, que provienen de 9 países. El cuadro 3, refleja los aspectos cuantitativos y el país de origen correspondiente.

Cuadro 3:
N° de reválidas según países – 2017
Fuente: Secretaría Escuela de Graduados

Países	FA	FR
Cuba	14	35
Venezuela	13	32,5
Argentina	4	10
España	4	10
Ecuador	1	2,5
Colombia	1	2,5
Inglaterra	1	2,5
Suecia	1	2,5
Nicaragua	1	2,5
Totales	40	100



A continuación, también se presentan dos gráficos, que intentan reflejar el peso relativo de cada uno de esos países en relación al número de solicitudes. Son gráficos similares a 2016 para comenzar con las comparaciones y visualizar los países que tienen mayor peso relativo.

Gráfico 4:
Nº de reválidas según países
Año 2017

Fuente: secretaría Escuela de Graduados

- Cuba
 - Venezuela
 - Argentina
 - España
 - Ecuador
- Colombia
 - Inglaterra
 - Suecia
 - Nicaragua

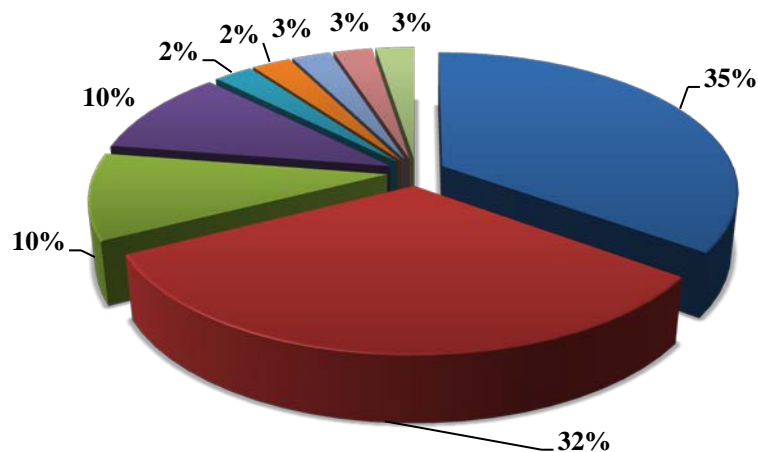
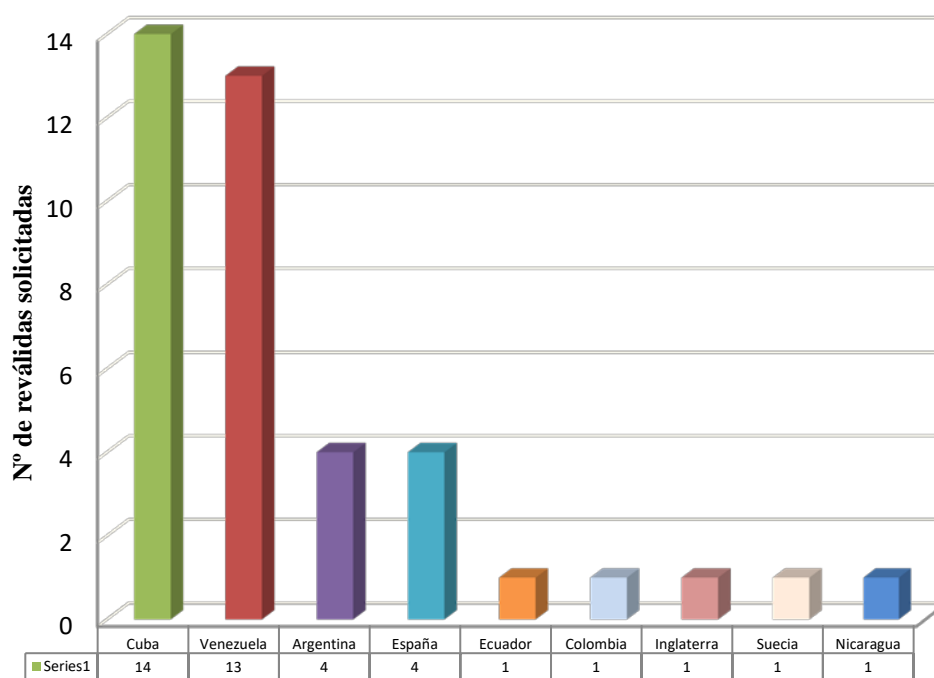


Gráfico 5:
Nº de reválidas según países
año 2017
Fuente: Secretaría Escuela de Graduados



A continuación, tal como se realizó para el 2016, se presenta el cuadro que expresa el estado de situación de todas las solicitudes agrupadas en las categorías correspondientes.

Cuadro 4: Reválidas
2017 Estado de
situación

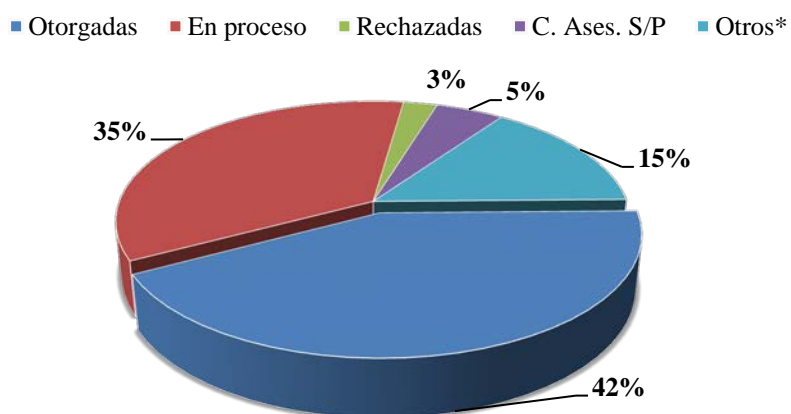
	FA
Otorgadas	17
En proceso	14
Rechazadas	1
C. Ases.	2
S/P	
Otros*	6
Totales	40

En éste cuadro, además de las categorías aplicadas para el año 2016, aparece una nueva, y que refiere a aquellas situaciones en que la Comisión Asesora no se pronunció. Se destaca en



el cuadro y su gráfico correspondiente, que el porcentaje de reválidas otorgadas subió a un 42%, bajando las que están en proceso a 35 % y se mantiene un bajo índice de rechazo (3%).

Gráfico 6:
Reválidas 2017 Estado de Situación
Fuente: Secretaría Escuela de Graduados



Análisis de reválidas según países de origen año 2018

Al 31 de mayo de 2018 se presentaron 23 solicitudes de reválidas. El cuadro siguiente refleja los aspectos cuantitativos y los países de origen.

Cuadro 5:		
Nº de reválidas solicitadas según países		
Año 2018*		
Países	FA	FR
Venezuela	10	44
Cuba	5	22
Argentina	3	13
España	2	8
Ecuador	1	4
Guatemala	1	4
Brasil	1	4
Totales	23	99

En función del cuadro, a continuación, también se presentan 2 gráficos, que intentan reflejar el peso relativo de cada uno de esos países en relación al número de solicitudes manteniendo formatos similares a los anteriores para comenzar con las comparaciones y visualizar los países que tienen mayor peso relativo.



