

**BUENAS PRÁCTICAS EN  
CAPACIDAD RESOLUTIVA**

Primer Nivel de Atención del SNIS. 2018

---

# **BUENAS PRÁCTICAS EN CAPACIDAD RESOLUTIVA**

Primer Nivel de Atención del SNIS

---



**Ministerio  
de SALUD**

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

## **Catalogación en la fuente**

Benia W, Moresino S, coord. Buenas prácticas en capacidad resolutiva. Primer nivel de atención del SNIS. 2018 - Montevideo: Ministerio de Salud Pública, junio de 2019. 336 p.

1. Primer nivel de atención. 2. Buenas prácticas. 3. Atención Primaria de Salud  
4. Uruguay. I. Benia, Wilson. Moresino, Sandra. Coord. LII: MSP. NLM: W.84

## **ISBN: 978-9974-8602-2-3**

Impreso en: Gráfica Mosca (Meralir S.A). Junio de 2019, Montevideo-Uruguay  
Depósito Legal: D.L.: 375.905  
Edición amparada en el decreto 218/996 [Comisión del Papel]

# Autoridades

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

**Dr. Jorge Basso**

Ministro de Salud Pública

**Dr. Jorge Quian**

Subsecretario de Salud Pública

**Dra. Raquel Rosa**

Directora General de la Salud

**Dr. Gilberto Ríos**

Subdirector de la Dirección General de la Salud

**Sr. Humberto Ruocco**

Director General de Secretaría

**Ec. Arturo Echeverría**

Presidente de la Junta Nacional de Salud

**Dra. Adriana Brescia**

Directora de la Dirección General de Coordinación

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

**Dr. Giovanni Escalante**

Representante OPS/OMS en Uruguay

**Coordinación de la publicación:** Wilson Benia, Sandra Moresino

**Edición de capítulos de la segunda parte:** Sofía Bergeret

**Contribuciones al documento:** Wilson Benia, Griselda Bittar, Soledad Bonapelch, Adriana Brescia, Diego Langone, Andrea Mazzei, Sandra Moresino, Zoraida Fort, Mariana Mugico, Sergio Núñez, Irene Petit, Jacqueline Ponzo, Fernando Barbé.

**Fotografía:** Bruno Strapetti, Ernesto Ryan, Héctor Piastrí. [Empresa: Lucida]

**Diagramación:** Álvaro Nari, Área de Comunicaciones OPS/OMS Uruguay.

# Contenido

**pag. 07 Prólogo** Dr. Jorge Basso. Ministro de Salud Pública

**pag.09 Prólogo** Dr. Giovanni Escalante. Representante de OPS/OMS en Uruguay

**pag.11 Presentación**

## **PARTE 1. Aprendizajes a partir de las buenas prácticas en el PNA.**

- 1. pag.16** La iniciativa de reconocer buenas prácticas en capacidad resolutive del primer nivel de atención.
- 2. pag.28** ¿De qué hablamos cuando discutimos sobre la capacidad resolutive del primer nivel de atención?
- 3. pag.36** Los equipos de salud en el primer nivel de atención. Composición y dinámica de los equipos de salud en las 30 prácticas reconocidas

## **PARTE 2. Las prácticas en el PNA reconocidas por su capacidad resolutive.**

- 4. pag.48** Atención integral del adulto mayor en domicilio con abordaje multidisciplinario e interinstitucional
- 5. pag.62** Estrategias de sensibilización y accesibilidad al diagnóstico precoz en infección por el VIH
- 6. pag.72** Manejo de condiciones crónicas en el primer nivel de atención: Unidad Cardio-metabólica
- 7. pag.86** Entramando: Dispositivo de inclusión socioproductiva dirigido a personas

con padecimiento psíquico en el Parque Tecnológico Industrial del Cerro

- 8. pag.98** Descentralización en el abordaje de la tuberculosis en los municipios A y D de Montevideo
- 9. pag.110** Alta programada del usuario rural en la Región Norte de Canelones, Uruguay
- 10. pag.120** Soporte en cuidados paliativos para la Red de Atención Primaria. Consolidación de un modelo. Montevideo, Uruguay
- 11. pag.134** Programa interinstitucional Nodos de Salud de Tacuarembó
- 12. pag.146** Experiencia del Sanatorio SEMM MAUTONE en la atención a adolescentes con intento de autoeliminación en el primer nivel de atención. Maldonado
- 13. pag.156** Transversalización de la perspectiva de género y generaciones en los procesos de atención en salud
- 14. pag.170** Interrupción voluntaria del embarazo en el primer nivel de atención
- 15. pag.182** Atención Integral a las personas trans en un servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Saint Bois. ASSE- UDELAR
- 16. pag.192** Mejora de la accesibilidad a estudios de laboratorio en el Primer Nivel de Atención
- 17. pag.198** Organización de una unidad asistencial luego de realizar un diagnóstico de situación de salud
- 18. pag.208** Gestión de riesgo en procesos de atención de embarazadas y niños en Red Atención Primaria Canelones

- 19. pag.222** Dispositivo de Atención al Paciente Crónico Complejo: una experiencia de integración docente – asistencial. Paysandú
- 20. pag.234** Reperfilamiento y fortalecimiento del Servicio Atención Domiciliaria del Centro de Salud. Ciudad de la Costa
- 21. Pag.244** Atención domiciliaria integral a adultos mayores de 75 años. MHE. Tarariras, Colonia
- 22. Pag.254** Unidad de Prevención y Tratamiento de Alteraciones Nutricionales en Niños y Adolescentes (UPYTANI). Una experiencia innovadora
- 23. Pag.264** Promoción de los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia. Fray Bentos, Río Negro
- 24. Pag.272** Creación de un espacio inclusivo para la atención en diversidad sexual. Policlínica Hipódromo. Rap Canelones
- 25. Pag.282** Atención integral al VIH en servicios del primer nivel del municipio A. Montevideo
- 26. Pag.290** Diagnóstico y tratamiento oportuno para vivir más y mejor. Centro de Salud. Bella Unión. RAP Artigas
- 27. Pag.296** Mejora de la calidad de atención a los niños a través de la discusión de casos en red utilizando la plataforma ECHO
- 28. Pag.302** Teleultrasonografía en el primer nivel de atención. Centro de salud Santa Lucía. RAP Canelones
- 29. Pag.308** Atención integral a la salud de niños y niñas de riesgo usuarios de ASSE del Municipio A.
- 30. Pag.318** Mejora de la accesibilidad a los servicios de salud para las personas sordas
- 31. Pag.328** Atención integral a pacientes en situación de fragilidad/alta dependencia. COSEM.
- 32. Pag.330** Espacio de confianza TESAI. Atención a la salud de adolescentes en centros educativos y sociales. Centro de Salud Giordano. RAP metropolitana. ASSE.
- 33. Pag.332** Rondas de salud rural y jornada de la salud de la mujer rural. RAP Lavalleja. ASSE.

## Prólogo Dr. Jorge Basso. Ministro de Salud Pública

Uruguay transita desde 2005 una transformación tan profunda como necesaria en el sector salud a punto de partida de la existencia de un conjunto de inequidades y debilidades del funcionamiento sectorial con claros perjuicios a todos los sectores de la población. Son parte de esos antecedentes la inexistencia en la práctica de una cobertura universal, con enormes dificultades en la accesibilidad a prestaciones que no estaban definidas, y con un financiamiento inequitativo por parte de la población. Como corolario, alto porcentaje de población sin cobertura asistencial integral, instituciones privadas que cerraban sus puertas generando incertidumbres constantes, deterioro creciente del sector público de la salud por la falta de presupuesto y alta conflictividad gremial.

Las transformaciones comenzaron a consolidarse a partir de 2008 con la implementación de la ley N.º18.211 de diciembre de 2007 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Entre sus principios rectores principales destacan la promoción de la salud; la intersectorialidad de las políticas de salud; cobertura universal, accesibilidad y sustentabilidad de los servicios de salud; equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones; participación social y solidaridad en el financiamiento general.

Es sabido y hay evidencia al respecto de que todas las reformas de los sistemas de salud requieren para su consolidación de un largo proceso de acumulación para crear las condiciones de su puesta en práctica, su superación permanente y su sustentabilidad.

En el camino de la consolidación de nuestra reforma del sector salud en 2015 el Ministerio de Salud Pública presentó los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) 2020 con los que se busca impactar en 15 problemas sanitarios críticos desde una perspectiva de derechos, contemplar los diferenciales vinculados al género y las generaciones y mejorar la atención integral de las patologías de mayor prevalencia. El objetivo estratégico 5 de los OSN es el de *Avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas* y una de las metas para lograr este avance es el de la promoción de las buenas prácticas en los servicios de salud, especialmente en los del primer nivel de atención en tanto primer contacto de las personas con el sistema.

El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente para 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.

En este marco el Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud promovieron en 2018 y reeditan en 2019 la convocatoria a prestadores integrales de salud para la presentación de experiencias de buenas prácticas en resolutivez en el primer nivel de atención.

Queremos expresamente señalar a los prestadores que se han propuesto y lograron hacer funcionar equipos de trabajo en el territorio, atendiendo y resolviendo las necesidades de la población asignada, evitando la sobreutilización de recursos que no aportan en términos de calidad de atención y calidad del gasto.

Sabemos de la existencia de experiencias exitosas al respecto, ya vimos algunas en convocatorias previas. Nos interesa estimular a las instituciones y equipos de trabajo que hacen esos esfuerzos para hacerlos conocer a toda la población, la que en definitiva aspiramos tome decisiones con la mayor información posible sobre la institución donde se asiste.

Agradecemos a todas las personas que acudieron a la convocatoria y que suman su trabajo, esfuerzo y talento a las transformaciones de nuestro sistema de salud.

## **Prólogo Dr. Giovanni Escalante.** Representante de OPS/OMS en Uruguay.

El presente documento da cuenta de un proceso de reconocimiento a las experiencias prácticas en el primer nivel, que están siendo implementadas en el marco de la Atención Primaria de la Salud y del Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay.

En primer lugar, como activista de la APS, me llena de esperanza el cúmulo de buenas prácticas conducentes a la reducción de las barreras de acceso, la ampliación de la cobertura y garantía de la calidad en las redes de servicios de salud.

La constante en todas ellas es un pleno ejercicio de los derechos en salud y la búsqueda de la salud universal, como una visión realista de lo que debe hacerse, para lograr sociedades saludables y en pleno bienestar.

En segundo término, las quince “Muy Buenas Prácticas” generan modalidades de articulación, incidencia y abogacía del primer nivel con los otros niveles de atención, en búsqueda de capacidades resolutivas complementarias. La realidad muestra que es una falsa creencia reducir la APS a un primer nivel de atención simplificado. Más bien, los datos probatorios señalan que la APS se nutre de la acción sinérgica en los tres niveles de gobierno (local, departamental y nacional), el compromiso de todos los sectores (intersectorialidad) y la participación social plena (acuerdos de gestión y convenios).

Este esfuerzo de comunicación desde las prácticas concretas da cuenta del “saber hacer”. Como nuestra directora de la OPS/OMS Dra. Carissa Etienne señala: “sabemos qué funciona y qué debemos hacer. Pero no debemos perder de vista el hecho de que hay millones de personas viviendo en nuestros países que aún no comparten esa esperanza”. Todas las prácticas presentadas muestran que brindar cuidados de la salud no es un privilegio, ni una mercancía. Es un derecho humano fundamental que está en consonancia con los principios y valores de la APS de Alma-Ata.

La presente sistematización mostró que la APS es un enfoque y una estrategia viable y práctica para la salud y el bienestar, para el desarrollo humano y social por su centralidad en las personas, familias y las comunidades. No es sólo el primer nivel de atención, ni tampoco la entrega de un paquete limitado de servicios para poblaciones carenciadas. La APS exige un acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad, no solo curativos sino también vinculados a la promoción, prevención, rehabilitación y cuidados paliativos. Las experiencias abordan los determinantes sociales de la salud que inciden en este amplio abanico de atención integral.

Exhorto a continuar con la búsqueda de innovaciones en las redes de servicios de salud, pues apuntan a la eliminación de barreras de acceso, incluidas las financieras, geográficas, culturales y de género. Son notables las oportunidades que abren las asociaciones entre los prestadores públicos con las IAMC, organismos no gubernamentales y sociedad ci-

vil. Estas experiencias permiten atender poblaciones en situación vulnerabilidad como las mujeres y niños en entornos de pobreza, personas con discapacidad, jóvenes, migrantes, LGBTI, por mencionar algunos.

Es posible fortalecer las políticas públicas evolucionadas en estos once años de reforma para consolidar el modelo de atención centrado en las personas y la comunidad, con la activa participación ciudadana y la sociedad civil organizada, como partes interesadas clave en este proceso. Este es el momento para estrategias innovadoras y creativas para mejorar el involucramiento comunitario y social para que las personas tomen decisiones óptimas a favor de su propia salud.

Les invito a continuar traduciendo toda esta riqueza en un lenguaje accesible para la población en su conjunto, para que todas las personas se apropien de sus contenidos y sean sus defensoras.

## Presentación

Uruguay transita desde 2005 una transformación del sector salud. Estos cambios comenzaron a consolidarse a partir de 2008 con la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) según la ley N.º 18.211 de diciembre de 2007. El Artículo 3º de esta ley señala que los principios rectores del SNIS son la promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población; la intersectorialidad de las políticas de salud; cobertura universal, accesibilidad y sustentabilidad de los servicios de salud; equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones; orientación preventiva, integral y de contenido humanista; calidad integral de la atención; respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud; elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios; participación social; solidaridad en el financiamiento general; eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales; sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Transitar en esta transformación significó e implicó cambios que aún se siguen produciendo en los tres pilares que articulan al sistema de salud. Los cambios en el *modelo de financiamiento* se centran en el aseguramiento de una cobertura universal, equitativa y solidaria a través de la creación de un Seguro Nacional de Salud. Los cambios en el *modelo de gestión* apuntan a la coordinación y complementariedad de los servicios en todos los niveles, y a la participación en espacios de conducción del sistema de representantes de trabajadores, usuarios y prestadores junto a los actores tradicionales del sector, lo cual es un cambio estructural y cultural significativo. Los cambios en el *modelo de atención* se sustentan en el pasaje de un modelo curativo, asistencialista, centrado en la enfermedad a otro que hace énfasis en la prevención y promoción de la salud<sup>1</sup>.

La ley de creación del SNIS en su Artículo 36º define y describe el primer nivel de atención (PNA):

El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia<sup>2</sup>.

El PNA, como puerta de entrada al sistema sanitario, requiere de una conformación y organización óptima del conjunto de recursos humanos que integran el equipo de salud

---

<sup>1</sup> Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación. Ley n.º 18.211 de 5 de diciembre de 2007. Publicada D.O., N.º 27384 [13-12-2007]. Disponible en: <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/18211>

<sup>2</sup> ibidem

para solucionar las demandas en materia de salud de una población.

En 2015 el Ministerio de Salud Pública presentó los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) 2020 con los que se busca impactar en 15 problemas sanitarios críticos desde una perspectiva de derechos, contemplar los diferenciales vinculados al género y las generaciones y mejorar la atención integral de las patologías de mayor prevalencia. Se definieron cinco objetivos estratégicos. *Avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas* es el quinto objetivo estratégico. De este marco se recuperan conceptos sobre la necesidad de fortalecer la resolutivez en el PNA y su relación con la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS):

El enfoque de APS es considerado un elemento sustancial en los sistemas de salud, particularmente porque constituye y encierra la noción de primer nivel de atención. El primer nivel de atención de manera resumida puede ser concebido como la puerta de entrada y el primer contacto que tiene el individuo con el sistema sanitario. [...] Los equipos de salud [EP] de primer nivel deben, por un lado, garantizar el acceso de recursos mínimos a toda la población y, por otro lado, reconocer e incorporar las necesidades específicas de las poblaciones de acuerdo a su realidad epidemiológica y socioeconómica. [...] La función de puerta de entrada que desarrollará el EP resulta esencial para la eficiencia del sistema ya que disminuye la (sobre) demanda en los otros niveles<sup>1</sup>.

En este marco el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) impulsan acciones que apuntan a ampliar y mejorar la capacidad resolutive en el primer nivel de atención. Así, ambas instituciones organizaron en 2018 la primera *Convocatoria a prestadores integrales de salud a la presentación de experiencias de buenas prácticas en el primer nivel de atención*. 101 prácticas provenientes de todo el país, tanto del ámbito público como del privado, acudieron a esta convocatoria que reconoció 15 muy buenas prácticas y 15 menciones especiales.

La presente publicación se ha estructurado en dos partes. La primera incluye tres capítulos que buscan compartir aprendizajes y reflexiones surgidas de estas experiencias de convocatoria. La descripción del proceso completo de la primera convocatoria, así como una breve sistematización de las prácticas reconocidas se leen en el capítulo 1.

A partir de los relatos de las prácticas reconocidas, la revisión documental de conocimiento sistematizado y de sus propias experiencias los integrantes del Comité Evaluador de buenas prácticas que escriben el capítulo 2 *¿De qué hablamos cuando discutimos sobre la capacidad resolutive del primer nivel de atención?*, reflexionan sobre los componentes vinculados al núcleo principal de la capacidad resolutive, en particular la organización de los servicios, la capacidad instalada y el perfil del personal de salud involucrado.

.....  
<sup>1</sup> Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Objetivos Sanitarios Nacionales 2020*. Montevideo: OPS; 2016. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/publicaciones-objetivos-sanitarios-nacionales-2020>

En el capítulo 3 sobre composición y dinámica de los equipos de salud en las buenas prácticas se propone una conceptualización de ciertos elementos relevantes para el análisis de los recursos humanos en salud y de los equipos de salud del primer nivel de atención, y se realiza un análisis de las características de los equipos de los servicios del primer nivel de atención que en 2018 obtuvieron la distinción de muy buena práctica (MBP) y mención especial (ME).