Gráfico 7:
Nº de reválidas solicitadas según países
Período enero - mayo 2018
Fuente: Secretaría Escuela de Graduados

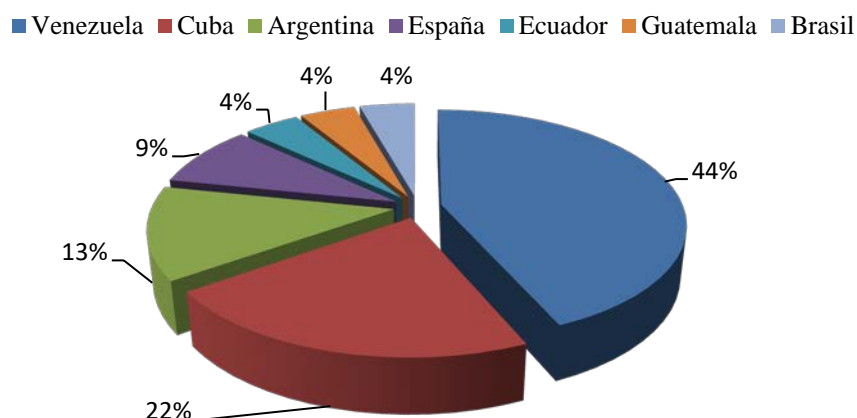
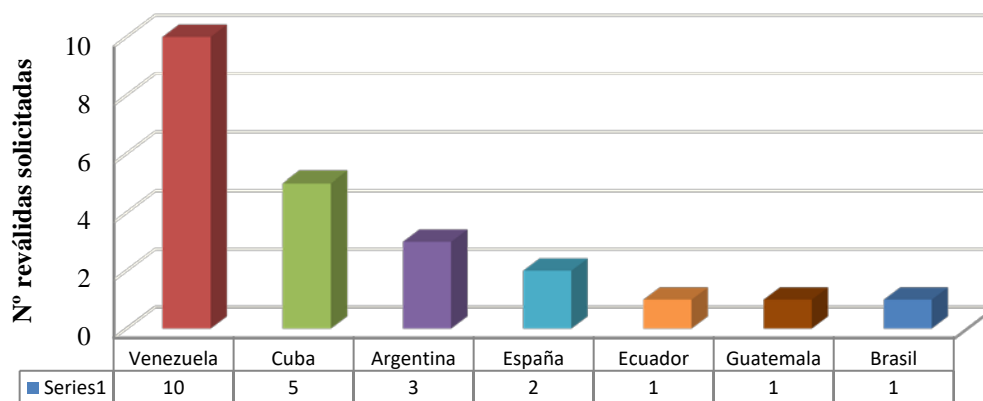


Gráfico 8:
Nº de reválidas solicitadas según países
Período enero - mayo 2018
Fuente: Secretaría Escuela de Graduados



Para el año 2018, a diferencia con 2016 y 2017 no se procesó el estado de situación, porque la información todavía no estaba disponible. A continuación se presenta un cuadro que resume el peso relativo de los países de origen. Solo se incluyen a los países que tienen más de una reválida solicitada.

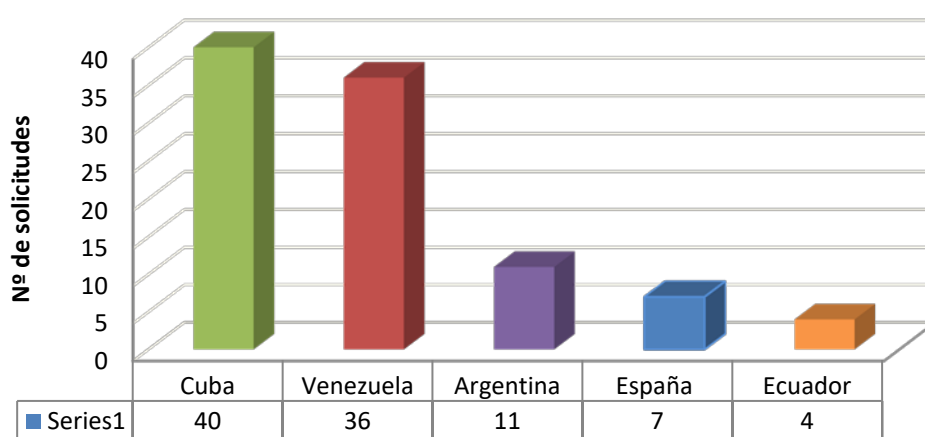


Cuadro 6:
Nº reválidas
solicitadas según
países – Período 2016
– 2018*

Cuba	40
Venezuela	36
Argentina	11
España	7
Ecuador	4
Totales	98

Este agrupamiento se corresponde con el 92,5 % de las reválidas solicitadas en el período. El gráfico refleja el peso específico de estos países sobre la totalidad de las solicitudes. El primer hecho a resaltar es que son solamente, 5 los países que tienen más de una reválida solicitada y con un posicionamiento privilegiado de parte de Cuba y Venezuela.

Gráfico 8:
Nº de solicitudes según países
Período 2016 - 2018*



Análisis de reválidas por especialidades

La segunda parte del análisis se centrará en la relación de las reválidas con el tipo de especialidades. En el cuadro siguiente, se hace un agrupamiento por especialidades, tomando 2 años completos: 2016 – 2017.

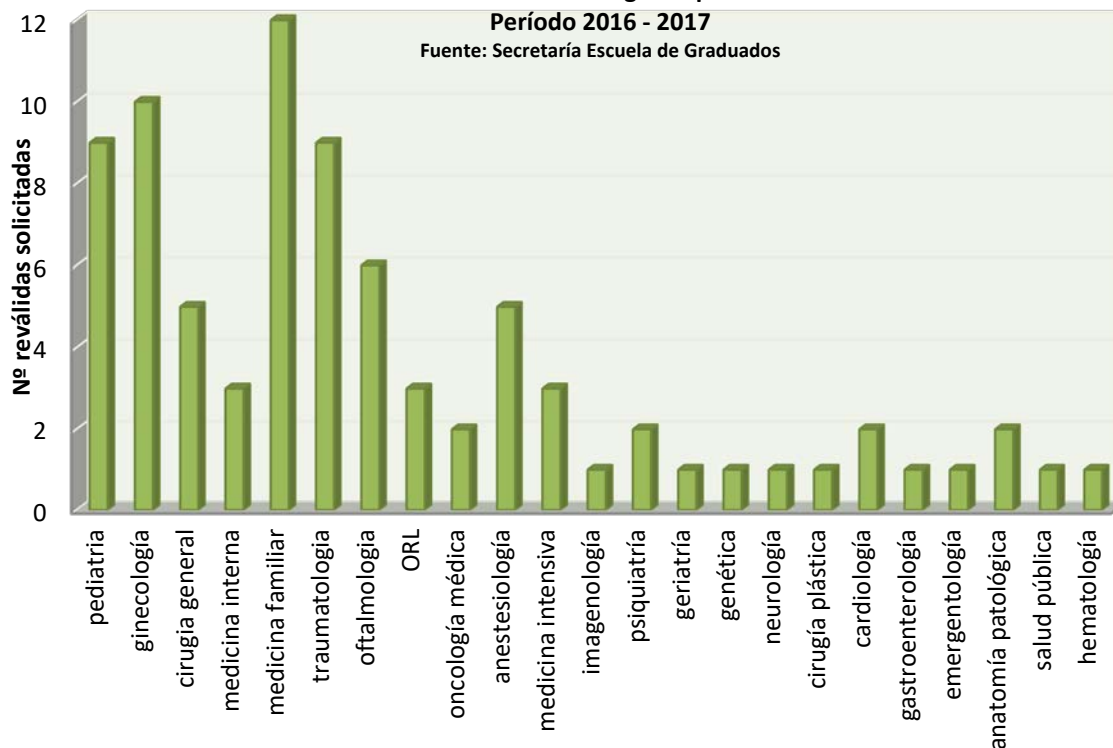
Cuadro 7:
Reválidas solicitadas según especialidades.
Período 2016 - 2017