En la segunda parte integrantes de los equipos de salud de las prácticas reconocidas escriben sus experiencias detallando la fundamentación y objetivos de la práctica, el proceso de implementación, la metodología, la modalidad de funcionamiento, las modalidades de registro y los sistemas de información utilizados, así como los aspectos relativos a la evaluación (indicadores u otros). En cada texto incluyen los principales resultados en términos de mejoras de procesos e indicadores y las lecciones aprendidas, los desafíos y las necesidades identificadas para el desarrollo futuro. Cada capítulo ha sido enriquecido con un registro fotográfico específico que busca transmitir elementos esenciales de cada práctica.

Dada la excelente respuesta a la convocatoria 2018 y ante el desafío de seguir profundizando el cambio de modelo de atención, particularmente en un primer nivel de atención de calidad centrado en mejorar las necesidades en salud de las personas en sus comunidades, en 2019 se realizó la segunda edición del Reconocimiento de Buenas Prácticas en Capacidad Resolutiva del Primer Nivel de Atención. En esta edición se hizo énfasis en evidenciar la capacidad resolutiva del PNA, evaluando complementariamente los niveles de integralidad de las unidades asistenciales donde se desarrollan las prácticas.





# Parte 1

Aprendizajes a partir de  
las buenas prácticas en el PNA

# Capítulo 1: La iniciativa de reconocer buenas prácticas en capacidad resolutiva del primer nivel de atención

Soledad Bonapelch<sup>1</sup>, Adriana Brescia<sup>2</sup>, Diego Langone<sup>3</sup>, Sandra Moresino<sup>4</sup>, Sergio Núñez<sup>5</sup>.

La Dirección General de Coordinación (DIGECOOR) del Ministerio de Salud Pública (MSP) tiene la responsabilidad de llevar adelante y coordinar la agenda de trabajo conjunta para cumplir con los cometidos focalizados en el modelo de atención y la resolutividad del primer nivel de atención (PNA) según los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020, particularmente en lo relativo a *Avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas y las comunidades* [1]. En este marco se creó una comisión de trabajo<sup>6</sup> para, entre otros propósitos, revisar y sistematizar las experiencias existentes y proponer indicadores que permitan evaluar buenas prácticas en el PNA.

La comisión está integrada por representantes de la Dirección General de Secretaría (DIGESA) y de la Junta Nacional de Salud (JUNASA) del MSP, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Movimiento de Usuarios, Movimiento de Trabajadores, Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UDELAR), Departamento de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería (UDELAR), Sociedad Científica de Enfermería Familiar Comunitaria, Sociedad Científica de Medicina Familiar Comunitaria, Prestadores Privados Integrales de Salud; Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

En el período enero-marzo de 2018 se elaboró la *Guía para la presentación de experiencias de buenas prácticas en resolutividad del PNA*. [2] El 6 de abril de 2018 el MSP y la OPS/OMS lanzaron la convocatoria a prestadores integrales de salud para la presentación de experiencias de buenas prácticas en resolutividad del PNA. El lanzamiento tuvo lugar en el salón de actos del MSP en el marco de la celebración del Día Mundial de la Salud 2018 y de la presentación del libro *A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Entre otras altas autoridades estuvieron presen-

---

1 Lic. en Sociología. DIGECOOR. MSP

2 Médica ginecóloga. Directora general de DIGECOOR. MSP.

3 Lic. en Ciencia Política. DIGECOOR. MSP.

4 Lic. en Ciencias de la Comunicación. MSP.

5 Lic. en Sociología. DEMPESA. JUNASA. MSP

6 Comisión creada por la Ordenanza Ministerial 428 de 2018.



**CONVOCATORIA A PRESTADORES INTEGRALES DE SALUD A LA PRESENTACIÓN  
DE EXPERIENCIAS DE BUENAS PRÁCTICAS EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

**DEL 2 AL 30 DE MAYO**



**Ministerio  
de SALUD**



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

tes el ministro de Salud Pública, doctor Jorge Basso, y el representante de OPS-OMS en Uruguay, doctor Giovanni Escalante. La convocatoria fue difundida a través de los sitios web y redes sociales del MSP y de la OPS. A partir de la comisión de trabajo se conformó un Comité Evaluador que tuvo como rol fundamental la elaboración del instrumento de evaluación, el seguimiento y aplicación de la herramienta evaluativa. Este comité está integrado por representantes de OPS-OMS, MSP, Junta Departamental de Salud (JUDESA)<sup>1</sup>, Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina (UDELAR), Departamento de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería (UDELAR).

El período para recibir las postulaciones de prácticas se inició el 2 de mayo y se extendió hasta el 30 de julio de 2018. Según las bases de la convocatoria uno de los requisitos

---

<sup>1</sup> De aquellos departamentos en los cuales se presentaron prácticas.

excluyentes para postular fue que las experiencias debían provenir de prestadores integrales de salud y que dichas acciones debían estar en funcionamiento al momento de la presentación. También se valoró que las experiencias incorporaran una serie de aspectos tales como la mejora en el acceso a la primera consulta del usuario, la disminución de la variabilidad clínica en patologías trazadoras, la disminución de la reconsulta por la misma patología en la puerta de emergencia hospitalaria y la participación de los usuarios tanto en actividades de promoción de salud como en el funcionamiento y control de los servicios de salud.

El proceso completo de evaluación que desarrolló el Comité Evaluador en el período agosto-noviembre de 2018 se dividió en tres etapas:

- a. Evaluación del formulario de solicitud de presentación: chequeo de datos solicitados –requisitos excluyentes– los cuales debieron ser verificables a través de registros o documentos en poder del servicio postulante.
- b. Evaluación de la experiencia presentada: evaluación de completitud, veracidad y verificabilidad de información presentada.
- c. Trabajo en campo: visitas coordinadas por los integrantes del Comité Evaluador a las prácticas. En el momento de la coordinación se les indicó a los referentes de las prácticas la documentación y registros que se consultarían durante la visita. El objetivo de esta etapa fue el de verificar los datos proporcionados por la práctica en el formulario de presentación, aclarar las dudas del servicio si las hubiera y, fundamentalmente, conocer el trabajo realizado de primera mano. El Comité Evaluador junto al Área Gobierno Electrónico del MSP diseñó una pauta de evaluación on line que se aplicó al momento de la visita. Se visitaron 95 prácticas.

### **Resumen general de experiencias presentadas**

Se presentaron **101 propuestas** provenientes de diversos puntos del país, 96 de ellas superaron los requisitos excluyentes. Tuvieron algún tipo de reconocimiento **84 prácticas**.

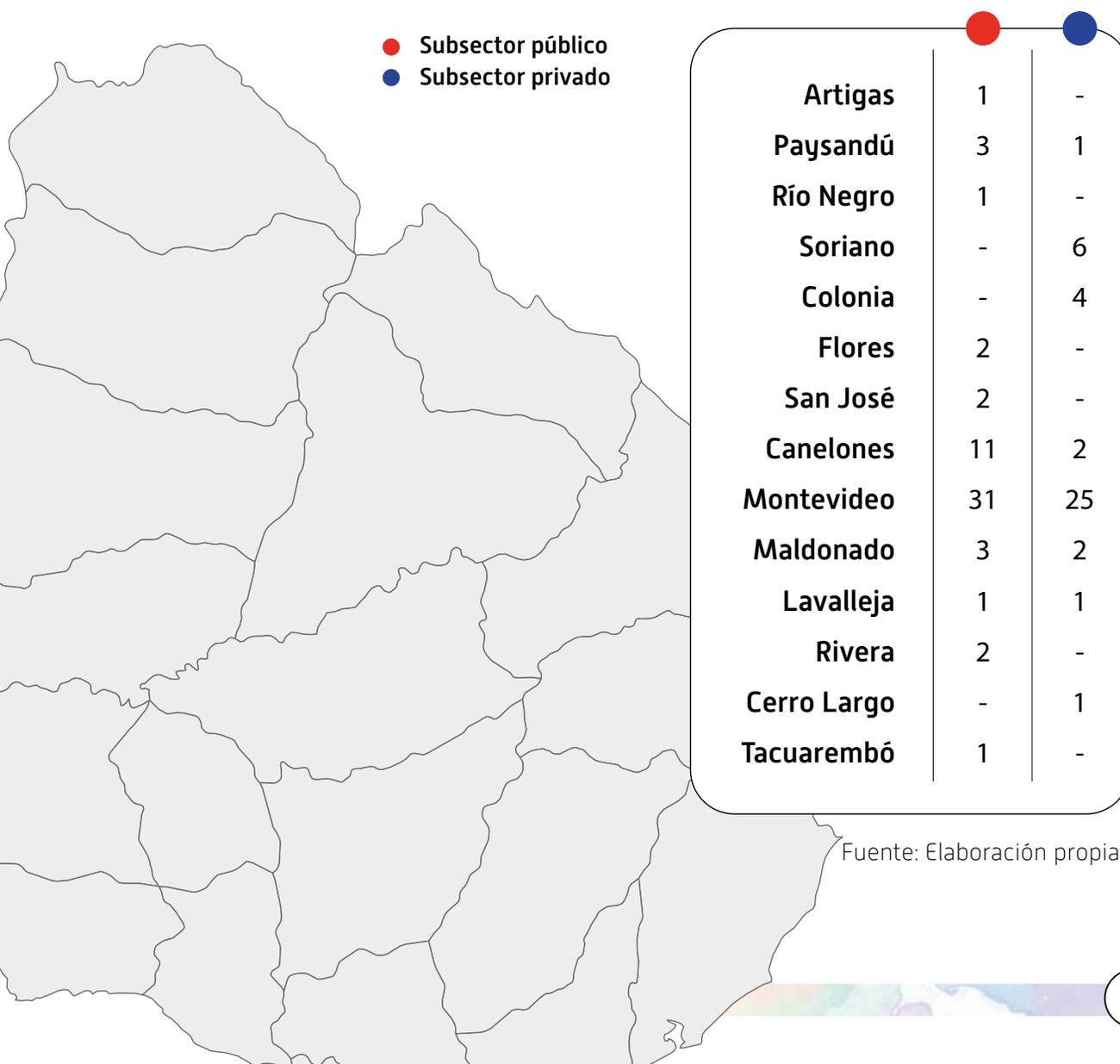
Las tablas a continuación resumen resultados de algunas de las características de las propuestas presentadas. En la Tabla 1 se muestra la distribución de las propuestas de buenas prácticas según zona y subsector de la salud (público o privado). Se observa que el subsector público de salud presentó mayor número de propuestas que el subsector privado. Esta diferencia se ve acentuada en las propuestas provenientes del interior del país.

**Tabla 1.** Distribución de prácticas según subsector del SNIS y región. 2018

| Subsector | Montevideo | Interior | Total  |
|-----------|------------|----------|--------|
| Privado   | 44,6%      | 37,8%    | 41,6%  |
| Público   | 55,4%      | 62,2%    | 58,4%  |
| Total     | 100,0%     | 100,0%   | 100,0% |

Fuente: Elaboración propia. N=101

**Figura 1.** Ubicación territorial de prácticas presentadas. 2018



Fuente: Elaboración propia.

La Figura 1 ilustra la distribución territorial de las prácticas presentadas por departamento y por subsector de salud. Allí se ve que se recibieron propuestas de 14 departamentos, con una concentración superior en Montevideo y Canelones.

**Tabla 2.** . Distribución de prácticas según temáticas abordadas. 2018

| <b>Temática</b>                                  | <b>Cant.</b> |
|--|--------------|
| Salud mental .....                               | 8            |
| Crónicas .....                                   | 12           |
| Salud renal .....                                | 3            |
| Cuidados paliativos .....                        | 3            |
| Dolor lumbar .....                               | 1            |
| Prematurez .....                                 | 1            |
| Afecciones respiratorias .....                   | 5            |
| Heridas crónicas .....                           | 1            |
| Procedimientos (laboratorio) .....               | 4            |
| Modelos de atención .....                        | 40           |
| Hábitos saludables .....                         | 5            |
| Violencia basada en género y generaciones ....   | 2            |
| Crónicas invalidantes/terapéuticas .....         | 5            |
| Embarazo adolescente .....                       | 1            |
| Interrupción Voluntaria del embarazo - IVE ..... | 2            |
| Capacitación .....                               | 1            |
| Métodos anticonceptivos .....                    | 3            |
| Otros .....                                      | 1            |
| Total .....                                      | 101          |

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 2 resume las prácticas presentadas según la temática. Se identificaron a partir de las propuestas 17 temáticas diferentes, con predominio de las referidas a modelo de atención. En segundo término, destaca la temática referente a enfermedades crónicas. Ambas observaciones son consistentes con las prioridades establecidas en la reforma de la salud.

El 10% de las prácticas presentadas refiere exclusivamente a etapas del curso de vida primera infancia y niñez. Otro 10% refiere sólo a la adolescencia y un 14% se enmarca en la etapa de adultez. El resto de las prácticas se distribuyen en más de una etapa del curso de vida.

Para organizar y complementar el proceso evaluativo de las prácticas visitadas se optó por

una triangulación metodológica. Se realizó análisis cuantitativo y cualitativo a partir de los datos recabados con los instrumentos de evaluación utilizados en el proceso.

### **Ejes temáticos**

Priorización de pacientes.

Seguimiento del paciente.

Protocolos/mecanismos de referencia y contrarreferencia con especialistas que disminuyan la movilidad del usuario del PNA.

Protocolos de atención y guías de práctica clínica.

Gestión de casos de pacientes complejos y seguimiento ambulatorio presencial o no presencial.

Reuniones de equipo para discusión de casos o evaluación de la calidad del servicio.

Complementación de acciones y servicios con otros prestadores o instituciones.

Tiempos y lista de espera (disponibilidad de RRHH y materiales)

### **Dimensiones de análisis:**

***Distribución y disponibilidad de RRHH*** en los servicios.

***Disponibilidad de recursos materiales*** [equipamiento].

***Acceso al primer contacto-accesibilidad.*** Esta dimensión evaluó el acceso organizativo-funcional a los servicios de salud del primer nivel. En particular, se evaluaron aspectos vinculados a la disponibilidad de horarios para la atención, el acceso a la consulta telefónica, los tiempos de espera para la coordinación de citas y en sala de espera, entre otros.

***Atención longitudinal.*** Esta dimensión refiere al vínculo establecido entre los usuarios y los profesionales de salud en el contexto de la atención longitudinal [a lo largo de la vida de las personas]. Algunos de los aspectos considerados al respecto refieren al conocimiento sobre el usuario, el entendimiento y la comprensibilidad mutua, la confianza y el tiempo dedicado, entre otros.

***Atención continua (coordinación).*** En la dimensión atención continua [coordinación] se evaluó la continuidad en la atención del usuario a través del sistema de salud y sus di-

ferentes niveles y servicios. En particular, aspectos vinculados a la comunicación y a la gestión del proceso de referencia y contrarreferencia.

**Atención continua (sistemas de información).** Mediante la dimensión atención continua se midió la gestión continua de la información, en particular de las historias clínicas electrónicas, como soporte necesario para la continuidad en la atención del usuario.

**Atención integral (servicios disponibles).** Esta dimensión ponderó la variedad de servicios disponibles en el centro de salud del primer nivel; desde consejerías, servicios preventivos y curativos, entre otros.

**Atención integral (servicios proporcionados)** En la dimensión atención integral se midió la variedad de servicios brindados (promoción y prevención, atención, rehabilitación y cuidados paliativos) en el centro de salud del primer nivel, en función del perfil etario de los usuarios asignados y centrado en la persona desde su singularidad como ser biopsicosocial.

**Enfoque familiar.** Esta dimensión midió el abordaje familiar realizado desde el centro de salud del primer nivel a partir de aspectos referidos a la disponibilidad de infraestructura adecuada como a elementos de la rutina -protocolo- de atención (historia clínica, familiograma, por ejemplo).

**Orientación comunitaria.** La dimensión orientación comunitaria permitió valorar el abordaje comunitario desarrollado por el servicio de salud. Se basó en elementos referidos al conocimiento y adecuación de los servicios al contexto local, monitoreo y evaluación de su eficacia, inclusión de la participación social, trabajo intersectorial en red, entre otros.

**Idoneidad cultural.** Este atributo dio cuenta de la consideración y contemplación de los aspectos vinculados a la concepción de los usuarios como personas autónomas, diversas culturalmente, con necesidades y demandas específicas. Se centró en la capacidad de los servicios para el abordaje integral y culturalmente diverso de la atención en salud.

Los ejes temáticos (3) de mayor priorización entre las experiencias presentadas fueron seguimiento del paciente y priorización de pacientes. Al no ser excluyentes los ejes la mayoría de las propuestas tuvieron un carácter transversal en el sentido que hacen referencia a más de un eje. Al igual que los ejes, las dimensiones de análisis (4) (5) (6) no eran excluyentes y todas las experiencias priorizaron más de una dimensión. Igualmente se observa que, del total de las propuestas presentadas, 67 han priorizado entre otras dimensiones la referente a la atención continua - coordinación.

Una vez concluida la evaluación las prácticas se distinguieron en cuatro categorías, según se ve en la Tabla 3.

**Tabla 3.** Resultados de la evaluación de las prácticas. 2018

| <b>Categorización</b>     | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
|---------------------------|-------------------|----------|
| Muy Buenas Prácticas      | 15                | 15,8     |
| BP Menciones especiales   | 15                | 15,8     |
| Buenas Prácticas          | 54                | 56,8     |
| No caracterizadas como BP | 11                | 11,6     |
| Total                     | 95                | 100      |

Fuente: Elaboración propia.