	2016	2017	Totales
pediatría	4	5	9
ginecología	4	6	10
cirugía general	4	1	5
medicina interna	1	2	3
medicina familiar	5	7	12
traumatología	5	4	9
oftalmología	4	2	6
ORL	2	1	3
oncología médica	2		2
anestesiología	3	3	6
medicina intensiva	2	1	3
imagenología	1		1
psiquiatría	1	1	2
geriatria	1		1
genética	1		1
neurología	1		1
cirugía plástica	1		1
cardiología		2	2
gastroenterología		1	1
emergentología		1	1
anatomía patológica		2	2
salud pública		1	1
hematología	1		1
Totales	43	40	83

Mirando los totales del cuadro y su expresión en el gráfico siguiente, ya se pueden ir visualizando cuáles con las especialidades más demandadas.



Gráfico 9:
Reválidas solicitadas según especialidades
Período 2016 - 2017

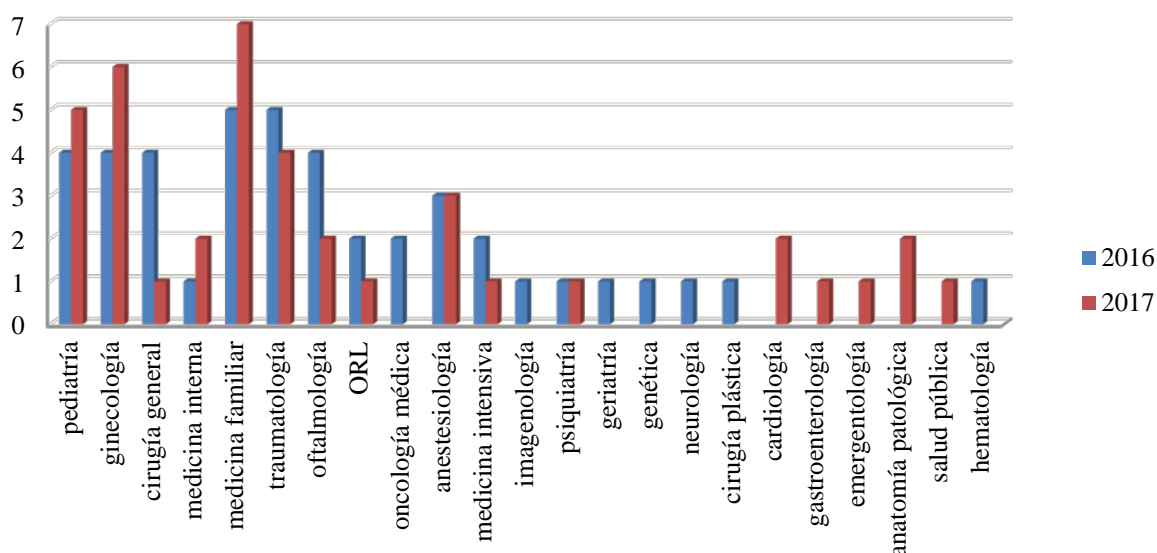


El gráfico siguiente, muestra la secuencia de solicitudes según especialidades, categorizadas por años. Las especialidades que se repiten son las que más se demandan.



Gráfico 10:
Reválidas solicitadas según especialidades agrupadas por años.
Período 2016 - 2017

Fuente: Secretaría Escuela de Graduados



El cuadro siguiente, incorpora las reválidas solicitadas en el presente año y junto con el gráfico nuevamente las solicitudes que se repiten se corresponden con las especialidades más demandadas.



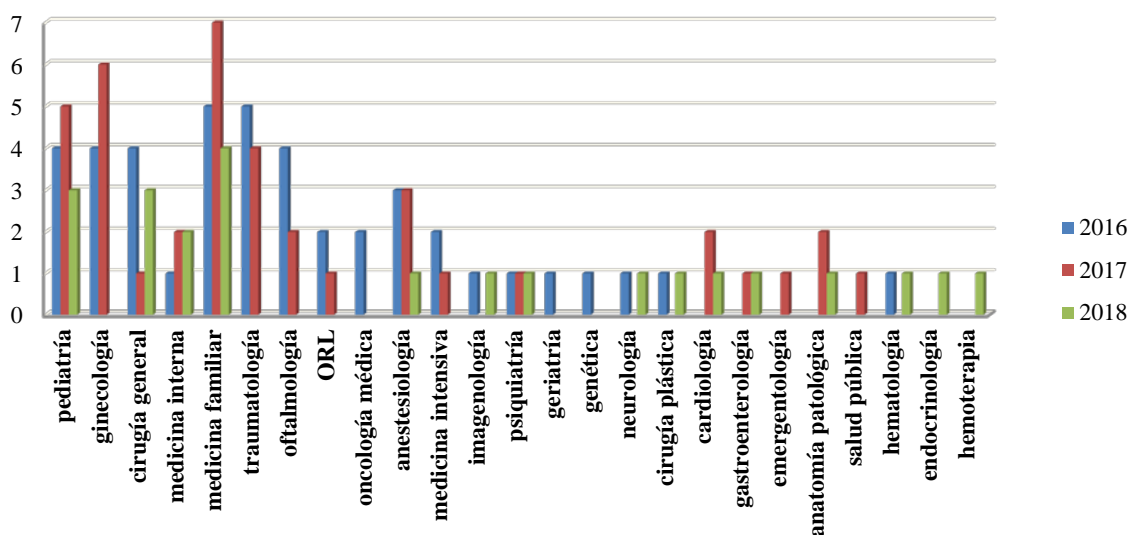
Cuadro 8:
Reválidas solicitadas según especialidades agrupadas por años
Período 2016 – 2018*

	2016	2017	2018	Totales
pediatría	4	5	3	12
ginecología	4	6		10
cirugía general	4	1	3	8
medicina interna	1	2	2	5
medicina familiar	5	7	4	16
traumatología	5	4		9
oftalmología	4	2		6
ORL	2	1		3
oncología médica	2			2
anestesiología	3	3	1	7
medicina intensiva	2	1		3
imagenología	1		1	2
psiquiatría	1	1	1	3
geriatria	1			1
genética	1			1
neurología	1		1	2
cirugía plástica	1		1	2
cardiología		2	1	3
gastroenterología		1	1	2
emergentología		1		1
anatomía patológica		2	1	3
salud pública		1		1
hematología	1		1	2
endocrinología			1	1
hemoterapia			1	1
Totales	43	40	23	106



Gráfico 12
Reválidas solicitadas según especialidades agrupadas por años
Período 2016 - 2018

Fuente: Secretaría Escuela de Graduados



Finalmente, al igual de lo realizado para el análisis de los países de origen, se hizo un agrupamiento por especialidades haciendo un corte en aquellas que tenían 5 o más solicitudes.