### **En el proceso de evaluación se identificaron 15 Muy Buenas Prácticas:**

1. Atención integral del adulto mayor en domicilio. CAMS-IAMPP Dolores.
2. Estrategias de sensibilización y diagnóstico precoz en infección por el VIH. COSEM.
3. Manejo de condiciones crónicas en el Primer Nivel de Atención: Unidad cardiometabólica (UCAME). RAP Metropolitana. Centro de Salud Ciudad Vieja. ASSE.
4. Entramando: Emprendimiento Huerta Los Compañeros en el PTI del Cerro como dispositivo de inclusión socioproductiva para personas con padecimiento psíquico. RAP Metropolitana. Maracanã Sur. ASSE.
5. Descentralización en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la tuberculosis en los Municipios A y D de Montevideo. RAP Metropolitana. ASSE.
6. Alta programada del usuario rural. RAP Canelones Región Norte. ASSE.
7. Abordaje integral en cuidados paliativos en el área metropolitana. RAP Metropolitana. ASSE.
8. Programa Interinstitucional Nodos de Salud de Tacuarembó. RAP Tacuarembó. ASSE.
9. Atención de adolescentes en el Primer Nivel de Atención. CRAME IAMPP Mautone. Maldonado.
10. Abordaje integral de la Violencia Basada en Género y Generaciones. Círculo Católico. Montevideo.

11. Implementación de la ruta IVE en Primer Nivel de Atención. RAP Metropolitana. ASSE.
12. Atención integral a las personas trans de Primer Nivel de Atención. UDA Saint Bois. ASSE. UDELAR.
13. Mejora de la accesibilidad a estudios de laboratorio y de la resolutiveidad del PNA. Laboratorio Central. RAP Metropolitana. ASSE.
14. Organización de una Unidad Asistencial luego de la realización de un diagnóstico participativo de situación de salud: Investigación para la acción. RAP Maldonado Policlínica Balneario Buenos Aires. ASSE.
15. Aplicación de la estrategia de gestión del riesgo en los procesos de atención de la embarazada y de los niños de 0 a 5 años, para la mejora de la calidad de la atención en las Unidades Asistenciales de la RAP Canelones. ASSE.

**Se seleccionaron 15 Menciones Especiales en 8 categorías determinadas por el Comité Evaluador:**

***Mención especial a servicios de atención domiciliaria***

- Dispositivo de Atención del Paciente Crónico Complejo (DAPCC). Policlínica Santa Mónica. RAP Paysandú. ASSE. UDELAR.
- Reperfilamiento y fortalecimiento del servicio de atención domiciliaria en el Centro de Salud de Ciudad de la Costa y Paso Carrasco. RAP Metropolitana. ASSE.
- Evaluación domiciliaria integral a adultos mayores de 75 años y más con dificultades reales para acudir a la policlínica, desde el Primer Nivel de Atención. Tarariras, Colonia. Hospital Evangélico.
- Atención Integral a Pacientes en Situación de Fragilidad/Alta Dependencia. COSEM.

***Mención especial a la atención a adolescentes***

- Espacio de confianza "TESAI". Atención a la salud de adolescentes en centros educativos y sociales. Centro de Salud Giordano. RAP Metropolitana. ASSE.
- Unidad de Prevención y Tratamiento de Alteraciones Nutricionales en niños, niñas y adolescentes (UPYTANI). RAP Paysandú. ASSE. UDELAR. Intendencia de Paysandú.
- Promoción de los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia. RAP Río Negro. ASSE.

### ***Mención especial a la atención a la diversidad sexual***

- Creación de un espacio inclusivo para la atención de la diversidad sexual. Policlínico Hipódromo. RAP Región Oeste. Canelones. ASSE.

### ***Mención especial a la atención en el medio rural***

- Rondas de Salud Rural y Jornada de la Salud de la Mujer Rural. RAP Lavalleja. ASSE.

### ***Mención especial a la atención en territorio a personas que viven con VIH***

- Atención integral a personas que viven con VIH en servicios del Primer Nivel de Atención de ASSE - Municipio A de Montevideo. Centro de Salud Cerro RAP Metropolitana. ASSE. Policlínica La Teja. Intendencia de Montevideo.
- Atención Integral a Usuarios VIH+. RAP Artigas. ASSE.

### ***Mención especial a la innovación para la capacidad resolutiva***

- Mejora de la calidad de atención a los niños a través de la discusión de casos en red utilizando la plataforma ECHO [Extension form Community Healthcare Outcomes]. RAP Metropolitana. ASSE.
- Proyecto Telesonografía CHPR Centro de Salud Santa Lucía. RAP Canelones. ASSE.

### ***Mención especial a las redes territoriales de atención***

- Atención integral a la salud en niños y niñas de riesgo usuarios de ASSE del Municipio A. Centro de Salud Cerro. RAP Metropolitana. ASSE.

### ***Mención especial al acceso para personas con discapacidad***

- Mejora de la accesibilidad a los servicios de salud para las personas sordas e hipoacúsicas con equidad removiendo barreras comunicacionales. Centro de Salud "Dr. Enrique Claveaux". RAP Metropolitana. ASSE.

**Se seleccionaron 54 Buenas Prácticas**, de las cuales 29 pertenecen al principal prestador público (ASSE) y 25 a prestadores integrales privados del SNIS. Estas se distribuyen de la siguiente manera entre ocho prestadores: Hospital Evangélico (Montevideo), 2; Hospital Evangélico (Colonia), 1; CAMS IAMPP (Soriano), 5; COMEPA (Paysandú), 1; Círculo Católico (Montevideo), 1; CAMDEL IAMPP (Lavalleja), 1; CAMCEL IAMPP (Cerro Largo), 1; COSEM (Montevideo), 12; AMDM Asistencial (Maldonado), 1.

En acto público llevado a cabo el 6 de diciembre de 2018 en el salón de actos del Ministerio de Salud Pública, con presencia y palabras de las máximas autoridades del MSP, la OPS-

OMS y de las facultades de Medicina y de Enfermería, se llevó a cabo la premiación de las 84 prácticas calificadas con la entrega de certificados y placas de reconocimiento.

## Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Montevideo: OPS; 2016. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/publicaciones-objetivos-sanitarios-nacionales-2020>
2. Guía para la presentación de experiencias de buenas prácticas en resolutiveidad del PNA. Disponible en: [https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&view=download&slug=-guia-para-presentacion-buenas-practicas-pna&Itemid=307](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&slug=-guia-para-presentacion-buenas-practicas-pna&Itemid=307)
3. Ministerio de Salud Pública. Gestión del Acceso Oportuno y de Calidad de la Atención. Montevideo: MSP; 2014
4. Pizzanelli M, Ponzo J, Buglioli M, Toledo A, Casinelli M, Gómez A. [Grupo PCAT.UY]. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. Rev Med Urug. 2011; 27(3):187-189.
5. Starfield B. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
6. Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrella C y Starfield B. [2007]. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. Rev Aten Primaria. 2007; 39(8):395-403.



**INSTITUCIÓN CALIFICADA POR BUENAS PRÁCTICAS  
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN  
AÑO 2018**



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



**Ministerio  
de SALUD**

## Capítulo 2: ¿De qué hablamos cuando discutimos sobre la capacidad resolutive del primer nivel de atención?

Wilson Benia<sup>1</sup>, Griselda Bittar<sup>2</sup>, Zoraida Fort<sup>3</sup>, Mariana Mugico<sup>4</sup>, Sergio Núñez<sup>5</sup>, Irene Petit<sup>6</sup>, Jacqueline Ponzo<sup>7</sup>.

Esta interrogante se presenta en forma recurrente entre quienes, desde la atención clínica o la gestión, se desempeñan en servicios el Primer Nivel de Atención (PNA). El proceso de transformación del sistema de salud en Uruguay iniciado en 2005 y enmarcado en la Ley 18.211, ha buscado distintas estrategias para el desarrollo y fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Este es concebido como uno de los pilares del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y un componente fundamental del cambio de modelo de atención orientado por la estrategia de APS. Es un componente del proceso de reforma que se presenta en los prestadores de salud del SNIS como una realidad inconclusa, aún en proceso.

La presente publicación, centrada en Buenas Prácticas referidas a la capacidad resolutive del PNA, genera un espacio de reflexión y búsqueda conceptual y operativa para esbozar algunas respuestas, provisionarias y abiertas al debate.

Hemos apelado a tres fuentes para recoger insumos que nos permitan dar cuenta de esta búsqueda. Por una parte, analizamos el relato de las Buenas Prácticas que resultaron destacadas en la convocatoria del año 2018, en la voz de sus protagonistas. En segundo término, realizamos una revisión documental del conocimiento sistematizado. Finalmente, evitando las tentaciones autorreferenciales, intentamos explorar los sedimentos de muchas experiencias vividas, tanto en la atención directa en comunidades como en la gestión de servicios asistenciales del PNA.

Algunas definiciones que resultan útiles para enmarcar nuestra propuesta. Para comenzar, es necesario explicitar el concepto **capacidad resolutive**, que ha sido definida por la OPS/OMS como “la capacidad de los servicios de salud de brindar una atención de salud que

---

1 Médico. Asesor Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS. Uruguay.

2 Médica. Consultora OPS/OMS. Uruguay.

3 Licenciada de Enfermería.

4 Lic. de Enfermería. Prof. Adjunta del Dpto. de Enfermería Comunitaria. Facultad de Enfermería, UDELAR.

5 Licenciado en Sociología. DEMPESA. JUNASA. MSP.

6 Médica. Asesora Áreas Programáticas DIGESA. MSP.

7 Médica. Profesora Adjunta, Depto. de Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, UDELAR.

se adapte a las necesidades y exigencias de las personas, en consonancia con el conocimiento científico y tecnológico actual, que arroje como resultado una mejora del estado de salud” [1]. Otras aproximaciones ponen foco en la capacidad resolutive del sistema de salud en su conjunto, y lo expresan en términos de poder resolutivo con las siguientes implicancias: “tiene que garantizarse la continuidad del proceso de atención a la persona para prevenir, diagnosticar o tratar un problema de salud; entendemos el poder de resolución como la capacidad que tiene el sistema sanitario, a través de sus organizaciones y profesionales, para brindar soluciones (resultados) adecuadas a los problemas de salud de los ciudadanos [2].

Las experiencias relatadas en los capítulos de esta publicación sugieren que el **núcleo principal de la capacidad** resolutive de las prácticas de atención en el PNA está constituido por un conjunto de componentes vinculados a la organización de los servicios, la capacidad instalada y el perfil del personal de salud involucrado.

En cuanto a la organización de los servicios donde se insertan las buenas prácticas, es posible identificar algunos elementos:

- Existencia de equipos de salud que involucran al menos dos disciplinas;
- formas de organización que permiten que el equipo de salud tenga un amplio conocimiento de las características de su población usuaria;
- organización de las agendas que aseguren un tiempo adecuado para la atención de cada consulta;
- modalidades de comunicación con los pacientes en sus domicilios;
- mecanismos de orientación de los usuarios y previsiones de su trayectoria cuando deben realizar consultas o estudios en otros niveles de complejidad de la organización.

Se destaca que muestran mayor capacidad resolutive aquellas prácticas de atención que brindan servicios a una **población que conocen con cierta profundidad**. Conocer a una población remite a distintas situaciones que pueden ser el modo particular con que los profesionales de cada servicio logran tener conocimiento de la realidad de las personas a las que atienden, o pueden presentarse como un conjunto de acciones complementarias. La revisión de las prácticas permite identificar las siguientes: 1. El equipo de salud ha realizado un diagnóstico de situación de tipo poblacional y conoce un conjunto de parámetros sistematizados respecto a variables de tipo social, territorial, cultural que caracterizan a las comunidades donde están inmersas las familias de las que provienen sus usuarios; 2. El equipo de salud y cada profesional en particular, han generado un vínculo sostenido en el tiempo con sus pacientes, que los habilitó a profundizar en distintas facetas de su realidad familiar, emocional, laboral, etc., y la confianza para que sus pacientes les comunicaran situaciones emergentes relevantes; son situaciones en que hay evidencia de una modalidad de atención longitudinal. 3. Algunos integrantes del equipo de salud tienen el espacio-tiempo para una consulta en profundidad, donde se puede explorar la realidad del paciente, más allá de los síntomas o la demanda manifiesta al equipo de salud; la con-

sulta de enfermería es un ejemplo claro de este recurso.

Pero es de recibo preguntarnos ¿por qué conocer a la población usuaria contribuye a la resolutive? Porque ese conocimiento favorece un abordaje integral y multidimensional de la situación de la persona, y le permite al equipo de salud mayor asertividad en las intervenciones que propone, agudizar la comprensión del cuadro clínico más allá de lo manifiesto, y evitar gestos terapéuticos teóricamente pertinentes pero innecesarios en el caso concreto. Se evita aquello denunciado por Galeano de “rascar donde no pica”<sup>1</sup>.

**La organización de la agenda diaria de atención** que favorece una mayor capacidad resolutive es la que integra la previsión de consultas programadas destinadas al seguimiento por el profesional tratante de los resultados de la atención a los pacientes, con la flexibilidad de prever espacios para la consulta generada en el día que de cuenta del requerimiento “aquí y ahora” de algunos usuarios; esto facilita calmar las ansiedades de las situaciones emergentes en la vida cotidiana y generar vínculos de confianza y adhesión de los usuarios al servicio. Es un elemento sustantivo para favorecer el **acceso real** de las personas a los servicios.

Asimismo, la cantidad de **tiempo previsto para cada consulta** es muy relevante. Cuando el profesional dispone de un tiempo razonable para la entrevista (“ver entre dos”, “verse entre sí”), le facilita desarrollar tres funciones imprescindibles: obtener información a través de la escucha empática, construir un vínculo y brindar una primera aproximación terapéutica. Una suerte de “anamnesis integral” permite a los profesionales gestionar de mejor manera sus propias ansiedades, evitar la compulsión a la derivación y permitirse un adecuado manejo de la incertidumbre clínica, con la imprescindible contracara de la confianza del paciente, usando ambos el tiempo como herramienta terapéutica en una lógica de atención longitudinal. Sobre este aspecto, otros autores han sido muy explícitos: «Si no dispone de tiempo suficiente, el profesional tiene que trabajar en permanente agobio asistencial y frustración profesional, por no poder hacer bien su labor. La comunicación médico-paciente se deteriora, se dejan de realizar actividades preventivas y de abordar los aspectos psicosociales de la enfermedad; se maneja mal a los pacientes complejos, lo que genera una frecuentación innecesaria; se deriva al paciente al especialista por cuestiones que con un poco más de tiempo se podrían resolver en el primer nivel de asistencia, y aumenta mucho el riesgo de cometer errores clínicos” (Díaz E y col, citados por Caminal Homar y Martín Zurro)[3].

Una dimensión de la resolutive es la capacidad de “contener” al paciente en la unidad asistencial a la que recurre, generando una atención que le satisfaga y no lo empuje a buscar otros servicios. Esto se ha denominado capacidad resolutive cuantitativa [4]. Asimismo, la contención implica que el usuario no sienta la necesidad de desplazarse del territorio

---

<sup>1</sup> “Cuando la lectura terminó, los misioneros se quedaron esperando... El cacique se tomó su tiempo. Después, opinó: - Eso rasca. Y rasca mucho, y rasca muy bien. Y el cacique sentenció: - Pero rasca... donde no pica.” De “El libro de los abrazos”, de Eduardo Galeano.

donde vive, de su comunidad, y para ello son muy relevantes los **mecanismos de comunicación e interacción** por fuera de la unidad asistencial. Estos facilitan una valoración de las determinaciones sociales de la situación del paciente y la identificación de intervenciones intersectoriales oportunas y pertinentes. Dichos mecanismos van desde la posibilidad y la previsión de comunicaciones telefónicas para valorar la evolución por parte de personal de enfermería, para constatar que el estudio paraclínico indicado se concretó, hasta el valioso recurso de la visita domiciliaria, que permite llevar la contención al ámbito mismo del domicilio de las personas.

En el espacio de la visita domiciliaria se despliegan capacidades de detección precoz y oportuna que son invalorable para la capacidad resolutoria de las prácticas en el PNA. Su buen uso genera en la persona y su familia una percepción de estar siendo cuidada, que es insustituible en algunas circunstancias de particular vulnerabilidad. No obstante, requiere una cautelosa administración para no invadir innecesariamente la privacidad de las familias y evitar una medicalización indeseable de la vida cotidiana.

Cuando la **referencia a otros niveles del sistema de salud** es necesaria para la adecuada atención y una buena gestión clínica, es de gran valor el acompañamiento de las personas en el laberinto de nuestras organizaciones asistenciales, para asegurar la **continuidad de la atención**. La posibilidad de obtener desde el PNA día, hora y lugar para un estudio o una consulta con especialista en el ámbito hospitalario o en otra unidad asistencial que concentra servicios clínicos de apoyo, es para el paciente una evidencia que “le resolvieron el problema”; esto se transmite en la comunicación interpersonal entre vecinos o familiares, y contribuye a una mirada positiva y adhesión a los servicios del PNA. Juegan un papel relevante todas las estructuras destinadas a gestionar la derivación o referencia de los pacientes desde un servicio asistencial a otro de diversa complejidad, como son las Unidades de Enlace, nietas juveniles del viejo Programa Aduana<sup>1</sup>. Los actuales recursos informáticos permiten esto, siempre que haya conectividad y permisos habilitantes entre las estructuras del PNA y los niveles de diferente complejidad que, por razones de eficiencia, concentran especialistas y estudios diagnósticos. Muchas de las prácticas reconocidas mostraron una dinámica de redes, funcionando como nodos de una red mayor que vincula a otros nodos con complejidad y recursos diversos. La capacidad de funcionamiento en red con otros servicios de atención sanitaria y con recursos territoriales de otros sectores, se presenta como un elemento crítico para la capacidad resolutoria de los equipos de salud en el PNA.

Respecto a la **capacidad instalada** en las unidades asistenciales que albergan las buenas prácticas, se constató en las visitas de evaluación que en todas las experiencias que lo-

---

<sup>1</sup> Programa Aduana: mecanismo de coordinación entre las maternidades y los servicios de control de recién nacidos en el PNA, previstos para asegurar una derivación según el lugar de residencia de la madre y un control oportuno del recién nacido, previendo la visita domiciliaria cuando el control no se concreta en los plazos previstos. Con décadas de funcionamiento, desarrollo y actualización en Uruguay, iniciado en el sector público de ASSE, su dinámica se ha extendido al sector privado en el marco del SNIS estimulado por las metas asistenciales.

graron reconocimientos en 2018, había disponibilidad de la planta física, los insumos y el equipamiento necesarios para un buen desarrollo de la práctica asistencial en cuestión.

La capacidad resolutive del PNA tiene directa relación con la adecuada disponibilidad de insumos y equipamiento requerido, así como las habilitaciones a los médicos del PNA para solicitar estudios o tratamientos. Sin un adecuado soporte material no hay capacidad resolutive. Por cierto, cuáles son los requerimientos de insumos y equipamiento varían según las prácticas analizadas y, con una perspectiva más amplia, dependen del alcance de las prestaciones que se pretendan ofrecer en el PNA. Al respecto son ilustrativas las conclusiones de Doménech y colaboradores en un estudio sobre la capacidad resolutive de una Unidad Docente Asistencial en Paysandú donde destaca “la necesidad de poder dotar de mayores recursos al PNA para mejorar dicha resolutive, por ejemplo, contar con oftalmoscopios para la realización de fondo de ojo” (5). En esta línea se han desarrollado esfuerzos por determinar cuáles son los insumos y recursos críticos para la integralidad de la atención en el PNA. Estos son detallados en instrumentos de evaluación validados en nuestro medio y en la región, como el Primary Care Assessment Tool (PCAT), particularmente su componente dirigido a gestores en su versión armonizada para Iberoamérica [IA-PCAT FE] (6)(7)(8).

**El perfil del personal de salud involucrado** también se presentó como un elemento destacado en lo que respecta a la capacidad resolutive de las prácticas en el PNA. Si bien otro capítulo de la presente publicación abunda sobre este tópico, es importante resaltar aquí que todas las buenas prácticas eran sostenidas por un equipo multiprofesional. En la mayoría de esos equipos estaban integrados médicos con formación en medicina familiar y comunitaria y licenciadas en enfermería con formación específica para el trabajo comunitario.

La presente sistematización recoge de estos equipos un “saber hacer” referido a la resolución de los problemas de salud en el PNA, que configura una dimensión relevante de lo que se denomina capacidad resolutive. Hay una experticia generada en las prácticas concretas, en la resolución de problemas de diversa índole, integradas con una sólida formación clínica y el conocimiento sistematizado en una dinámica de reflexión-acción. Ello permite cultivar cierta pasión por la tarea y por ofrecer a las personas atendidas un trato correcto y solvente clínicamente, y muy humanizado en la relación interpersonal, producto de la confianza en las propias capacidades y en el soporte que brinda el trabajo en equipo.

Las prácticas mostraron además capacidades desarrolladas en los equipos de salud para la integración de saberes en una dinámica interdisciplinaria. Esto es posible si se cumplen ciertas premisas. Algunas de tipo administrativo organizacional como la previsión de reunión de equipo incluidas en la carga horaria contratada, destinada a la discusión de casos, planificación de actividades, valoración del trabajo conjunto, etc. Otras son de índole personal, como la confianza de cada profesional en los saberes y destrezas de técnicos o

profesionales de otras disciplinas, pero que también se pueden cultivar en espacios planificados de intercambio entre los integrantes del equipo de salud.

La Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud de la OPS/OMS nos pone sobre aviso de algunos desafíos de la situación actual de los sistemas de salud de la región. Señala que la capacidad resolutive y la articulación de los servicios, en especial los relativos al PNA, son limitadas y no responden a las necesidades emergentes en materia de salud, en especial las necesidades cada vez mayores por el envejecimiento poblacional y el aumento de la carga de las enfermedades no transmisibles [9]. En Uruguay estas características demo epidemiológicas son notorias.

A partir de esta percepción, la OPS/OMS remarca la necesidad de fortalecer o transformar la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, el aumento de la capacidad resolutive del primer nivel, articulado en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y basado en la estrategia de APS [10].

Proponen como elemento crítico incrementar la **inversión en el PNA**, a fin de mejorar la capacidad resolutive, aumentar el acceso y ampliar progresivamente la oferta de servicios para cubrir de manera oportuna las necesidades de salud insatisfechas.

Un desafío en el que ha insistido la OPS/OMS es aumentar y optimizar el financiamiento público de la salud de una manera eficiente, sostenible y fiscalmente responsable para ampliar el acceso, reducir inequidades en salud, incrementar la protección financiera e implementar intervenciones eficientes. La asignación eficiente del gasto público destinado a la salud es una condición necesaria para reducir las inequidades en el marco del acceso universal a la salud. Una adecuada asignación de los recursos debe estar orientada a aumentar la equidad al dirigirse de forma prioritaria al primer nivel de atención, para mejorar su capacidad resolutive y su capacidad de articulación de las redes de servicios. Un gasto público destinado a la salud de 6% del PIB se plantea como una referencia útil en la mayoría de los casos y una condición necesaria –aunque no suficiente– para reducir las inequidades y aumentar la protección financiera en el marco del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [11].

El reciente Informe de la Comisión de Alto Nivel Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata convoca a impulsar un modelo de atención basado en las personas y las comunidades, con un enfoque intercultural, que aborde los procesos de determinación social de la salud [12]. Entre sus 10 recomendaciones principales explicita: Desarrollar modelos de atención basados en la APS, centrados en las personas y las comunidades, considerando la diversidad humana, la interculturalidad y la etnicidad. Promueve un **Modelo Integral de Cuidados de Salud** (recuperando la lógica de Primary Care de Alma-Ata) que implica el empoderamiento de sujetos sociales y el compromiso del Estado.

La Comisión de Alto Nivel plantea que el modelo debería tener el mayor alcance posible

dentro del sistema de salud, como estrategia para superar su fragmentación y segmentación. Requiere un PNA fortalecido que debe profundizar la participación social, con un rol de nodo articulador de otras organizaciones (públicas y privadas) e instituciones de los diferentes niveles de atención, incluyendo los niveles especializados y la atención hospitalaria. Para avanzar en este sentido y teniendo presente lo encontrado en las Muy Buenas Prácticas del presente trabajo, es necesario considerar las recomendaciones del reciente Plan de Acción sobre Recursos Humanos OPS/OMS referidas a que los recursos humanos en el primer nivel sean especializados y con orientación familiar y comunitaria, aumentando las plazas de residencias y los puestos de trabajo para estos especialistas (13). En ese marco se promueve que el compromiso del Estado se exprese en términos de financiamiento público adecuado (al menos 6 % de gasto público en salud como proporción del PIB) y no menos de un 30% del gasto del sistema de salud destinado al primer nivel de atención para garantizar su priorización y promover su fortalecimiento. Complementariamente requiere que se disminuya el gasto de bolsillo en salud de las personas y familias a menos de 20 %, y se asegure la dotación, adecuada distribución y calidad de formación de los recursos humanos indispensables para el funcionamiento de un modelo de atención a la salud que garantice integralidad y capacidad resolutive (12).

Uruguay es uno de los cinco países de la región que ha logrado la meta del 6% del PBI como gasto público en salud y un gasto de bolsillo menor al 20%. Avanzar en el fortalecimiento de la capacidad resolutive del PNA se presenta como un objetivo posible, que requiere la decisión y compromiso de los distintos actores involucrados.

## Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.o Consejo Directivo. 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C: OPS; octubre 2014.
2. Proyecto MPAR-5. Mejora de los Procesos de Evaluación de Resultados en Atención Primaria. Poder Resolutivo y Atención Primaria. Factores Limitantes. Visiones y Aproximaciones. Septiembre 2003. Consultado en: [http://www.catedramfamilia.uab.es/downloads/docs/mpar/Poder\\_resolutivo\\_en\\_AP\\_Castellano.pdf](http://www.catedramfamilia.uab.es/downloads/docs/mpar/Poder_resolutivo_en_AP_Castellano.pdf)
3. Caminal Homar J, Zurro Martín A y col. Sobre la contribución de la atención primaria a la capacidad resolutiva del sistema de salud y su medición. *Aten Primaria*. 2005;36(8):456-61
4. Siméant S. Capacidad resolutiva de la demanda de atención de morbilidad a nivel primario, Chile, 1984. *Bol of Sanit Panam* 97(2).
5. Doménech D y col. Capacidad resolutiva del primer nivel de atención: experiencia de la Unidad Docente – Asistencial de Medicina Familiar y Comunitaria de Paysandú [2014]. *Rev Méd Urug* 2016; 32(2): 26
6. Pizzanelli M, Ponzo J, Buglioli M, Toledo A, Casinelli M, Gómez A. Grupo PCAT.UY. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay *Rev Med Urug* 2011; 27(3): 187-189.
7. Starfield B. *Primary Care: concept, evaluation and policy*. New York: Oxford University Press, 1992.
8. Pasarín M I, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrella C, y Starfield B. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Rev Aten Primaria*. 2007;39(8):395-403.
9. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.o CONSEJO DIRECTIVO. 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C: OPS; octubre 2014.
10. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas [Internet]. Washington [DC]: OPS; 2010 [Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, No. 4]. Disponible en: <http://www.observatoriorh.org/?q=node/324>
11. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal [Internet]. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/es/>.
12. Organización Panamericana de la Salud. "Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata". Informe de la Comisión de Alto Nivel. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/50742/9789275320686\\_spa.pdf?sequence=15](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/50742/9789275320686_spa.pdf?sequence=15)
13. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre recursos humanos para el Acceso universal a la salud y la Cobertura Universal de salud. 2018-2023. CD56/10, Rev. 1. OPS/OMS. Washington, D.C.; 2018. Disponible en: [www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/full-text/2018/CD56-10-s-PdA-RH.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/full-text/2018/CD56-10-s-PdA-RH.pdf)

# Capítulo 3: Los equipos de salud en el primer nivel de atención. Composición y dinámica de los equipos de salud en las 30 prácticas reconocidas

Soledad Bonapelch<sup>1</sup>, Adriana Brescia<sup>2</sup>, Diego Langone<sup>3</sup>, Sandra Moresino<sup>4</sup>, Sergio Núñez<sup>5</sup>.

## Presentación

Los recursos humanos en salud (RHS) son un elemento fundamental para el buen desempeño de las instituciones prestadoras de salud. Su composición, competencias y distribución influyen en los resultados sanitarios y en la calidad de vida de la población en general. Tienen una relevancia que se ha puesto de manifiesto en las agendas mundial, regional y nacional. Ejemplo de ello es la publicación del **Informe sobre la salud en el mundo** de 2006 de la Organización Mundial de la Salud [1] que aborda la escasez de recursos humanos calificados en el sector a nivel mundial. En el ámbito regional el Llamado a la acción de Toronto [2], las **Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015** [3] aprobadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2007, la **Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud** aprobada por la OPS en 2017 [CSP29/10] [4], y su Plan de acción 2018-2023 [CD 56/10] [5] han impulsado la problematización del tema y la búsqueda de soluciones de compromisos por parte de los estados americanos. En Uruguay, desde 2005 se gesta un proceso de reforma en la salud cuyo cometido central es establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando la cobertura equitativa y universal. Para cumplir con estos cometidos, el actual Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) debe garantizar “el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse” y “promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica” (Artículo 4° de la Ley N.° 18.211).

Para mejorar los resultados sanitarios es necesario que las instituciones prestadoras adquieran ciertas capacidades que faciliten la resiliencia ante los cambios en el entorno,

1 Lic. en Sociología. DIGECOOR. MSP

2 Médica ginecóloga. Directora general de DIGECOOR. MSP.

3 Lic. en Ciencia Política. DIGECOOR. MSP.

4 Lic. en Ciencias de la Comunicación. MSP.

5 Lic. en Sociología. DEMPESA. JUNASA. MSP

promuevan una cultura de aprendizaje continuo e identifiquen lecciones a partir de experiencias institucionales específicas, con el objetivo de visibilizar, comprender y difundir las buenas prácticas que mejoran los procesos asistenciales. La replicabilidad de esas buenas prácticas en distintos contextos brinda un escenario propicio de aprendizaje en el sector salud mediante el intercambio de saberes y la sistematización de las experiencias.

En este capítulo se aborda la descripción y el análisis de las buenas prácticas en el primer nivel de atención (PNA) a partir de la óptica de los recursos humanos que las integran. En la primera sección se propone la conceptualización de ciertos elementos que se entienden relevantes para el análisis de los RHS y de los equipos de salud del PNA. En la segunda sección se realiza un análisis de las características de los equipos del PNA que en 2018 obtuvieron la distinción de muy buena práctica (MBP) y mención especial (ME). Finalmente, la tercera sección incluirá una breve síntesis del capítulo.

## **Importancia de los recursos humanos en el sistema y en el primer nivel de atención (PNA)**

Uruguay cuenta con una fuerza de trabajo en el sector salud cuantitativamente importante que ha experimentado en los últimos lustros una tendencia positiva. En el período 2000-2016 la tasa de matriculación global en la enseñanza terciaria/universitaria (público y privada)<sup>1</sup> se ha duplicado, pasando de 22% a 44,7%<sup>2</sup>. De estos estudiantes, en promedio, en el período 2000-2016 un 28% ha ingresado al área de la salud. Para el mismo período considerado la matrícula del área de la salud ha aumentado promediamente un 32%<sup>3</sup>.

La problemática de los recursos humanos y su incidencia en los resultados sanitarios ha sido un tema presente en el diseño e implementación de la reforma del sistema de salud en Uruguay. Uno de los tres ejes centrales del proyecto, el referido al cambio de modelo de atención, requiere de recursos humanos calificados para garantizar la calidad de la atención de los usuarios. Los promotores de la reforma han fortalecido las capacidades de la autoridad sanitaria en la materia mediante la creación en el Ministerio de Salud Pública (MSP) de una división especializada en los RHS. Asimismo, se ha mancomunado esfuerzos con el resto de los actores del sector en los ámbitos tripartitos para reformar el régimen de trabajo del personal de la salud, con especial énfasis en el personal médico. Dichas reformas incluyen la mejora de las condiciones laborales, la adecuación de las cargas horarias,

---

**1** La tasa de matriculación global es la matrícula total de alumnos de un determinado nivel de enseñanza (nivel terciario) en relación con la población ajustada del correspondiente tramo de edad (para la educación terciaria la población ajustada contempla a las personas que se concentran en los tramos etarios de 18 a 24 años de edad).

**2** Fuente: elaboración propia. Datos Estadísticas Básicas de la UDELAR y Anuarios Estadísticos del Ministerio de Educación y Cultura (MEC). Proyecciones de Población, INE. Revisión 2013.

**3** En materia formativa el subsector público tiene un rol preponderante: 9 de cada 10 estudiantes que opta por formarse en ciencias de la salud lo hace en alguna carrera que dicta la Universidad de la República (UDELAR). En el período 2000-2015 egresaron un promedio anual de área de la salud del subsector público 1798 estudiantes, y del subsector privado, 167. Fuente: elaboración propia. Datos estadísticos Básicas de la UDELAR y Anuarios Estadísticos del Ministerio de Educación y Cultura (MEC).

la concentración del empleo, el redimensionamiento de las actividades e incorporación de otras que exceden la atención directa a las personas [6]. También es necesario destacar el empeño colectivo puesto en el aumento sostenido del salario real de los trabajadores [7] y las iniciativas relativas al pago variable de una parte del salario, contra el cumplimiento de metas de gestión asistencial [8]. Finalmente, se debe mencionar los esfuerzos por mejorar la calidad de la información de los RHS mediante la creación de sistemas de información nuevos –como el Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH) y la mejora de la calidad de los datos en los sistemas de información existentes - como el Sistema de Habilitación y Registro de Profesionales de la Salud (SHARPS) para el control, monitoreo y apoyo a la toma de decisiones.

El cambio del modelo de atención –tal como se ha propuesto en la ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud- supone la sustitución del modelo hegemónico por uno que privilegie la prevención y promoción de la salud con base en la estrategia de atención primaria y el énfasis en el fortalecimiento del PNA [9]. En tal sentido, la composición y funcionamiento de los equipos del PNA adquieren especial relevancia por su impacto en la marcha de los cambios propuestos.

La publicación de OPS ***Estrategias para el desarrollo de equipos de APS*** conceptualiza a los equipos de salud como una forma particular de organización del trabajo definida del siguiente modo:

El trabajo en equipo es un proceso dinámico, abierto y participativo en la construcción técnica, política y social del cambio del trabajo en salud para la aplicación de un nuevo modelo de atención, el trabajo interdisciplinario y la participación comunitaria facilitan la definición, desarrollo y evaluación de competencias de atención integral de salud a nivel local, produciendo una renovación e integración de capacidades clínicas y de salud pública en los equipos de salud. [10]

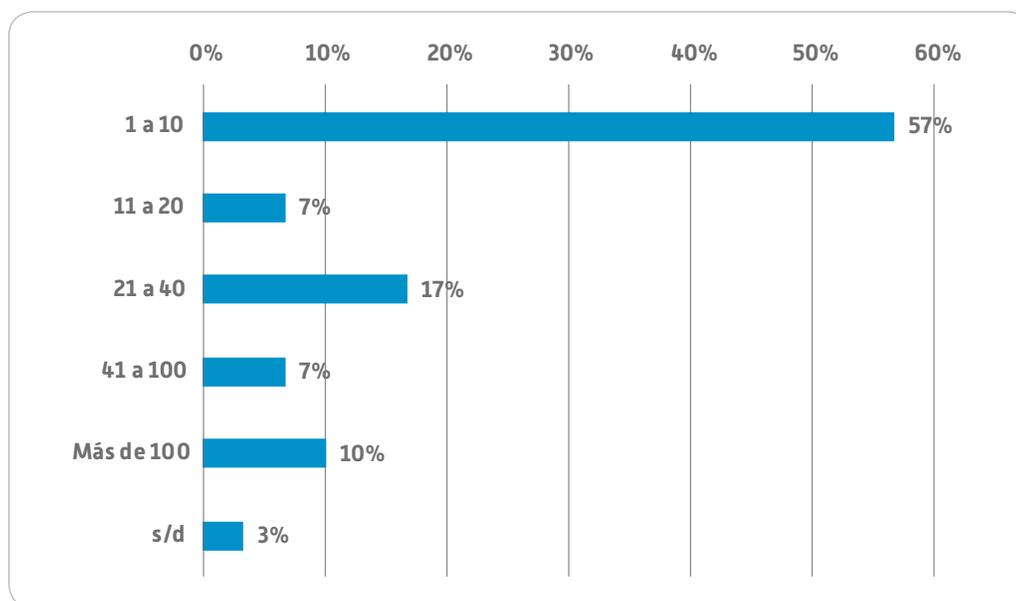
Es importante diferenciar la constitución de un equipo de lo que puede ser el trabajo de un grupo de personas. Un equipo debe orientarse a la búsqueda del desempeño priorizando la calidad e integralidad de las respuestas e incorporando los conocimientos de los distintos profesionales que participan de él.