Ello se expresa en el cuadro siguiente:

Cuadro 9:
Nº reválidas con 5 ó más solicitudes
Período 2016 – 2017 – 2018*

ESPECIALIDAD	FA
Medicina familiar y comunitaria	16
Pediatría	12
Ginecología	10
Traumatología	9
Cirugía General	8
Oftalmología	6
Anestesiología	6
Medicina Interna	5
Totales	72

8 especialidades se corresponden al 69 % del total.

17 especialidades corresponden al 31 % restante.



Los gráficos siguientes reflejan el peso específico de las especialidades más demandadas.

Gráfico 13:
Reválidas solicitadas según especialidades
N = 5 o + Período 2016 - 2018*
Fuente: Secretaría Escuela de Graduados

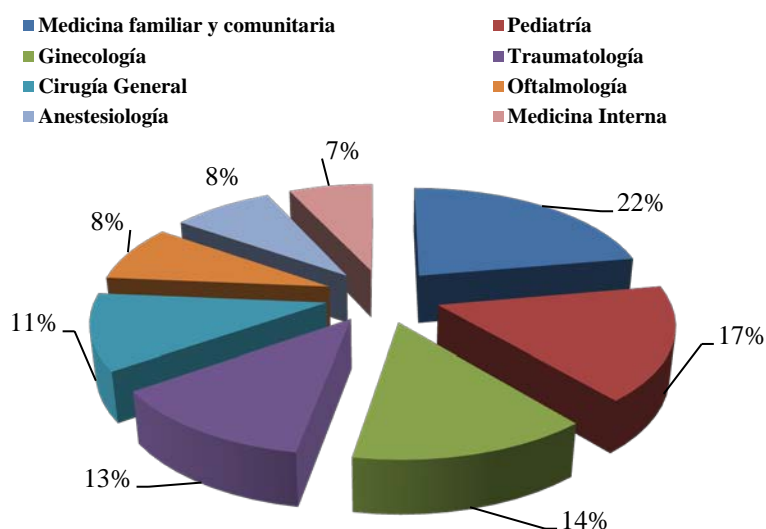
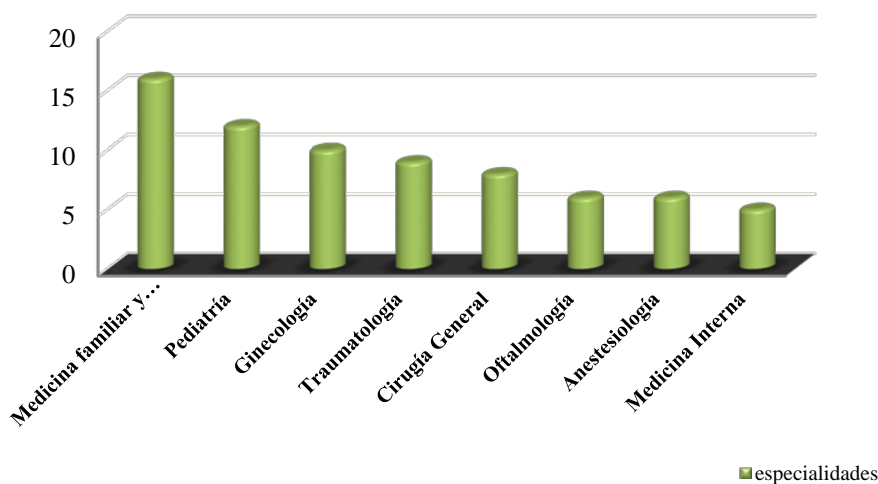


Gráfico 14:
N° de reválidas con 5 o + solicitudes según especialidades
Período 2016 - 2018*
Fuente: Secretaría de la Escuela de Graduados

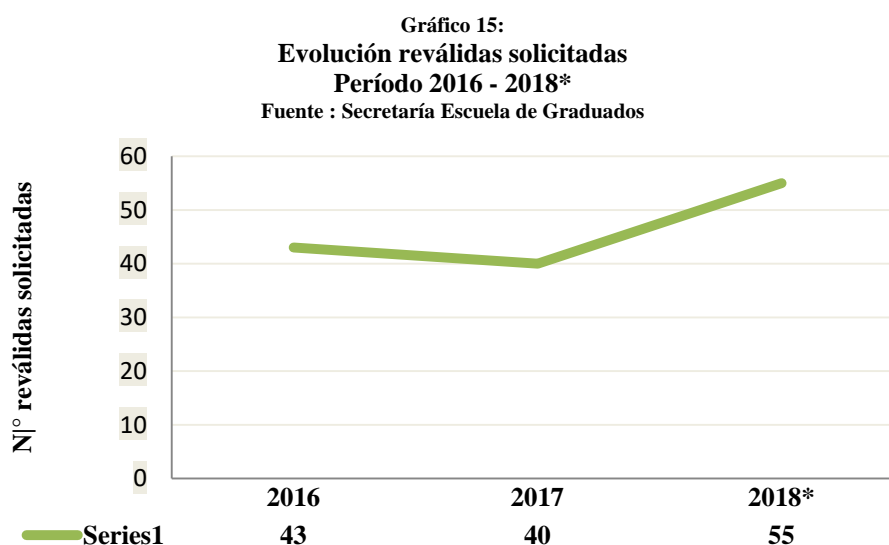


Evolución y tendencias de las solicitudes de reválidas

A pesar que el trabajo abarca pocos años, igual se trató de analizar las probables tendencias de este proceso. El punto de partida el 2016 hasta el 2018.

Cuadro 10:
Evolución reválidas solicitadas
Período 2016 - 2018

Año	FA	FR
2016	43	31%
2017	40	28,50%
2018^{27*}	55	40%
Total	138	100%



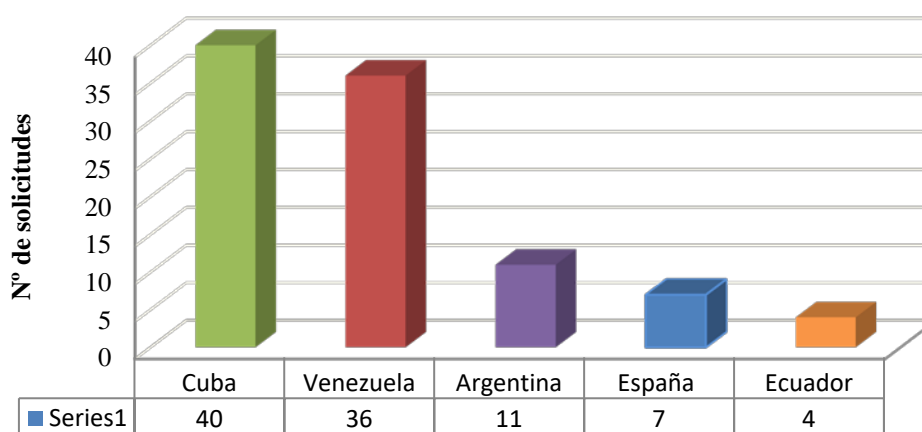
²⁷ Valor que surge a partir de una simulación proyectando las solicitudes efectivamente realizadas hasta el 31 de mayo de 2018. El gráfico correspondiente refleja una leve tendencia al alza del número de solicitudes a medida que pasan los años.