El buen desempeño de los equipos también depende de que tengan una integración flexible, adaptada a las necesidades sanitarias de los usuarios, cuenten con una población referenciada y conocimiento de sus características y estado de salud y de que se facilite la creación de una relación a largo plazo entre el equipo, las personas y sus familias. Es importante que los regímenes de trabajo del personal se ajusten a las necesidades de la población, que los profesionales estén debidamente calificados y que exista una adecuada comunicación entre el PNA y el resto del sistema de forma tal que estos equipos se configuren efectivamente en una puerta de entrada al sistema.

## Análisis descriptivo de la composición y características de los servicios del PNA destacados con menciones especiales y como muy buenas prácticas

A partir de la conceptualización detallada anteriormente, en esta sección se describirán las características generales de los servicios en los que se encuadran los 30 equipos que en 2018 recibieron una distinción como muy buena práctica o mención especial en el primer nivel de atención. Se enfatizará en las características de los equipos que llevan adelante estas prácticas. Los datos procesados en esta sección surgen de los formularios utilizados para la evaluación de las prácticas en el primer nivel de atención presentadas en 2018.

**Gráfico 1.** Distribución porcentual de la cantidad de integrantes de los servicios de las muy buenas prácticas (MBP) y menciones especiales (ME)

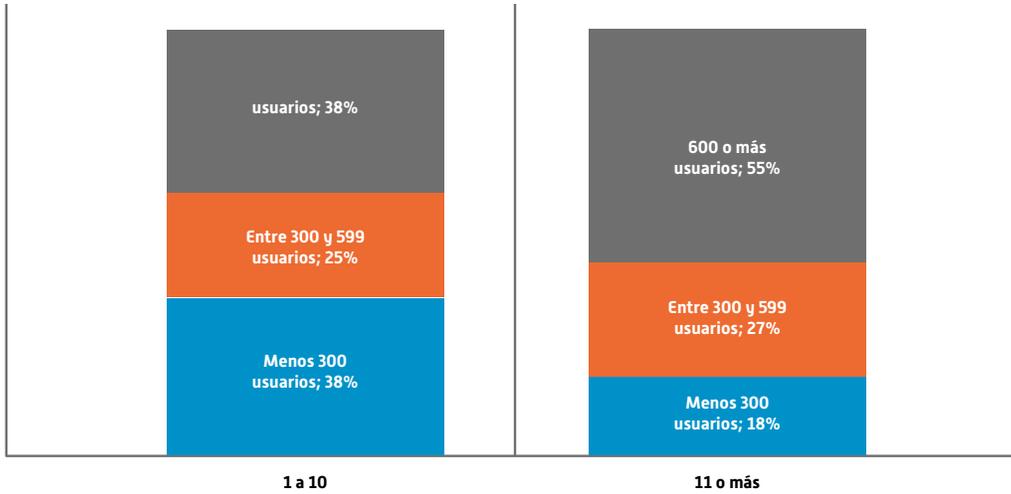


Fuente: elaboración propia a partir de formularios de evaluación BBPP en el PNA, 2018. N=30

Como se observa en el Gráfico 1, casi 6 de cada 10 servicios que engloban las MBP y ME cuenta con 10 o menos RHS (57 %); un 17% mencionó tener entre 21 y 40 trabajadores de la salud y solamente un 10 % de estos servicios cuenta con más de 100 RHS.

Se podría afirmar que más de la mitad de los servicios que fueron reconocidos con MBP y ME tiene dimensiones pequeñas en cuanto a la cantidad de trabajadores de salud. En el mismo sentido, el 17% de los servicios tiene dimensiones medias en materia de disponibilidad de RHS y tan solo el 10% tiene dimensiones que pueden ser consideradas grandes si se tiene en cuenta la disponibilidad de trabajadores.

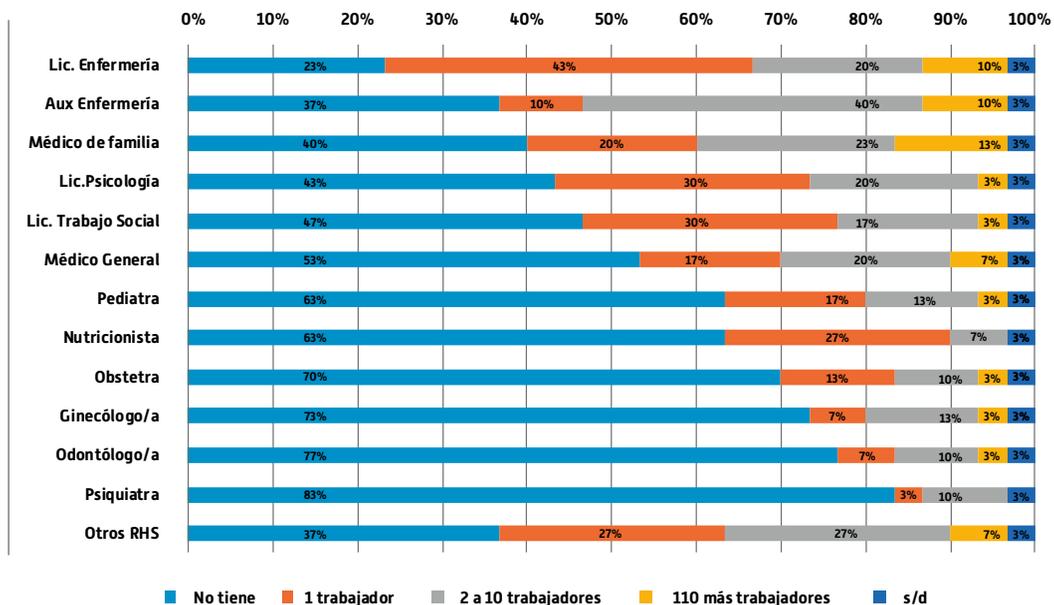
**Gráfico 2.** Porcentaje de usuarios atendidos según cantidad de integrantes de los equipos de MBP y ME



Fuente: elab. propia a partir de formularios de evaluación BBPP en el PNA, 2018. N=30

Otro aspecto que podría influir en el desempeño de los equipos de salud es la cantidad de población a su cargo. Aunque el 38% de los servicios que tienen hasta 10 trabajadores tienen una población de referencia menos de 300 usuarios y los servicios con más de 11 trabajadores y menos de 300 usuarios son el 18% del total, esta hipótesis no parece tener relevancia en el caso de estos equipos seleccionados.

**Gráfico 3.** Distribución porcentual de la cantidad de integrantes de los servicios de las muy buenas prácticas (MBP) y menciones especiales (ME) según categoría profesional.

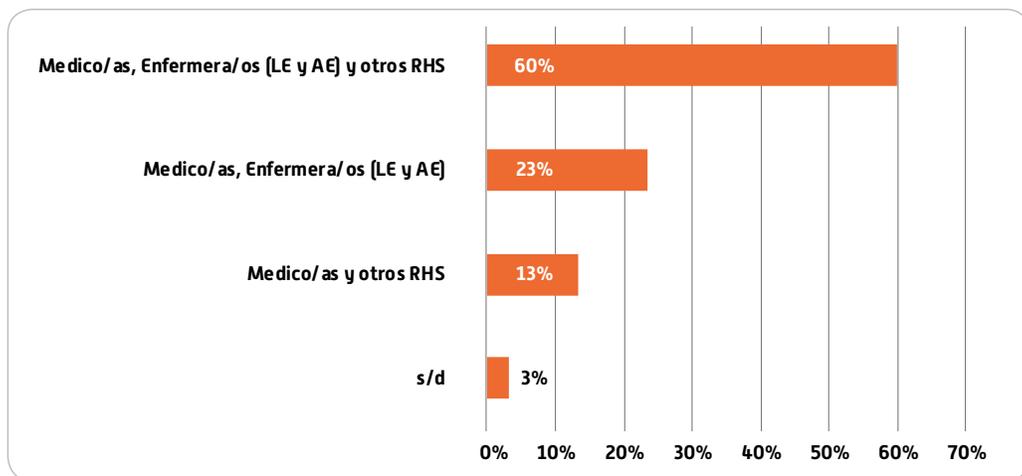


Fuente: elab. propia a partir de formularios de evaluación BBPP en el PNA, 2018. N=30

En efecto, mientras que el 38% de los servicios que tienen hasta 10 miembros, atiende a una población de referencia de 600 o más personas, esta cifra asciende al 55% para los servicios que cuentan con 11 o más personas.

Otro elemento relevante que puede influir en el desempeño de los equipos son las habilidades, destrezas, competencias y roles de sus miembros. En los equipos de salud esto se ve reflejado por la diversidad en términos de competencias del personal que lo integra. Los gráficos 3 y 4 ejemplifican este punto. El Gráfico 3, describe la representación porcentual de cada categoría profesional en los 30 servicios seleccionados como MBP o ME. En los servicios en los cuales se desempeñan los equipos seleccionados como MBP y ME los roles y/o categorías profesionales licenciado/a en enfermería, auxiliar de enfermería y médico/a de familia son los de mayor representación. El 23% de los servicios en los que se desempeñan los equipos no cuenta con un/a licenciada/o en enfermería; los porcentajes se incrementan a un 37% y 40% para el caso de los/as auxiliares de enfermería y médicos de familia. Por otra parte, se observa que en 8 de cada 10 servicios en los que se desarrollan las MBP y ME no cuentan con un médico psiquiatra.

**Gráfico 4.** Distribución porcentual del personal de salud MBP y ME. Categorías agregadas

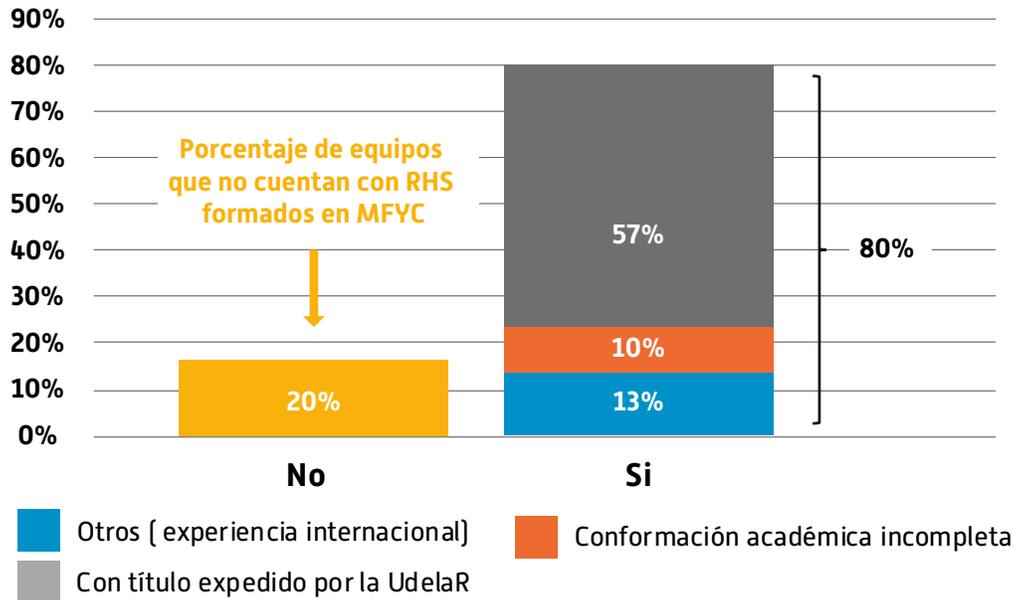


Fuente: elab. propia a partir de formularios de evaluación BBPP en el PNA, 2018. N=30

El Gráfico 4 muestra la distribución porcentual<sup>1</sup> de las categorías agregadas de profesionales de los servicios en el cual fueron seleccionadas las MBP y ME. Se destaca que el 60% de los equipos de estos servicios está compuesto por las siguientes categorías: médicos/as, licenciados/as y auxiliares de enfermería y otros profesionales. Dicho de otra forma, casi todos los equipos de los servicios cuentan con personal médico y sólo el 13% no cuenta con personal de enfermería [licenciado/as o auxiliares].

<sup>1</sup> Los porcentajes referidos suman más de 100 debido a que hay profesionales que se repiten en las distintas categorías agregadas.

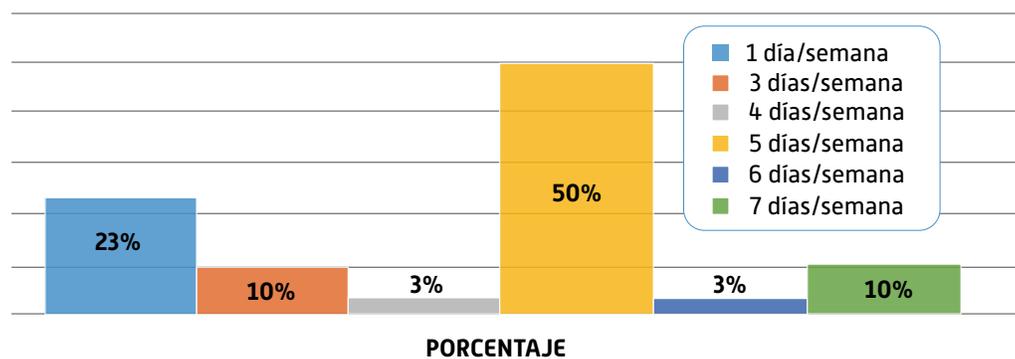
**Gráfico 5.** Porcentaje de MBP y ME con al menos un integrante con especialista en medicina familiar y comunitaria por tipo de formación.



Fuente: elaboración propia a partir de formularios de evaluación BBPP en el PNA, 2018. N=30

Contar con miembros con formación específica en medicina y/o enfermería familiar y comunitaria ha sido un ítem relevante en la selección de las MBP y ME puesto que amplía, perfecciona y extiende los conocimientos académicos, habilidades y destrezas de los equipos del PNA. El Gráfico 5 resume los datos aportados en el proceso de evaluación. El 80% de los equipos seleccionados cuenta con integrantes que tienen formación en medicina familiar y comunitaria, 57% de los cuales tiene título expedido por la UDELAR.

**Gráfico 6.** Distribución porcentual de MBP y ME en funcionamiento según cantidad de días por semana.



Fuente: elaboración propia a partir de formularios de evaluación BBPP en el PNA, 2018. N=30

Finalmente, un aspecto referente a la gestión organizativa de los servicios que puede influir en el desempeño de los equipos del PNA, es el relativo al funcionamiento de estos. El Gráfico 6 resume las respuestas a la pregunta de cuántos días a la semana los servicios relativos a la práctica están en funcionamiento. El 63% funciona de 5 a 7 días a la semana.

### **A modo de Conclusión:**

La problemática de los RHS ha tomado relevancia en los últimos lustros en la región y en el mundo. En Uruguay, el proceso de reforma que se inició a partir de 2005 posibilitó la inclusión del tema en la agenda de los actores del sector. Si bien ha habido avances notorios en la materia, se identifican problemas de distribución territorial de los recursos humanos, entre los prestadores del sistema y entre niveles asistenciales, los cuales son elementos que condicionan los resultados sanitarios [11]. Respecto a la composición del personal de salud, en Uruguay, existe una clara preponderancia cuantitativa de los médicos y auxiliares de enfermería por sobre otras categorías de profesionales de la salud. Esta preponderancia numérica promueve la “elasticidad” de los roles de otros profesionales del primer nivel de atención. Por ejemplo, el cuidado directo del paciente -génesis de la atención de enfermería-, al igual que en muchos países de la región está primordialmente en manos de las auxiliares mientras que el rol de las enfermeras/os universitarias/os ha migrado hacia la gestión administrativa de los cuidados o hacia actividades gerenciales [12]. Estas peculiaridades referentes a las características de los recursos humanos plantean desafíos y oportunidades para el desarrollo de los equipos de salud.

El trabajo en equipo es una forma de organización del trabajo, su integración depende en gran medida de los objetivos de este, del rol y habilidades de cada uno de sus miembros y las características de la comunidad de referencia. En este sentido, es saludable evitar la preponderancia de ciertos roles o categorías profesionales por sobre otras en el PNA. La composición numérica de los equipos puede ser un factor relevante en su desempeño. De este modo, se puede conjeturar que cuanto mayor es la cantidad de miembros del equipo mayor puede ser la diversidad de puntos de vista y, por otra parte, mayores las dificultades de coordinación de la acción colectiva. A partir de la experiencia de los equipos seleccionados como MBP o ME, se puede conjeturar que equipos de hasta 10 integrantes, que cuentan con representación de distintas categorías de trabajadores, son recomendables para manejar la complejidad de la coordinación grupal y garantizar la diversidad de perspectivas asistenciales en el PNA.

De acuerdo con los objetivos propuestos en la reforma sanitaria, para que el PNA sea la puerta de entrada al sistema se necesita mejorar su resolutivez, lo que remite indefectiblemente al desafío de formar equipos con integración flexible, adaptada a las necesidades sanitarias de la población. El personal de enfermería “especialmente el de nivel universitario” y de medicina familiar y comunitaria, tal como se refleja en la composición de los equipos seleccionados como MBP y ME, ocupan un lugar central para garantizar la calidad del proceso asistencial. Sin embargo, estos profesionales parecen ser insuficientes

en términos numéricos para sustentar los cambios propuestos<sup>1</sup> (13). Profundizando lo anterior, es necesario estudiar la concordancia de los regímenes de trabajo y formas de pago de estos profesionales con el modelo de atención que se está impulsando.

También se debe mancomunar esfuerzos en las iniciativas que profesionalizan auxiliares de enfermería, así como en las que aumentan la dotación de licenciados en enfermería y especialistas en salud familiar y comunitaria (médicos y licenciados).

Estos cambios contribuirán a mejorar la calidad asistencial y consolidar el cambio de modelo de atención.

## Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud Informe sobre la salud en el mundo 2006. Colaboremos por la salud [Internet]. OMS; 2006. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2006/es/>
2. Llamado a la Acción de Toronto, 2006-2015. Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas [Internet]. VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud; 4 - 7 de octubre de 2005, Toronto, Canadá. Washington: OPS; 2005. Disponible en: [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS\\_desafios\\_toronto\\_2005.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS_desafios_toronto_2005.pdf)
3. Organización Panamericana de la Salud. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 [Internet]. 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, 1- 5 de octubre de 2007, Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2007 [CSP27.R7]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27.r7-s.pdf>
4. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. 29.ª Conferencia Panamericana de la OPS, 69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, 25 - 29 de setiembre de 2017, Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2017 [documento CSP29/10]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=41533&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41533&Itemid=270&lang=es).
5. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud 2018-2023 [Internet]. 56.º Consejo Directivo, 70.º sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., 23 - 27 de setiembre de 2018. Washington, D.C.: OMS; 2018 [documento CD56/10]. Disponible en: <https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/CD56-10-s-PdA-RH.pdf>
6. Comisión Asesora Multipartita [Cámara de Instituciones y Empresas de la Salud, Federación de Prestadores Médicos del Interior, Plenario de Instituciones, Unión de Mutualistas del Uruguay, Médica Uruguaya, Sindicato Médico del Uruguay, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Economía y Finanzas]. Nuevo régimen de trabajo médico. Texto ordenado del nuevo laudo médico vigente; 2018. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/minis->

---

1 Según la Encuesta Nacional de Enfermería realizada en 2014 los licenciado/as y auxiliares de enfermería que trabajan en policlínica en los prestadores integrales son el 12 % y 13 % respectivamente.

terio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Texto%20ordenado%20-%20laudo%20m%C3%A9dico.pdf

7. Ministerio de Salud Pública. A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: OPS; 2017. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Di%C3%A1logo%20social%20-%20RHS.pdf>
8. Ministerio de Salud Pública. De la construcción al producto. Diseño e implementación de un plan de capacitación virtual para el sector salud 2016-2019. Montevideo: MSP; 2018. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Dise%C3%B1o%20e%20implementaci%C3%B3n%20de%20una%20plan%20de%20capacitaci%C3%B3n%20virtual%20para%20el%20sector%20salud%20%282016%20-%202019%29.%20Oviedo%20-%20Bianchi.%20.pdf>
9. Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación. Ley N.º 18.211 de 5 de diciembre de 2007. Publicada D.O., N.º 27384 (13-12-2007). Disponible en: <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/18211>
10. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C.: OPS; 2008.
11. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Medición y Monitoreo: indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. Washington, D.C.: OPS; 2011.
12. Organización Panamericana de la Salud. Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS; 2018.
13. Núñez S, Benia W. [coord.]. Fort Z, Gonzalez P, Langone D, Larrosa A, Núñez S, Perez M (autores). Enfermería en el Uruguay. Montevideo: OPS; 2015.





## **Parte 2**

**Las prácticas en el PNA  
reconocidas por su capacidad  
resolutiva**

# Capítulo 4: Atención integral del adulto mayor en domicilio con abordaje multidisciplinario e interinstitucional

Carolina Bonifacio<sup>1</sup>, Marcela Pereyra<sup>2</sup>

## Resumen

Este trabajo surge a partir de la necesidad de abordar al adulto mayor usuario del Centro Asistencial Médico de Soriano (Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales de Dolores) que no concurrían al centro de salud a realizarse controles anuales, ya sea por incapacidad funcional, contexto familiar o entorno social. La atención domiciliaria fue la estrategia elegida para el abordaje integral de la población destinataria: personas mayores de 65 años, dependientes. Posteriormente, la población destinataria se extendió a usuarios menores de 65 años con dependencia severa, siendo su alcance en el año 2018 a un total de 187 pacientes.

Este artículo describe en forma retrospectiva la atención integral del adulto mayor realizada en domicilio por un equipo de salud de dicha institución desde el año 2010 hasta la fecha.

A partir de dicha experiencia surge un proyecto interinstitucional, multidisciplinario, abierto y gratuito para toda la población de la ciudad en el año 2017. El mismo promueve la atención integral de la población adulta mayor, con un enfoque familiar y orientación comunitaria, articulando con los establecimientos de larga estadía para el adulto mayor. Este proyecto consiste en generar instancias de participación, recreación y formación para las personas adultas mayores, impulsando la apropiación de este espacio por estas últimas.

En el contexto de este proyecto se organizó y llevó a cabo el Primer Encuentro Regional del Adulto Mayor en la ciudad, donde se promocionó la salud desde la recreación y la integración social.

**Palabras clave:** Adulto mayor, atención integral de salud, Grupo de Atención al Paciente

---

1 Médica geriatra

2 Licenciada en Enfermería



## Introducción

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) consagrado en la Ley 18.211 (1), define la Atención Primaria de Salud (APS) como la estrategia principal de su modelo de atención, priorizando el primer nivel como ámbito de aplicación de sus atributos esenciales y secundarios. La citada ley define el primer nivel de atención (PNA) como el “conjunto sistematizado de actividades dirigidas 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.”

En la actualidad se estima que entre el 10 y 14% de la población mundial tiene más de 65 años. Los pacientes mayores tienen más enfermedades crónicas, consultan más y presentan características propias del envejecimiento, que hay que saber diferenciar entre envejecimiento normal y patológico. “Existe una creencia general, basada en mitos y prejuicios socioculturales, acerca de que la vejez es sinónimo de enfermedad, pérdida de capacidad intelectual, deterioro físico y fragilidad global. Esta creencia ha contribuido a delinear un modelo de razonamiento médico, que tiende a minimizar o utilizar mal los recursos terapéuticos que se ofrecen a esta población.” (2)

Este trabajo de Atención Integral al Adulto Mayor en Domicilio se realiza en la Ciudad de Dolores, Departamento de Soriano ubicado hacia el suroeste del país, bordeando con el Río Uruguay en el suroeste, con el Río Negro en el norte, con el departamento de Colonia en el sur y con el departamento de Flores en el este. Soriano corresponde al 2,6% de la población total del país, se ubica en el séptimo lugar a nivel Nacional en relación al porcentaje de población de 65 años o más de edad, alcanzando un 14%.

La ciudad de Dolores, conocida como “El granero del país” es un centro agroindustrial muy importante. Dolores cuenta con 17174 habitantes, el 14% corresponde a mayores de 65 años, aproximadamente 2404 personas, valores similares al perfil de población departamental según estadística nacional (3).

En el año 2010 la médica Geriatra Carolina Bonifacio planteó la iniciativa de realizar la consulta, control y seguimiento domiciliario de los pacientes adultos mayores, usuarios del Centro Asistencial Médico de Soriano (Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales de Dolores) (CAMS IAMPP) en quienes la incapacidad hacía difícil los controles ambulatorios.

Se desarrolló a partir de esta propuesta un Programa que tiene el objetivo de brindar una atención integral y continua al adulto mayor en su domicilio.

Los objetivos específicos son: educar al paciente y a su entorno, familia o cuidador sobre los cuidados en esta etapa de la vida, con el fin de disminuir riesgos vitales; promocionar

la salud de los adultos mayores; realizar prevención primaria, secundaria y terciaria de los problemas de salud del adulto mayor; brindar asistencia a los problemas específicos cuando es necesario y detectar e intervenir sobre factores de riesgo bio-psico-sociales que conduzcan al deterioro de la función, priorizando el mantenimiento de la autonomía del adulto mayor.

Es fundamental trabajar con la persona adulta mayor, abordándola en todas sus dimensiones: social, económica, psicológica y biológica, tomando a la persona, su familia y su contexto social, como un conjunto siendo fundamental y necesario su abordaje integral, interinstitucional e intersectorial.

Este tipo de atención promueve el reconocimiento social, hacia las personas mayores como miembros valiosos de la sociedad, además de evitar la discapacidad, el aislamiento, la soledad y aumentar la funcionalidad, la integración y mejorar el acceso a los servicios de salud de los adultos mayores.

Se brinda una atención continua, en su domicilio, donde se realiza un seguimiento al usuario, disminuyendo así los tiempos de espera a la primera consulta e ingreso al programa, logrando la accesibilidad a los servicios y disminuyendo las internaciones sanatoriales.

Es importante también fortalecer los mecanismos de referencia y contrarreferencia con especialistas, que disminuyen la movilidad del usuario al primer nivel de atención, en base a protocolos y guías clínicas de atención, complementando acciones y servicios con otras instituciones, con el fin de abordar integralmente este grupo etario.

## **Descripción**

El Programa tiene como criterios de ingreso: ser usuarios de CAMS IAMPP Dolores, ser mayores de 65 años dependientes o menores de 65 años con dependencia severa. Son derivados por médicos tratantes o médicos de referencia, derivados por personal administrativo al momento de coordinar telefónicamente su control en salud o por solicitud de un familiar del usuario.

El equipo está conformado por una médica especialista en Geriátrica, una licenciada en enfermería y dos auxiliares de enfermería del primer nivel de atención.

La atención se realiza dos veces por semana (lunes y miércoles), donde se concurre en equipo (médico y personal de enfermería), con un promedio de 7 consultas cada día. Los días viernes la visita es realizada por médica geriatra, donde también lleva a cabo el seguimiento y control de altas de internación (sanatoriales o de internación domiciliaria).

Cada visita tiene un tiempo estimado de 30 a 45 minutos por paciente, dependiendo de la demanda del mismo, del familiar y/o cuidador.

El equipo referente lleva un registro único del total de usuarios que ingresan al programa y que están en seguimiento.

Se realiza en cada instancia una valoración integral de la persona y su contexto. Se realiza Carné del adulto Mayor según pautas del Ministerio de Salud (4). Se promueve el autocuidado, la alimentación saludable, los beneficios del ejercicio y la actividad física, la prevención de caídas (evaluando factores de riesgos intrínsecos y extrínsecos). Se realiza también control de las enfermedades crónicas y se brinda educación sobre el cuidado de la piel, apuntando a mejoras continuas en la calidad de vida de la persona.

Se fomenta el cumplimiento del tratamiento medicamentoso con riguroso control de la organización, dispensación y horarios de administración de fármacos. Cuando una de estas fases no se cumple en su totalidad, se trabaja con los cuidadores para el cumplimiento del mismo.

Durante las visitas también se valoran factores de riesgo de abuso y maltrato, realizando en los casos que lo ameritan intervenciones oportunas con la Licenciada en Trabajo Social y de ser necesario se consulta y articula su abordaje con el Servicio Espacio Mujer, (Policlínica de Violencia de Género y Generaciones).

Una vez finalizada la visita, se asigna la fecha del próximo control, y se le entrega por escrito el día y personal que concurrirá a su domicilio para el mismo. El equipo registra en la agenda la siguiente consulta, con un promedio de espera entre consulta y consulta de aproximadamente dos meses. Se prioriza la atención de pacientes que requieren consultas más frecuentes, agregando números en la agenda si es necesario, a fin de disminuir tiempos de espera. Al finalizar la consulta se registra la visita en la historia clínica electrónica (HCE) y también en la historia clínica de papel.

Los familiares que lo requieran pueden consultar a la médica geriatra del Programa también en la policlínica del primer nivel de atención (PNA), ya sea por dudas sobre el tratamiento, para llevar resultados de laboratorio, para repetición de medicación, entre otras.

Se articula la atención con especialistas, tales como Cardiólogo, Oncólogo, Dermatólogo, Licenciada en Nutrición, fortaleciendo el sistema de referencia - contrarreferencia. También con otros servicios, como la Policlínica de Diabetes, Policlínica de Control Cardiovascular, Policlínica Espacio Mujer, Servicio de Fisioterapia, Servicio de Enfermería Domiciliaria, Servicio de Vacunación a domicilio de esta manera mejora la resolutivez de atención, disminuyendo tiempos de espera, evitando traslados de los pacientes al centro de salud ya que su movilidad es limitada o nula y disminuyendo riesgos asociados al mismo. Estas intervenciones se registran en la Historia Clínica Electrónica (HCE) e historia clínica de papel. En estos años de trabajo, contacto, comunicación y valoración continua con este grupo etario de la población se realiza un diagnóstico de situación. Así se obtuvieron claros



objetivos de mejora para los adultos mayores de la ciudad. Existía una falta importante en Dolores de un espacio referente para los mismos, donde se abordará la recreación, la socialización y la participación activa con un enfoque preventivo, accesible y sustentable. Por tal motivo se propone por parte del equipo referente de la Institución la creación de un Espacio referente para este grupo etario, planteándose a la Dirección Técnica su necesidad de este. Al ser aceptada esta propuesta a nivel Institucional se articula de forma organizada y planificada con el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) de la ciudad, una reunión de convocatoria a Instituciones públicas y privadas, Organizaciones no Gubernamentales (ONG) de la Ciudad que articulan, se ocupan y/o gestionan directa o indirectamente actividades con este grupo etario. Se solicitó a cada referente concurrir a esa primera reunión con propuestas de trabajo en pro de la salud e interacción social hacia y con el adulto mayor.

Las Instituciones y ONG invitadas por parte de la Organización hasta el momento, CAMS IAMPP Dolores y MIDES Dolores, fueron: Red de Atención Primaria de ASSE (RAP ASSE), Secretaria Nacional de Deporte (SENADE), Plaza de Deportes Dolores, ASSE Hospital Dolores, Municipio de Dolores, Banco de Previsión Social Dolores (BPS) y Cruz Roja. De allí en más queda conformado el Equipo referente. Como primer punto y a modo de identificación se adjudica el nombre de Espacio Adulto Mayor, realizándose en primera instancia un cronograma con actividades y temas para trabajar interdisciplinariamente en donde en el año 2017. El equipo interinstitucional queda integrado por MIDES Dolores, ASSE Hospital Dolores, SENADE Plaza de Deportes, CAMS IAMPP Dolores y Cruz Roja Dolores.

Es un espacio abierto y gratuito para toda la población de Dolores, se utiliza como estrategia de promoción e invitación para la misma, la convocatoria a través de la prensa escrita oral y por canal local, mediante afiches e invitaciones que se entregan a los dueños de los Establecimientos de Larga Estadía para el Adulto Mayor, (ELEPAM) de la Ciudad, siendo esta una población objetivo.

De allí valoramos como equipo que existen desde el día uno, debilidades aún sin resolver, tales como el traslado desde los ELEPAM o domicilios particulares hacia el Salón de Encuentro, siendo el clima una amenaza latente para la concurrencia al mismo, teniendo como oportunidad de mejora, la existencia de un vehículo sin costo para todos aquellos interesados en participar y concurrir a dichas actividades.

Se busca un constante compromiso y participación de los residentes de los ELEPAM, por parte de todo el Equipo referente, insistiendo, informando y educando en cada visita domiciliaria sobre los beneficios que se buscan y los logrados hasta el momento en la salud de las personas.

Este espacio para el adulto mayor funciona los primer y tercer miércoles de cada mes, a partir de las 15 hasta las 17 horas aproximadamente. El primer miércoles de cada mes es

llamado Salud en Movimiento y busca involucrar y promocionar la recreación y el ejercicio físico a su vida cotidiana y el tercer miércoles de cada mes se aborda de manera integral e interdisciplinariamente temas de su interés individual, social.

Se aborda así la salud del adulto mayor de manera integral en su contexto social y comunitario, interactuando con la comunidad, adhiriéndose a las campañas mundiales y nacionales tales como: Mes de la Primera Infancia, Semana Mundial de la Lactancia Materna, Semana del Corazón, entre otras. Se han cumplido todas las actividades planificadas en el cronograma establecido por el equipo organizador de este proyecto hasta el momento.

A partir del trabajo del Espacio del Adulto Mayor, el 23 de noviembre del año 2018 se organizó el Primer Encuentro Regional del Adulto Mayor en la Ciudad de Dolores, en el marco del Día Internacional del Adulto Mayor, a efectos de dar respuesta a la necesidad de interactuar con sus pares de otras localidades, compartir experiencias y de esta forma aportar para mejorar su calidad de vida. Se logró un involucramiento que favoreció su participación, generando un compromiso de parte de todas las instituciones organizadoras para continuar con su realización anual.

Se evalúa su funcionamiento a través de indicadores de proceso y de resultado, por ejemplo:

Porcentaje de visitas domiciliarias realizados: se obtiene calculando el número total de visitas realizadas, corroborados en HCE, planilla de consulta diaria y agenda del programa/ sobre el número total de visitas planificadas, en agenda del programa y registro en agenda electrónica. El periodo evaluado es del 1 de enero 2018 al 31 de diciembre del 2018.

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de visitas domiciliarias realizados} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de visitas domiciliarias planificadas}}$ | $\frac{780 \times 100}{780} = 100\%$ |
|--|--------------------------------------|

También se calculó el porcentaje de actividades extramuros realizadas: se obtiene calculando las actividades extramuros realizadas por el equipo/ sobre el número total de actividades extramuros planificadas por el equipo. El periodo evaluado para este indicador es desde la primera actividad del Espacio del Adulto Mayor (2017), hasta diciembre 2018.

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de actividades extramuros realizadas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de actividades extramuros planificadas}}$ | $\frac{29 \times 100}{29} = 100\%$ |
|--|------------------------------------|

## Resultados

CAMS IAMPP Dolores tiene un total de 10865 afiliados, representando la población adulta mayor un 14,5% aproximadamente 1577 personas, siendo el alcance del programa a 187 usuarios, correspondiente a un 12%.