Conclusiones

Sobre el primer tema de análisis, que refiere a la relación de las solicitudes de reválidas con los países de origen, el cuadro 6 y el gráfico 8, que abarca todo el período de estudio, permite concluir que el 92,5 % de las mismas se originan en 5 países, y donde se resalta por su orden un predominio de Cuba y Venezuela.

Gráfico 16:
N° de solicitudes según países
Período 2016 - 2018*



En cuanto al estado de situación de las solicitudes, tomando como referencia el período 2016 – 2017, se puede concluir que aumenta el número de reválidas otorgadas (28 % 2016 subiendo a 42 % en 2017) con un bajo índice de rechazo (entre 2 y 3%). Ver gráficos N° 3 y 6.

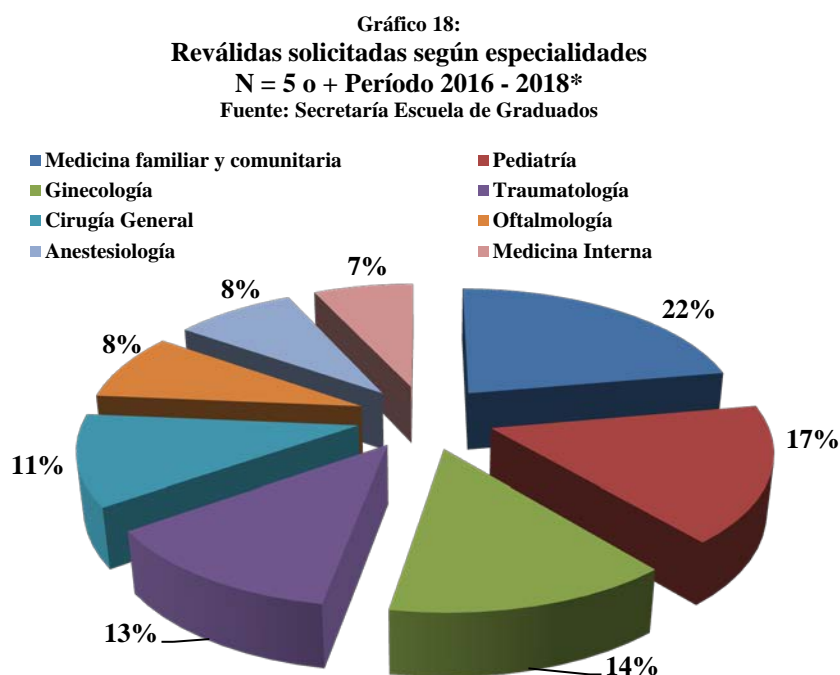
El gráfico siguiente es un resumen del período 2016 – 2017, donde se refleja el alto porcentaje de otorgadas y el bajo índice de rechazo, siendo igualmente el porcentaje más importante la categoría: *en proceso* y que corresponde a aquellas situaciones donde se están cumpliendo con los dictámenes de las respectivas comisiones asesoras. Finalmente sobre éste punto, nos vimos obligados a incorporar una nueva categoría que refiere a casos donde la comisión asesora no se expidió.





Sobre el aspecto referente a las especialidades demandadas, tomando todo el período de estudio (2016 – 2017) quedan involucradas 25 especialidades. Ver cuadro 8 y gráfico 10.

Pero si las agrupamos en aquellas que tienen 5 ó más solicitudes, nos encontramos que 8 especialidades representan un 69 % de la demanda, tal como se expresa en el gráfico siguiente.



Asimismo se destaca que 5 de ellas se corresponden con las llamadas disciplinas básicas: Medicina Familiar, Pediatría, Cirugía General, Ginecología y Medicina Interna. Además se da un adecuado equilibrio entre disciplinas médicas con disciplinas quirúrgicas. Finalmente, en relación a las tendencias, incluyendo todo el año 2018, proyectando los datos recolectados hasta mayo, reflejan una tendencia al alza del número de solicitudes. (Ver gráfico N° 15)



La profesionalización de enfermería. ¿Prioridad del SNIS? ¿Caminos para su efectivización? ¿Quién le pone el cascabel al gato?

Autores: Leda Ballesteros, Laura Molina

Resumen

Cuando en el año 2007, se promulga la ley 18211 del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), la Federación uruguaya de la Salud (FUS), ha promovido por los medios a su alcance, de hacer cumplir su artículo 4º en:

Ley 18211: Artículo 4º

"F) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación continua."

A partir de ese momento la FUS en sus Congresos 15º, 16º, 17º y el 18º ha mantenido sus aspiraciones y reivindicaciones en relación con la formación de los trabajadores que la integran.

Es en el 18º Congreso celebrado en abril del 2018, en la resolución Plenaria de Programa, en el capítulo, Formación Sindical y Profesional, Género y Equidad y Salud laboral, aprueba su lucha por **"Enfermería un solo nivel"** (página. 57. Formación Profesional- Publicación de Resoluciones del 18º Congreso de FUS). Buscando cumplir con sus objetivos principales que son:

- Contribuir a través de sus iniciativas a establecer una política pública dirigida a asegurar la disponibilidad del personal de salud en cantidad, calidad y diversidad, así como la distribución y preservación de dicho personal, en la dirección del cambio de modelo de atención.
- Promover la profesionalización de Auxiliares de Enfermería para que accedan al nivel de licenciatura, que aporten a la resolución de los problemas de salud, y especialmente incidan en el cambio del Modelo de Atención, cooperando con las estrategias de Atención Primaria, enfocados en la eficiencia de los servicios sanitarios



Introducción

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) constituye de hecho una política de estado por lo que el aspecto que consideramos en este documento contribuye a un aspecto fundamental de la misma como es la Formación de los Recursos Humanos en Salud de los trabajadores de la salud privada.

Legislación Uruguaya: Sistema Nacional Integrado de Salud
Ley 18211: Artículo 4°

Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación continua."

La FUS ha manifestado desde los inicios de la reforma un interés particular por la formación de las y los trabajadores de la salud privada. En primera instancia hacemos referencia a las resoluciones específicas de los congresos 15°, 16° y 17° y 18°.

"Condiciones de trabajo: 5. Políticas de recursos humanos: a) Promoción de la formación continua para el personal no médico..." (15° Congreso)

"Resolución sobre balance y perspectiva: 17. Debemos generar un espacio de discusión con la Universidad de la República y el MSP, vinculado a la formación de recursos humanos en salud, orientando los mismos a desarrollar en la práctica el concepto de la salud como un derecho humano y no una mercancía."