Las características de esta población corresponden 76% al sexo femenino y 24% al sexo masculino, el 11% del total de adultos mayores ingresados en el programa corresponden a la franja entre 65 y 74 años de edad, de donde el 58% pertenece al sexo femenino y el 42% al sexo masculino. El 89% restante corresponde a usuarios de 75 años de edad en adelante, 78% de los mismos de sexo femenino y el 22% sexo masculino, coincidiendo esta relación 4:1 con la cifra de población según Censo 2011.

El análisis de este programa se realiza en el periodo desde el 1 de enero 2018 al 31 de diciembre 2018, donde se realizaron un total de 845 visitas domiciliarias.

El 92% corresponde a 780 visitas realizadas los días lunes y miércoles, donde se concurre en equipo Médico geriatra y Enfermería y el 8% restante correspondiente a 81 visitas de Control de altas realizadas los días viernes donde concurre Médico geriatra, llegando a un total de 65 pacientes, teniendo como criterio de inclusión Adultos Mayores dados de alta de Internación Sanatorial y/o Internación Domiciliaria, usuarios del programa Adulto Mayor a Domicilio o Adultos Mayores que no pueden concurrir a controles en el centro de salud, quienes son captados en ese momento para ingresar al mismo.

Esta policlínica de control de alta es una herramienta de seguimiento y captación para el abordaje integral, con el objetivo de contribuir a disminuir complicaciones y nuevas internaciones y de esta manera evaluar también su salud en el contexto social de la población objetivo y más vulnerable que ingresan al programa.

El número de visitas es mayor que el total de pacientes, dado que según su complejidad o patología a controlar ameritan control semanal.

Analizando la población beneficiaria de este programa de manera transversal y retrospectivamente del 1 de enero 2018 al 31 de diciembre 2018, se analizan la presencia de algunos síndromes geriátricos como son: caídas, nivel de dependencia, deterioro cognitivo, depresión que se describen a continuación; referente a caídas el 47% las presentó, analizados estos datos según la edad, el 92% corresponde a mayores de 75 años, 7% entre 65 y 74 años y el 1% menor a 65 años de edad; el 10,7% de los mismos presentaron fractura como consecuencia de la caída, correspondiendo el 95% a personas mayores de 75 años y el 5% restante personas de 65 a 74 años.

El 59,3% del total presenta deterioro cognitivo, siendo el 96 % de los mismos personas mayores a 75 años.

Un 100% requiere ayuda en algunas o todas las actividades instrumentales de la vida diaria, tales como el manejo de la medicación, dinero, cocina, arreglo de la casa, lavar ropa, realizar compras, uso del transporte y uso del teléfono, siendo el 92% de las mismas, personas mayores a 75 años, el 7 % personas de 65 a 74 años y el 1% restante menores a 65 años. 61% requiere ayuda en actividades básicas de la vida diaria, propias del autocuidado como son: alimentación, vestido, baño, arreglo, control de esfínteres, marcha. 90% de los mismos son personas mayores a 75 años, 8% personas de 65 a 74 años y el 2% restante personas menores de 65 años propias de su nivel de dependencia requisito necesario para el ingreso a este programa.

Actualmente se ha incorporado evaluar la polifarmacia (uso de 3 o más, medicamentos diarios) como otro síndrome geriátrico, presente en el 51,2% del total de nuestra población, correspondiendo 91% a personas mayores de 75 años, 8% a personas entre 65 a 74 años y el 1% restante a personas menores a 65 años.

Somos un servicio referente en la Institución, y en la población en general que funciona de manera organizada según protocolos y guías de atención, con acceso a la primera consulta según prioridad, disminuyendo los tiempos de espera. Se genera un vínculo de confianza, comprensión y entendimiento mutuo entre los usuarios, familia y / o cuidadores durante todo el proceso de salud enfermedad, considerando el tiempo dedicado y el conocimiento de cada paciente y su contexto (desde que ingresan al programa hasta su fallecimiento).

Se cuenta con una sólida base de registros de cada paciente donde se analiza y estudia el perfil de la población anualmente.

Promovemos el proceso de referencia y contrarreferencia con los distintos niveles de atención en salud, teniendo una agenda especial para el control de los pacientes dados de alta de Internación sanatorial o domiciliaria. Esto asegura el seguimiento adecuado de determinadas patologías y controles post operatorios, fomentando la prevención, promoción de salud, educación al paciente y / o cuidador, evitando complicaciones, mejorando consecuentemente los hábitos saludables y calidad de vida.

Se trabaja Interinstitucionalmente en red con MIDES Dolores, ASSE Hospital Dolores, SENADE Plaza de Deportes, en un Proyecto Social llamado Espacio del Adulto Mayor, donde se aborda de manera integral al adulto Mayor en su contexto social y comunitario, donde se han cumplido todas las actividades enmarcadas en el cronograma establecido por la organización.

Se interactúa con la comunidad, adhiriéndose a las campañas mundiales y nacionales tales como, Mes de la Primera Infancia, Semana Mundial de la Lactancia Materna, Semana del Corazón, entre otros.





## Conclusiones

En el contacto diario con el adulto mayor y su entorno, familia y/o cuidador vemos que la carencia de información acerca de la vejez y su proceso de envejecimiento lleva a la pérdida de relaciones familiares e interpersonales, debido a que carecen tanto ellos como sus familiares de información y preparación para cuidar y proteger su entorno bio-psicosocial.

El cambio sociocultural y económico que vivimos hace cada día más difícil atender y cuidar a los adultos mayores en casa, e induce a estos a que cada vez más se trasladen los cuidados del adulto mayor a los ELEPAM.

Comprometidos e involucrados con este rango etario retransmitimos sus pensamientos de que es ahora cuando todavía ellos están integrados a la familia, fomentamos y promovemos a cada uno de ellos y a todos los adultos mayores que deben iniciar y participar en programas sociales donde se busca el mejoramiento para los mismos. Lo importante no es vivir más años, si no con que calidad de vida que se viven.

Todavía tenemos mucho que aprender con respecto al adulto mayor para entenderlos y cuidarlos. Una buena manera de introducirnos en el tema es teniendo claro que el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, sino una etapa de la vida que para muchos resulta difícil enfrentar.

El trabajo con el Adulto Mayor es fundamental, implica no solo la persona si no también la familia y su contexto social. Esta experiencia ha sido desde sus comienzos, un trabajo con mejoras continuas, en pro de la salud y del abordaje integral del mismo.

Analizando la población y organizando el trabajo es que este servicio ha ido creciendo paulatinamente según la demanda de atención al usuario.

Se ha logrado su involucramiento en actividades de promoción de salud, favoreciendo su participación en actividades comunitarias, mejorando así su interacción social lo que lleva a tener una mejora en salud.

## Referencias bibliográficas

1. Uruguay, Registro Nacional de Leyes y Decretos, Ley N.º 18.211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Uruguay: IMPO [13/12/2007] [en línea]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>
2. Organización Mundial de la Salud [en línea]. 2018. [fecha de último acceso: mayo 2019]. Non-communicable diseases country profiles 2018. Disponible en: RedEMC. [en línea]. Herramientas para el cuidado del adulto mayor en el primer nivel de atención. Disponible en: <https://redemc.net/campus/courses/atencion-del-adulto-mayor-en-el-primer-nivel-de-atencion/>
3. Instituto Nacional de Estadística [en línea]. 2011. Censo 2011. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/soriano2>
4. Ministerio de Salud Pública. Guía de Cuidados de la Salud para un envejecimiento activo y saludable. Ítalo Savio y cols. Área programática del Adulto Mayor, Ministerio de Salud Pública. Montevideo: MSP, junio 2015
5. Ministerio de Salud Pública. Guía para cuidadores de personas adultas mayores. Dirección General de la Salud. Área programática del Adulto Mayor. Montevideo: MSP, 2009.
6. Ministerio de Salud Pública. Recomendaciones y criterios técnicos para la organización de servicios sanitarios para personas adultas mayores: Servicio de Geriátrica, MSP, Dirección General de la salud, Área Programática del Adulto Mayor. Documento de Técnico N.º 001/ 2017. Agosto 2017.
7. Ministerio de Salud Pública. Guías de Cuidados de la Salud para un Envejecimiento Activo y Saludable, MSP, DIGESA, Área Programática, 2009.
8. Instrumento de Evaluación y Criterios Diagnósticos, Departamento de Geriátrica, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina.

# Capítulo 5: Estrategias de sensibilización y accesibilidad al diagnóstico precoz en infección por el VIH

Laura Acevedo<sup>1</sup>, Zaida Arteta<sup>2</sup>, Ana Castello<sup>3</sup>, Laura Diaz<sup>4</sup>, Inés Gomez<sup>3</sup>, María Noel Zubillaga<sup>5</sup>, Marcela Zurmendi<sup>2</sup>

## Resumen

Este trabajo se desarrolló en una institución de asistencia médica privada de profesionales en Uruguay, (IAMPP-COSEM), en el marco del desarrollo de metas para contribuir con los objetivos sanitarios nacionales 2017-2020 de reducir la morbimortalidad vinculada a la infección por VIH. El objetivo fue planificar, ejecutar y monitorizar el cumplimiento de los mencionados objetivos, implementando estrategias que mejoraran la tasa de diagnóstico temprano de VIH, la accesibilidad al asesoramiento y tratamiento precoz, así como capacitar a los recursos humanos. Se formó un equipo de trabajo que aplicó una estrategia multimodal con intervenciones a nivel de los usuarios y de los integrantes del equipo de salud así como la implementación del testeo para VIH voluntario, gratuito, en un espacio amigable de horario amplio. Los resultados muestran una proporción de positividad de los tests rápidos que es el doble que con el testeo habitual por la técnica de ELISA desde la consulta médica. Concluimos que la estrategia aplicada es de gran utilidad para llegar a las poblaciones clave y a usuarios que de otra forma no les resultaba accesible la realización del test.

**Palabras clave:** VIH, serodiagnóstico VIH, diagnóstico.

## Introducción

En Uruguay según datos del Ministerio de Salud (MS) existe una elevada proporción de diagnósticos tardíos de infección por VIH y morbimortalidad relacionada considerable. El estigma y la discriminación siguen siendo fuente de gran prejuicio impactando desde la prevención al acceso a la atención en salud y al tratamiento, por lo que las acciones en

- 
- 1 Adjunta a dirección técnica y coordinación
  - 2 Enfermedades Infecciosas, coordinación y asistencia
  - 3 Asistencia y asesoramiento
  - 4 Recolección y procesamiento de datos
  - 5 Dirección técnica, serología



RPR | Syphilis

C SRP RPR

contra de éstos son una prioridad en el control de esta afección.

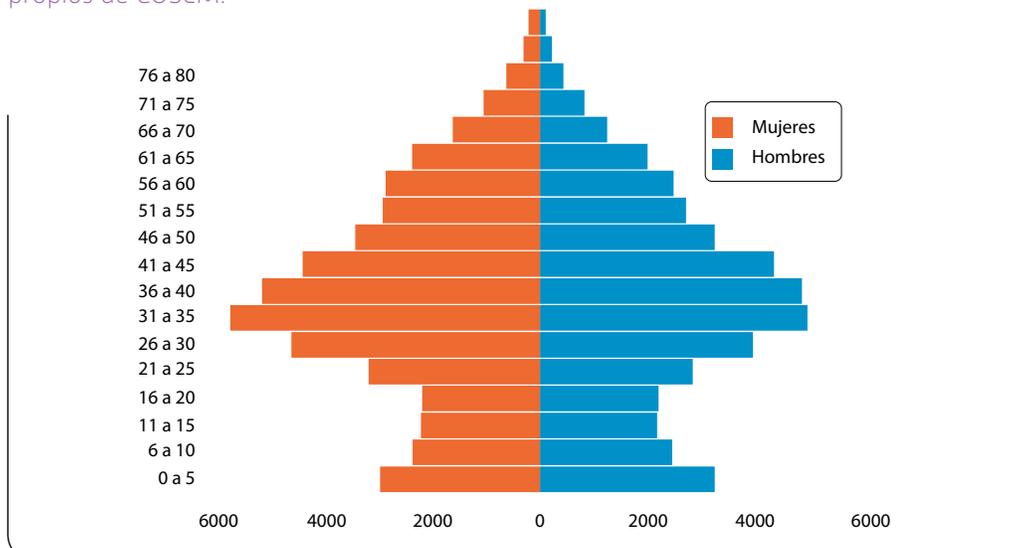
Las personas más afectadas en cuanto a sexo y edad son los hombres de 15 a 44 años, en particular los jóvenes de 15 a 24, en quienes existe un aumento de los nuevos casos notificados, y los varones entre 25 y 44 años. Éste último es el grupo que presenta mayor proporción de nuevas infecciones tanto en Uruguay como a nivel mundial (1,2).

Este trabajo se desarrolló en una institución de asistencia médica privada de profesionales en Uruguay (IAMPP-COSEM), en el marco de los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) definidos por el MS para 2020 cuyo Objetivo Estratégico 2 se refiere a disminuir la carga prematura y evitable de morbilidad y discapacidad. Entre estos, se plantea: la reducción de la morbilidad por VIH-SIDA: reducir un 30% la tasa de mortalidad por SIDA; disminuir un 15% la incidencia de VIH; aumentar a 90% la tasa de personas con VIH diagnosticadas y aumentar la cobertura de tratamiento antirretroviral (TARV) en personas con VIH. Para lograrlo el MS promueve el alcance de metas prestacionales que vinculan los OSN a la realidad de cada prestador, buscando disminuir estas brechas (3).

Los indicadores definidos por el MS para el seguimiento de las personas con VIH son:

1. Cantidad de personas entre 15 y 44 años con prueba de tamizaje reactiva para VIH que se realiza test confirmatorio
2. Cantidad de kits unitarios para test rápido de VIH distribuidos en los servicios finales
3. Tasa de cobertura de tratamiento con antirretrovirales en usuarios con diagnóstico confirmado de VIH positivo
4. Índice de vinculación del usuario con VIH positivo con el servicio (CD4 y Carga Viral antes de los 4 meses del diagnóstico)

**Gráfico 1:** Distribución de afiliados según edad y sexo. COSEM. 2019 / Fuente: Registros propios de COSEM.



La población de COSEM al 1° de enero de 2019 está compuesta de 93898 personas de las cuales 49015 (52,2%) son mujeres y 44883 (48,3%) son hombres. La distribución por edad y sexo la podemos observar en el Gráfico 1. En ella se destaca que es una población joven con una mayor proporción de población entre los 25 y 50 años.

Antes de la implementación de la presente iniciativa en 2017, el proceso diagnóstico de la infección por VIH en COSEM requería la solicitud del test por un médico de la institución en el contexto de una consulta. En el caso que resultara reactivo no se informaba por parte del laboratorio hasta obtener el resultado de una segunda extracción para estudio confirmatorio (Western Blot) realizado en el laboratorio de referencia del MS. Una vez confirmado el diagnóstico desde el laboratorio, el médico solicitante debía derivar al paciente con el especialista en enfermedades infecciosas, y recién ahí se iniciaban los controles y la solicitud de estudios específicos de seguimiento y pretratamiento. En promedio este proceso insumía de 1 a 3 meses hasta el inicio del tratamiento antirretroviral. Se agrega en este sistema la debilidad de que se retrasaba el asesoramiento, profilaxis y contención, en función de “la espera del confirmatorio”, lo que sumaba un importante componente de angustia e incertidumbre a todo el evento vinculado al diagnóstico.

Esta dinámica mostraba que el proceso diagnóstico era diferente a cualquier otro de una enfermedad crónica. Consideramos que el estigma y la discriminación frente a la infección VIH contribuyeron fuertemente en este proceso determinando retrasos en la captación de las personas, asesoramiento y tratamientos tardíos, así como pérdidas de seguimiento. A pesar de esto los datos relevados mostraban que el 90% de las personas ya diagnosticadas estaban en tratamiento antirretroviral y en el 90% de ellas ya contaban con estudios de carga viral y población linfocitaria en la historia clínica a los 4 meses del diagnóstico.

En este contexto se formó el equipo de trabajo con el objetivo de planificar, ejecutar y monitorizar el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios del MS 2017-2020, implementando estrategias que mejoraran la tasa de diagnóstico temprano de VIH, la accesibilidad al asesoramiento y tratamiento precoz, así como capacitar a los recursos humanos en todos sus roles.

## **Descripción**

Se llevaron a cabo reuniones periódicas donde se delinearon las principales acciones a desarrollar y se involucró a los distintos departamentos: enfermedades infecciosas, laboratorio, auditoría médica, enfermería y comunicación.

Se decidió la creación y difusión de un espacio en policlínica de COSEM con personal de enfermería y especialistas en enfermedades infecciosas, que funciona regularmente desde agosto de 2017, en un horario fijo de 3 horas semanales, de asesoramiento y testeo sobre enfermedades infecciosas de transmisión sexual, particularmente en el diagnóstico de VIH mediante el test rápido. El acceso a este espacio es amigable, sin costo, a iniciativa

del usuario o de cualquier profesional del equipo de salud y sin agenda previa. La primera acción fue la protocolización del proceso diagnóstico de VIH, desde la prescripción del profesional, su realización, la comunicación de los resultados y seguimiento inicial de las personas. A partir del primer semestre de 2017 el resultado de un primer test de tamizaje (test de ELISA) reactivo es derivado en las primeras 24 A48 horas con un profesional (especialista en enfermedades infecciosas o médico tratante) que comunica el resultado y solicita los estudios iniciales. Esto permite apoyar emocionalmente frente al diagnóstico y mantener al usuario en vínculo estrecho con el prestador. Se elaboró material de comunicación sobre la infección por VIH, dirigido principalmente a usuarios y al equipo de atención a la salud. Este material se divulgó en la página web, en las jornadas de testeo y está visible en todas las policlínicas.