"Resolución plenaria sobre reforma de la salud: E. Recursos humanos para un nuevo modelo de atención a la salud, la formación de recursos humanos es un capítulo relevante para el desarrollo estratégico del SNIS. Para ello se hace necesario consolidar vínculos estrechos y alianzas fuertes entre el sistema educativo y el sistema de salud..." (16° Congreso)

"Resolución plenaria reforma de la salud: 5. La construcción del SNIS requiere establecer una política pública dirigida a asegurar la disponibilidad del personal de salud en cantidad, calidad y diversidad, así como la distribución y preservación de dicho personal, en la dirección del cambio de modelo de atención... Los sistemas laborales deben adecuarse para la construcción de equipos de salud sólidos, fomentar la formación continua abatir el multiempleo y estimular la cantidad de prestaciones..."



"Resolución de plenario de programa: condiciones de trabajo. 3. Lineamiento: Formación profesional, acordar en el ámbito de la multisectorial de salud en el INEFOP la articulación con la UDELAR y Ministerio de Salud pública de planes de formación en búsqueda del desarrollo profesional del equipo de salud, su dignificación y calificación conforme a las exigencias de la profundización de la reforma en torno al cambio del modelo de atención. (17° Congreso).

Resolución Plenaria de balance y perspectivas del 18° Congreso de FUS:

..... Profesionalización en enfermería con los recursos humanos que ya integran el sistema, cuya meta sea alcanzar mil nuevos licenciados por año. (Página 48)

“Formación Profesional: *...En el mismo sentido posibilitar que cursen carreras universitarias con cargas horarias comprimidas, que validen saberes adquiridos. En este punto por la cantidad y su impacto en el equipo de salud el proyecto en el que hemos avanzado más es en la enfermería bajo la consigna “ENFERMERÍA UN SOLO NIVEL” (Página 57).

Se ha reconocido que el nivel de formación es un importante determinante social de la salud. La educación desempeña un papel significativo en relación con el tipo de oportunidades laborales que se tienen en el futuro: influye en nuestra toma de decisiones y en nuestras elecciones, además de posibilitar la obtención de recursos sociales y personales vitales para la salud física y mental. De hecho, el nivel de educación es un gran predictor de la salud a largo plazo y la calidad de vida. (CIE 2017).

Objetivos generales

Contribuir a través de sus iniciativas a establecer una política pública dirigida a asegurar la disponibilidad del personal de salud en cantidad, calidad y diversidad, así como la distribución y preservación de dicho personal, en la dirección del cambio de modelo de atención.

Promover la profesionalización de Auxiliares de Enfermería para que accedan al nivel de licenciatura, que aporten a la resolución de los problemas de salud, y especialmente incidan en el cambio del Modelo de Atención, cooperando con las estrategias de Atención Primaria, enfocados en la eficiencia de los servicios sanitarios

Objetivos específicos



Incrementar el número de Licenciados en Enfermería mediante formación universitaria calificada.

Incentivar la profesionalización de la Enfermería nacional estimulando a que sea una carrera universitaria atractiva.

Unificar progresivamente la formación de enfermería en un solo nivel con posibilidades de avanzar en su formación a lo largo de toda la vida profesional.

Desarrollar un programa de formación continua para la obtención de títulos de expertos en determinadas áreas y/o a la profesionalización.

Desarrollar una estrategia estructurada para la capacitación y formación continua de todo el equipo de salud

Marco contextual

La Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS) trabaja con los países de la región para promover la educación en enfermería y fortalecer sus capacidades para producir, evaluar y utilizar evidencia científica en enfermería. También, evalúa la situación de los recursos humanos en enfermería para promover políticas y planes, y facilita la comunicación y la diseminación de información científica.

Según la OMS, se necesitan alrededor de 25 médicos, enfermeras y parteras cada 10.000 habitantes para brindar servicios esenciales de salud a la población. En las Américas, alrededor del 70% de los países cuentan con los profesionales necesarios, y en algunos casos los superan, pero enfrentan desafíos en su distribución y formación.

En la Región se utiliza un indicador que establece la relación que existe entre la disponibilidad de Médicos y Licenciadas en Enfermería. Según la OPS se sugiere que esta relación sea de 1 Médico 1 Licenciada. El objetivo del indicador es demostrar cual es la relación existente entre la disponibilidad del personal médico y el personal de enfermería que podría afectar la composición de habilidades del equipo de salud. (Fuente: Indicadores Básicos de RHS 2015. Cultura del Trabajo)

El Director General de la OMS Dr. Tedros Adhanom Ghebresyesus en el acto de asunción en su cargo, (mayo 2018) manifestó su gran interés en trabajar con la enfermería en el futuro, pues afirma comprender roles críticos que desempeñan en los sistemas de salud, considerando que “son la columna vertebral de nuestros sistemas de salud”, y tendrán “apoyo total a su campaña por aumentar la visibilidad, la formación y los sistemas de apoyo en torno a las enfermeras”, “estoy de acuerdo con la recomendación del informe de que debemos dedicar más atención y recursos a la enfermería”.

Para contextualizar la situación, se muestra a continuación la distribución de recursos humanos en salud, en nuestro país:



Tabla 1. Profesionales de la salud registrados en el MSP (Marzo, 2017)

Médicos	16.268
Lic. Enfermería	6.176
Aux. Enfermería	23.606
Lic. Nutrición	1.913
Lic. Psicología	7.837
Obstetras parteras	619
Odontólogos	4.208
Otros profesionales de la salud ²⁸	6.719

Fuente: Elaboración DEMPESA-MSP en base a datos del SHARPS (Marzo, 2017)

Como se puede observar en la tabla, claramente hay una necesidad imperiosa de que el país cuente con más enfermeros con titulación de Licenciados.

Tabla 2. Densidad de cargos en policlínica cada 10.000 usuarios. IAMC – ASSE. 2016²⁹

Subsectores	ASSE	IAMC
Aux. Enfermería	10.1	9.1
Lic. Enfermería	1.4	0.9
Medicina general	23.0	17.0
Medicina familiar	6.8	0.3
Pediatría	33.7	26.3
Ginecología	11.7	10.3

Fuente: SCARH - Lotus notes 2016 y Censo de usuarios 2016

²⁸ Se incluyen todas las categorías de profesionales que forma la Escuela de Tecnología Médica, considerando de esas categorías también los egresados por el sector privado. Fuente: Elaboración Dempesa-MSP en base a datos del SHARPS, marzo 2017

²⁹ Se considera la cantidad de horas contratadas para policlínica. Para los trabajadores médicos se realiza la conversión de horas a cargos de 26 horas mensuales y para los trabajadores de enfermería se consideran cargos de 144 mensuales. No están incluidos los seguros integrales por su déficit de información en cuanto a los datos de horas de sus trabajadores. Para los médicos generales se consideran los usuarios mayores de 14 años, para pediatría los menos de 15 años, para ginecología las usuarias mayores de 14 años y para medicina familiar, auxiliares y licenciados en enfermería el total de usuarios de cada subsistema.



En las Américas, el número de enfermeras por cada 10.000 habitantes varía entre aquellos países en el extremo inferior, como Chile que tiene una ratio de 1,4 enfermeras por cada 10.000 habitantes, y aquellos con las ratios más elevadas como Canadá con

92,9 enfermeras por cada 10.000 habitantes (OMS 2014). La evidencia derivada de la investigación muestra que aquellos hospitales con mayor ratio enfermeras/pacientes tienen tasas de mortalidad inferiores (Aiken et al. 2014). De manera similar, una menor dotación de enfermeras, una mayor carga de trabajo y entornos inestables en las unidades de enfermería estaban relacionados con resultados negativos de los pacientes incluyendo caídas y errores de medicación (Duffield et al. 2011).

Eficacia de las enfermeras en relación con la dotación de personal y su nivel de formación

El entorno de trabajo presenta retos complejos para las enfermeras. Algunos de ellos son la combinación de habilidades y la carga laboral de manera que a menor nivel de dotación de enfermeras y mayor carga de trabajos menos favorables serán los resultados de los pacientes. La otra cuestión está relacionada con el nivel de formación de las enfermeras y su efecto en los resultados de los pacientes.

En Europa — Mejor uso de los recursos un estudio realizado por Aiken et al. (2014) en nueve países europeos dirigido a evaluar si la carga de trabajo de las enfermeras y su nivel de formación estaban asociados a variaciones en la mortalidad en los hospitales tras la realización de procedimientos quirúrgicos comunes mostró que:

Un incremento de un paciente en la carga de trabajo de la enfermera incrementaba en un 7% las probabilidades de que un paciente hospitalizado falleciera a los 30 días de haber sido ingresado.

Cada incremento del 10 por ciento en el número de enfermeras con título de licenciatura estaba asociado a una disminución del 7% de esa probabilidad.

Estas asociaciones indican que los pacientes en hospitales en los que el 60% de las enfermeras tenían una licenciatura y cuidaban de una media de seis pacientes tendrían una tasa de mortalidad al menos un 30% inferior que la de los pacientes en hospitales en los que solo el 30% de las enfermeras tenían un título de licenciatura y cuidaban de una media de ocho pacientes.

A 10 años de la reforma, estamos en una fase que impone un gran desafío, requiere de una impronta revolucionaria capaz de transformar verdaderamente el paradigma del modelo vigente.

Creemos que el MS ha iniciado un trabajo en ese sentido y así lo demuestra cuando presenta las conclusiones de la convocatoria al dialogo social a 10 años de la reforma, transcribimos:



Conclusiones

Principales ideas / Recursos Humanos en Salud

Necesidad de diseñar un plan estratégico de RHS a largo plazo con metas concretas y que sea operativo. La formulación de ese plan debe ser liderada por el MSP pero con activa participación de las de las instituciones formadoras de recursos humanos que tienen autonomía institucional.

El monitoreo y la evaluación de su desempeño deben estar contemplados durante todo el proceso de formación, que debe ser continuo, y luego en su inserción laboral, contando a esos efectos con sistemas de información apropiados con fuerte componente técnico.

Diseñar mecanismos de evaluación de políticas que contemplen la implementación de las mismas y el impacto sobre la calidad asistencial, evaluando procesos y resultados.

Necesidad de disminuir el multiempleo para generar mejores condiciones para abordar el compromiso y la alta dedicación de todo el equipo de salud.

Incorporar la perspectiva de cambio de modelo a la hora de planificar los RHS.

Ante escasez de licenciadas en enfermería, generar condiciones para seguir avanzando en la profesionalización de auxiliares de enfermería existentes y estimular una mejor distribución funcional y territorial de las mismas.

Políticas de complementación de servicios y de centros de referencia: solución clave para resolver problemas de dotación de recursos, ineficiencias y calidad.

Analizar necesidades de RHS y planificación con mirada desde el territorio, integrando a los distintos actores, especialmente la voz de los usuarios.

Si pensamos a la salud como “un instrumento del desarrollo, pues posibilita el ejercicio pleno de las capacidades del ser humano, los gastos del sector salud constituyen en una inversión que reditúa a la sociedad beneficios que expresan con amplitud el esfuerzo económico realizado”. (Aron Nowinski. 1972).

Una población sana es un recurso nacional vital. Uno de los objetivos primordiales de toda nación ha de ser el de conseguir para la población el mejor estado de salud posible con los recursos disponibles, por eso trabajamos para que todas las personas tengan acceso a enfermeras competentes que dispensen cuidados, supervisen y apoyen en todos los contextos.



La creciente tecnología, los cambios epidemiológicos, la seguridad del paciente, la medicina complementaria y alternativa, aumento de la población envejeciente, los estándares de seguridad exigidos por la autoridad sanitaria, nos pone frente a exigencias que solo es posible atenderlas con personal altamente calificado. Que a su vez haya un número mayor de profesionales, que adopten un criterio acorde a los nuevos desafíos y vuelquen los conocimientos al resto del equipo de salud.

Enfermería en un solo nivel

El desafío debe ser avanzar en formación continua y la profesionalización de los auxiliares de enfermería que trabajan en los servicios de salud, creemos con esto contribuir al desarrollo de los objetivos sanitarios, para mejorar la calidad del cuidado y de los servicios, minimizar los riesgos de enfermarse.

Considerando lo planteado por nuestra propia ley del SNIS, los enunciados del Ministerio de Salud de Uruguay y la OPS/OMS y a los acuerdos alcanzados a partir del dialogo social con otros trabajadores, con la organización de jubilados y con las organizaciones de usuarios es que avanzamos en el análisis de la situación y la propuesta en este sentido.

Estamos seguros que solo podrá lograrse si se establece una política de estado clara al respecto, decimos que la formación de los recursos para el nuevo modelo es esencial, no podemos hablar de cambio de modelo, sin que se capacite para ello a sus integrantes, hoy se capacita para un modelo asistencialista, médico- dependiente, que se dedica a atender la enfermedad, que no está pensando en la salud, y tal como lo indica la OMS, no hay salud sin fuerza laboral, pero fuerza laboral capacitada y adecuada al modelo, no generar como en épocas pasadas que criticamos, personal para tapar los agujeros de la asistencia, queremos personal altamente calificado, que agregue calidad al cuidado, promovemos propuestas que agreguen valor a la calidad y a la necesaria transformación del modelo, por eso hemos elaborado nuestra propia propuesta en conjunto con la Academia.

En un país con el déficit de enfermeras universitarias que tiene Uruguay se requiere no solo facilitar el ingreso de nuevas generaciones a dicha formación sino también la profesionalización de los auxiliares de enfermería actuales. Se proponen alternativas para reconvertir los recursos humanos que ya optaron por esta profesión y deseen desarrollarse en el ámbito universitario.

Este podría ser un elemento fundamental que permita que todos los Auxiliares de Enfermería puedan continuar los estudios superiores reconociendo su formación anterior y otorgándole igualdad de condiciones para ello. Rompiendo así con 70 años de una historia que no ha sido buena para la disciplina, para los jóvenes cuya vocación es esta área disciplinar y para la sociedad que requiere día a día de una mayor y mejor calificación de sus profesionales. Ya



existen experiencias, tanto en la UDELAR como en la Universidad Católica del Uruguay (UCU), en la reconversión de este recurso.

Partimos de la base que estas metas son compartidas por la enfermería nacional, actor fundamental en el proceso asistencial, por el lugar que ocupa en el proceso y por las competencias adquiridas para las actividades que exige el cambio de modelo.

Las experiencias de profesionalización realizadas por las Facultades de Enfermería han demostrado ser posibles y necesarias. Sin embargo, la situación del sector hace imprescindible potenciar esta línea de trabajo y fijar metas ambiciosas, como llegar a 1000 nuevas licenciadas a nivel nacional por año, otorgando los recursos para ello.

Los contactos realizados por FUS con las facultades de Enfermería encontraron una franca disposición a abrir más ofertas educativas en esta dirección. Se necesita aportar los recursos para la labor docente y una actitud de apoyo por parte de las instituciones de salud y del gobierno.

La enfermería profesional será capaz de profundizar en los procesos que, incidiendo sobre la cultura organizacional deriven en la producción de programas de Educación Permanente y que debe estar fundamentalmente orientada a incidir sobre la calidad de los servicios de salud y finalmente sobre la situación de la salud de la población.

Resultados esperados

Desde el ámbito del Sindicato de Trabajadores se ha avanzado en:

- Obtener a través del Consejo de salarios 2015 la formación de una comisión para analizar la situación y las necesidades de capacitación del sector.
- Identificar las necesidades de formación de los trabajadores agremiados
- Planificar propuestas conducentes a culminar ciclos educativos
- Presentar propuestas al MS, MEC, MTSS.
- Elaborar un plan en conjunto con la academia de profesionalización para los trabajadores de la salud privada.
- Se elaboró en conjunto con planeamiento educativo de UTU un trayecto curricular para que los auxiliares de enfermería puedan culminar bachillerato.
- Identificar el número de trabajadores auxiliares de enfermería en el sector de la salud privada, para realizar un plan a largo plazo. Hay 7354 Auxiliares de Enfermería que no culminaron ciclos secundarios.
- Identificar cuantos auxiliares de enfermería que han culminado el bachillerato.



- Se ha promovido la culminación de estudios por llamados abiertos, como fortalecimiento de la salud de los trabajadores a 16442 de diversas categorías laborales de los cuales 12597 son mujeres.
- Desde marzo de 2017 han culminado su bachillerato 239 trabajadores, la mayoría son AE.
- En la inscripción de agosto de 2018, para iniciar sus cursos en 2019, se inscribieron 1055 trabajadores de ellos 261 son Auxiliares de Enfermería, 261 del Interior, aún se están analizando datos de Montevideo.
- La localización de los mismos es en 13 departamentos del Interior y Montevideo, no se obtuvieron inscripciones de Rivera, San José, Flores, Lavalleja y Rocha.

Desde el ámbito del MSP

- Se han presentado diversos estudios en los años 2013 y 2014 vinculados al recurso humano.
- Se realizó el Censo nacional de Enfermería en 2013 y la Encuesta de Enfermería en 2014.
- Se ha presentado el informe a 10 años de la reforma, donde se prioriza la formación de los recursos del ramo, con énfasis en la enfermería.

Se aspira que el Ministerio de Salud y el Poder Ejecutivo definan con urgencia:

- Que la necesidad de formación del personal de enfermería se convierta en una política pública prioritaria
- Dar cumplimiento al Convenio número 149 de Organización Internacional del Trabajo (OIT) ratificado por el país en 1980 y a las recomendaciones sobre el personal de Enfermería N° 157 de 1997.
- Establecer un plan de profesionalización a 10 años y dotar de recursos para profesionalizar 1000 auxiliares de enfermería por año, comenzando en 2019.
- Promover la definición de estándares de dotación, comenzando por el primer nivel y los cuidados moderados de adultos y niños.
- Acordar con las Instituciones formadoras de recursos el perfil de egreso y el énfasis en la APS para los primeros años de egreso.
- Acordar con las empresas de salud, la incorporación de recursos y el cumplimiento de los estándares que se definan y que ello se transforme en un indicador de calidad.



Conclusiones

El Instituto de Formación Sindical de FUS, viene trabajando para alcanzar las aspiraciones de lo expresado por los trabajadores en sus plataformas programáticas.

Sabemos que es un camino que presenta muchos obstáculos, porque significa romper moldes culturales muy arraigados, donde la hegemonía médica juega un papel muy importante, donde la función rectora ha debido transitar por estos obstáculos, porque la sociedad de los derechos y las oportunidades para la clase trabajadora aún no se concreta de acuerdo a sus aspiraciones.

"Las enfermeras son un recurso humano importante para la salud", consideró Silvia Cassiani, asesora regional de Enfermería y Técnicos en Salud de la OPS/OMS, y destacó que el personal de enfermería conforma más del 60% de la fuerza de trabajo en salud y cubre el 80% de las necesidades de atención. "Debemos hacer más esfuerzos para formar a más profesionales, distribuirlos equitativamente según las necesidades de la población y para retenerlos en sus puestos de trabajo", señaló.

Para que la enfermería se vuelva una profesión visible y considerada en su justa dimensión, es necesario establecer su situación crítica por la escasez, formada para el cuidado, mediante un método científico y que tiene un valor agregado que es el de ser capacitado para la gestión del proceso enfermero, pero también para la gestión de los servicios a cargo, que es el articulador de referencia, por encontrarse las 24 horas, los 365 días del año en los servicios hospitalarios, pero que también acompaña y gestiona los servicios de primer nivel, con una visión integral de las necesidades de las personas, familias y comunidad.

Por eso queremos profesionalizar; ni crear categorías intermedias, ni que otros actores intervengan en este proceso de formación, e insistimos, ya existen las instituciones, si queremos ser eficientes es allí donde debemos destinar recursos y establecer los planes, obviamente que son cambios que requieren mucho esfuerzo, compromiso y dedicación y en este país eso no falta en los actores sociales.

En consideración de la definición de la salud como un derecho humano implica que el Estado tiene el deber de definir y liderar la política sanitaria, incluyendo la formación de Recursos humanos, estimulando la participación de trabajadores, usuarios y prestadores para proteger el goce de este derecho.



Referencia Bibliográfica

- Convenio núm. 149 sobre el personal de enfermería. OIT, Ginebra, 2007.
- El desarrollo de la carrera profesional en la enfermería. Cie 2001.
- Ley 18.211
- Ley 18.815
- Resolver la desigualdad: Objetivos de desarrollo del milenio 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1
IND 2013- CIE.
- Las enfermeras, Una fuerza para el cambio: *Eficaces en cuidados, eficientes en costos.* IND 2015- CIE
- El papel de las enfermeras. En el logro de los objetivos de desarrollo sostenible.
DIE ICN 2017.
- Resoluciones finales del 15º, 16º, 17º y 18º Congreso de FUS.
- Cambio del Modelo de Atención en el Sistema Nacional Integrado de Salud.
MSP-2014
- Censo Nacional de Enfermería 2013-Encuesta Nacional de Enfermería 2014.
Sistematización y análisis de los principales resultados. Marzo 2015.
División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud.
- Perfil del Sistema de Salud. Uruguay 2015. OPS-OMS.
- Normativa de Enfermería para el nuevo SNIS. CONAE-MSP 2010.