Se aseguró la distribución y disponibilidad de kits de test rápido de VIH y sífilis, en forma permanente en todos los policlínicos, así como la realización por personal de enfermería que se capacitó específicamente en estas técnicas.

Se realizaron talleres en conjunto con la organización no gubernamental (ONG) MasVIH-das, con licenciados y auxiliares en enfermería, extraccionistas, personal administrativo y médicos de la institución. Participaron 15 personas en cada taller con una duración de 4 horas y se reiteraron en 4 oportunidades.

Además, se realizaron actividades dirigidas a la población en general y abiertas a toda la comunidad como la exposición en dos de los policlínicos de una muestra fotográfica temática, talleres con usuarios y dos jornadas de testeo abiertas a toda la comunidad, en relación al día nacional en respuesta al VIH-SIDA en 2017 y 2018.

## **Resultados**

En la Tabla 1 se muestran los tests rápidos y los tests de ELISA realizados entre 2016 y 2018. Cabe destacar que los tests rápidos se incorporaron a la institución en agosto de 2017.

Los datos de las pruebas de ELISA fueron proporcionados directamente por laboratorio de análisis clínicos (LAC), en cuanto a los test rápidos el registro de los mismos fue realizado en las enfermerías de los distintos policlínicos y la información volcada en una planilla de cálculo. La información posteriormente se procesó en el departamento de auditoría médica de la institución.

**Tabla 1.** Número de personas que se realizaron tamizaje de VIH 2016 - 2018

|               | Elisa |       |       | Tests rápidos |        |       |
|---------------|-------|-------|-------|---------------|--------|-------|
|               | 2016  | 2017  | 2018  | 2016*         | 2017** | 2018  |
| se realizaron | 8164  | 8952  | 8949  | N/C           | 51     | 305   |
| son reactivos | 54    | 42    | 45    | N/C           | 2      | 3     |
| % positividad | 0,66% | 0,47% | 0,50% | N/C           | 3,92%  | 0,98% |

\* No se realizaban Test Rápidos en el 2016

\*\* Test rápidos realizados en 2017 a partir de agosto

Fuente: datos obtenidos de los registros de enfermería [tests rápidos] y del laboratorio de análisis clínico de la institución [ELISA].

Se constató que el aumento en el número de personas tamizadas está vinculado a la realización de tests rápidos y que la proporción de positividad es mayor con esta técnica. La Tabla 2 muestra que la mayoría de los nuevos diagnósticos involucra a personas entre 24 a 45 años con un amplio predominio en el sexo masculino.

**Tabla 2.** Distribución de nuevos diagnósticos de 2017 por sexo y edad

| Tramo de edad | Hombres   | Mujeres  | Total     |
|---------------|-----------|----------|-----------|
| < 23 años     | 2         | 1        | 3         |
| 24 a 45       | 19        | 4        | 23        |
| 46 a 65       | 2         | 3        | 5         |
| > 65          | 1         | 0        | 1         |
| <b>Total</b>  | <b>24</b> | <b>8</b> | <b>32</b> |

Fuente: Registros de COSEM - IAMPP





## Discusión y conclusiones

La incorporación del test rápido en las condiciones analizadas contribuyó al incremento de la tasa de detección de resultados positivos en la institución, pasando de valores de 0.5% (similar a la prevalencia nacional) para quienes se tamizan con técnica ELISA a 0.98 % en quienes lo hacen con test rápidos. Se produjo una auto selección de las personas que se percibieron con mayor probabilidad de infección por VIH, esto junto con la mayor accesibilidad al test en el primer nivel de atención determinó un aumento en la proporción de test positivos.

Podemos afirmar que utilizar la estrategia de promoción del testeo es una medida efectiva para el diagnóstico dado que es capaz de “encontrar” a las personas VIH positivas con un menor número de tests realizados y a menor costo.

En cuanto a las características demográficas de la población en la que el test fue reactivo destacamos que son varones jóvenes entre 24 y 45 años, lo cual concuerda con reportes nacionales e internacionales donde la epidemia está concentrada en esta población, específicamente varones gay (4). Esto implica que las estrategias de promoción de la salud deberán tener en cuenta esta característica en su diseño e implementación.

Consideramos que es necesario profundizar el trabajo centrado en la accesibilidad y autonomía de las personas con estrategias amigables, multimodales, que permitan contemplar las distintas formas de vínculo con el prestador.

El equipo de salud involucrado en este proyecto valoró muy positivamente la experiencia de trabajo multidisciplinario en el proceso del cumplimiento de los objetivos planteados, surgiendo de la primera evaluación la necesidad de reuniones periódicas, involucramiento de profesionales del área de salud mental y valoración de la conformidad de las personas usuarias de COSEM.

Esta experiencia y los resultados obtenidos hasta el momento permiten mejorar la resolutivez del primer nivel de atención y profundizar el proceso con objetivos más ambiciosos en el futuro.

## Referencias bibliográficas

1. Ministerio de salud. Boletín Epidemiológico día mundial del VIH/SIDA 2018. Uruguay: MS, 2018. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/boletin-epidemiologico-vihsida-diciembre-2018>
2. ONU SIDA. Hoja informativa – Día Mundial del SIDA 2018. Estadísticas mundiales sobre el VIH de 2017. Ginebra: ONU, 2018. Disponible en: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf)
3. Ministerio de salud. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Uruguay: MS, 2017. Disponible en: [https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1007:objetivos-sanitarios-nacionales-2020-hacia-donde-ira-la-salud-del-paa-s&Itemid=451](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1007:objetivos-sanitarios-nacionales-2020-hacia-donde-ira-la-salud-del-paa-s&Itemid=451)
4. McCree DH. A programmatic approach to address increasing HIV diagnoses among Hispanic/Latino MSM, 2010–2014. *Prev Med.* 2018 Sep;114:64–71.

# Capítulo 6: Manejo de condiciones crónicas en el primer nivel de atención: Unidad Cardiometabólica.

Daiana Arrastia<sup>1</sup>, Cecilia Bertoglio<sup>2</sup>, Jacqueline Coronato<sup>3</sup>, Martha Pérez<sup>4</sup>, Tania Rey<sup>5</sup>, Wilson Santos<sup>6</sup>, Ana Sollazzo<sup>7</sup>

## Resumen

El Centro de Salud Ciudad Vieja, perteneciente a la Red de Atención del Primer Nivel Metropolitana de la Administración de Servicios de Salud del Estado, implementó la Unidad Cardiometabólica para el abordaje de los usuarios adultos portadores de condiciones crónicas no transmisibles. El modelo de cuidados propuesto es una estrategia que busca dar respuesta a la alta prevalencia de las mismas en la población. Su propósito es mejorar la resolutivez del primer nivel de atención y brindar una atención de calidad, oportuna y que asegure la continuidad del proceso asistencial de los usuarios con riesgo cardiovascular moderado o alto.

Esta experiencia piloto se desarrolla en el Centro de Salud Ciudad Vieja desde octubre de 2017. Se conformó un equipo multidisciplinario, se definieron los criterios de estratificación del riesgo, así como el flujograma de atención que incluye la referencia y contrarreferencia con el tercer nivel. El paciente transita un circuito en consulta con cada especialista, y una vez valorado por el equipo, es referenciado nuevamente a su médico tratante, con un plan de cuidados y un resumen de la intervención. La Historia Clínica Electrónica Ambulatoria y el Sistema de Gestión de consultas son dos herramientas informáticas sustantivas en el proceso de atención.

Se definieron un conjunto de indicadores de proceso y de resultados a partir de los cuales se realizó una evaluación al año de su inicio. En el período evaluado fueron derivados y consultaron en la Unidad 72 pacientes. Se analiza el cumplimiento de las metas definidas en el proyecto, así como las lecciones aprendidas en el transcurso de la implementación

- 
- 1 Médica especialista en endocrinología
  - 2 Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
  - 3 Médica. Programa del Adulto RAP metropolitana
  - 4 Médica especialista en cardiología
  - 5 Licenciada en Nutrición
  - 6 Licenciado en Enfermería
  - 7 Médica especialista en Administración de los servicios de salud. Gestión del proyecto



del mismo.

**Palabras clave:** *Enfermedades crónicas, atención primaria de salud, atención médica.*

## **Introducción**

A fines del siglo XIX, el Uruguay comienza en forma lenta y progresiva con la transición demográfica; pasando de una estructura poblacional en la que predominaban los niños y jóvenes a tener en este siglo la población más envejecida de América Latina, constituyendo una demografía atípica en el continente [1] [4]. Esta transición demográfica, sumada a cambios socio- económicos, introducción de medidas de salud pública y adelantos tecnológicos y científicos, determinaron a largo plazo cambios en los patrones de salud y enfermedad de la población y dieron lugar a lo que se denomina transición epidemiológica. Por lo que estamos asistiendo actualmente a un incremento de las enfermedades o condiciones crónicas no transmisibles (ECNT) y muertes por esta causa.

Las ECNT tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Los principales tipos son las enfermedades cardiovasculares (como los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes [2]. Las mismas causan 38 millones de defunciones cada año en el mundo. Dan lugar al 85% de las defunciones en Uruguay, teniendo además un alto impacto en el costo de atención médica [3].

Según las encuestas realizadas por el Ministerio de Salud del Uruguay, sobre Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles [5]; se encontró un aumento de algunos factores de riesgo: consumo insuficiente de frutas y verduras diarias de 84.9% a 90.8%; Hipertensión arterial de 30.4% a 38.7; sobrepeso y obesidad de 56.6 a 64.7%; glucemia elevada en sangre de 5.4% a 7.8%. Por lo que se debe seguir trabajando para que el modelo de atención de salud resulte eficaz en la prevención y el tratamiento de las afecciones crónicas. Los programas exitosos requieren un abordaje intersectorial y trabajo en equipos multidisciplinarios con la combinación apropiada de aptitudes para la prestación de los servicios, poniendo énfasis en la calidad de atención para reducir las barreras relacionadas con los factores sociales, económicos y culturales [6].

En base a estos conceptos y las necesidades planteadas, es que en la Red de Atención del Primer Nivel Metropolitana (RAP Metropolitana) de la Administración de Servicios de Salud del Estado, se implementó la Unidad Cardiometabólica. Su propósito es mejorar la resolutivez del primer nivel de atención y brindar una atención de calidad, oportuna y que asegure la continuidad del proceso asistencial a los usuarios portadores de condiciones crónicas con mediano y alto riesgo cardiovascular que se asisten en los Centros de Salud de la RAP Metropolitana; brindando un apoyo fundamental al médico de referencia, para la atención de los mismos. La actividad de la Unidad es desarrollada por un equipo

multidisciplinario de profesionales. De esta forma se busca lograr un adecuado control de los usuarios portadores de ECNT, prestando especial atención a aquellos con mayor riesgo, aportando a mejorar su calidad de vida.

Se comenzó con una experiencia piloto en el Centro de Salud Ciudad Vieja de la RAP Metropolitana en octubre de 2017, para posteriormente y tras una evaluación de los resultados; extender la experiencia a otros tres Centros (Centro de Salud Cerro, Jardines del Hipódromo y Ciudad de la Costa).

### **Descripción:**

El proyecto piloto de manejo de condiciones crónicas en el Primer Nivel de Atención a través de la Unidad Cardiometabólica (UCAME) del Centro de Salud Ciudad Vieja tiene como población objetivo los afiliados mayores de 20 años con riesgo de desarrollar y/o portadores de condiciones crónicas no transmisibles que consultan en el Centro. El objetivo general es mejorar la calidad de atención de la población objetivo. Los objetivos específicos son:

- a.** Brindar atención integral a la población objetivo según el nivel de riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles.
- b.** Abordaje multidisciplinario a la población portadora de Síndrome Metabólico (pacientes hipertensos, diabéticos, obesos, dislipémicos) con mediano y alto riesgo cardiovascular.
- c.** Realizar el seguimiento de los afiliados con mediano y alto riesgo mejorando la referencia y contrarreferencia con el segundo y tercer nivel de atención.
- d.** Implementar acciones grupales para la educación, promoción y abordaje de las condiciones crónicas.

### ***Proceso de implementación***

Su implementación comenzó en octubre de 2017 conformando un equipo multidisciplinario integrado por una médica de medicina familiar y comunitaria, un licenciado en enfermería, una cardióloga, una endocrinóloga, una licenciada en nutrición y una integrante del equipo de gestión.

En este equipo se definieron los criterios de estratificación del riesgo, realizando una adaptación de la escala de Framingham que evalúa y cuantifica el riesgo cardiovascular. Se diseñó así una escala que resume tres tipos de riesgo: bajo, moderado y alto.

Tabla de estratificación de riesgo cardiovascular UCAME "Ciudad Vieja"  
Hombres y Mujeres

| Puntos | Edades | HDL    | Col total | PAS no tratada | PAS tratada | Tabaq. | D.M |
|--------|--------|--------|-----------|----------------|-------------|--------|-----|
| -2     |        | 60-más |           | men-120        |             |        |     |
| -1     |        | 50-59  |           |                |             |        |     |
| 0      | 30-34  | 45-49  | men-160   | 120-129        | men-120     | NO     | NO  |
| 1      |        | 35-44  | 160-199   | 130-139        |             |        |     |
| 2      | 35-39  | men-35 | 200-239   | 140-159        | 120-129     |        |     |
| 3      |        |        | 240-275   | 160-más        | 130-139     |        | SI  |
| 4      |        |        | 280-más   |                | 140-159     | SI     |     |
| 5      | 40-44  |        |           |                | 160-mas     |        |     |
| 6      | 45-49  |        |           |                |             |        |     |
| 7      |        |        |           |                |             |        |     |
| 8      | 50-54  |        |           |                |             |        |     |
| 9      |        |        |           |                |             |        |     |
| 10     | 55-59  |        |           |                |             |        |     |
| 11     | 60-64  |        |           |                |             |        |     |
| 12     | 65-69  |        |           |                |             |        |     |
| 13     |        |        |           |                |             |        |     |
| 14     | 70-74  |        |           |                |             |        |     |
| 15     | 75-más |        |           |                |             |        |     |

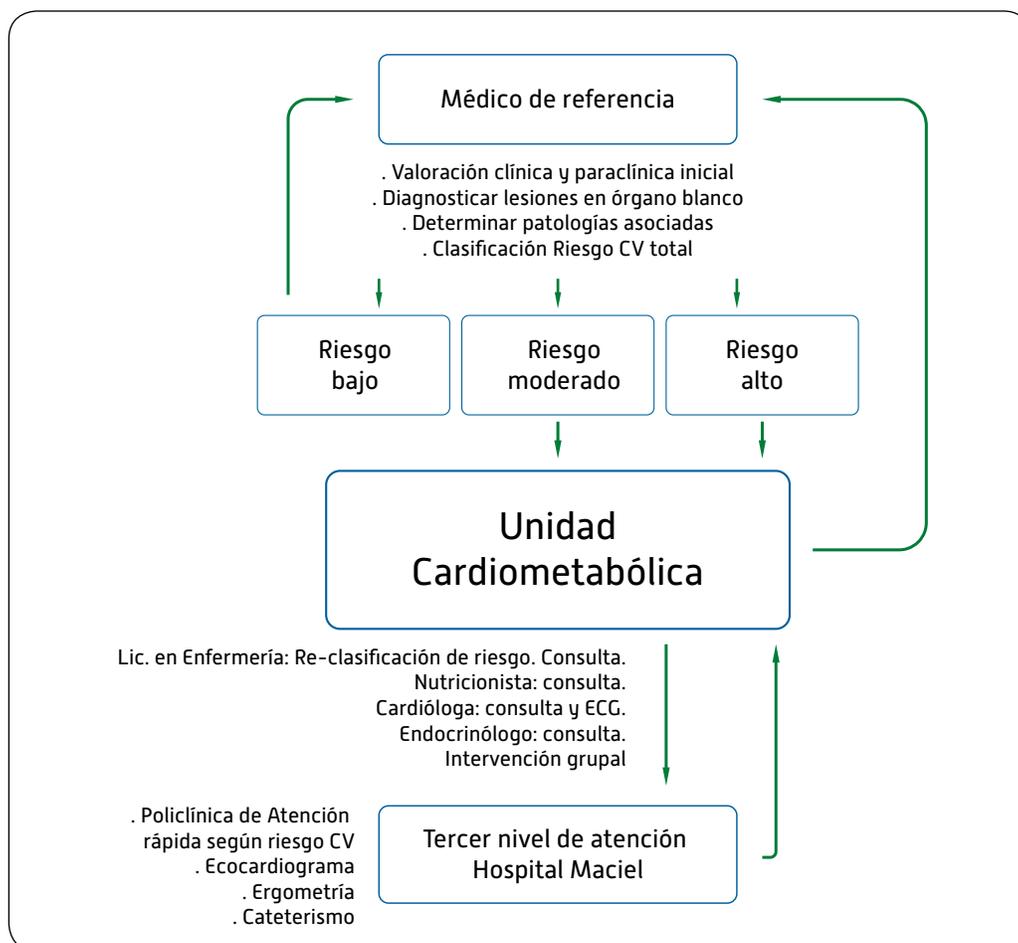
| Riesgo CV total para hombres: |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| de -2 a 10                    | Riesgo bajo     |
| de 11 a 14                    | Riesgo moderado |
| 15 o más                      | Riesgo alto     |

| Riesgo CV total para mujeres: |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| de -2 a 12                    | Riesgo bajo     |
| de 13 a 17                    | Riesgo moderado |
| 18 o más                      | Riesgo alto     |

En la primera etapa de implementación del proyecto se realizó el entrenamiento del equipo de médicos generalistas y de familia sobre los criterios de derivación y el funcionamiento del proyecto. La propuesta se sustenta en la derivación por parte de los médicos de referencia de los usuarios del centro, de los pacientes que éstos evalúen que tienen un riesgo moderado o alto. Asimismo, se realizaron jornadas de sensibilización al personal de enfermería y la presentación del proyecto al conjunto de los funcionarios del Centro de Salud.

Se mantuvieron reuniones de coordinación con la cardióloga referente de la Policlínica Cardiológica de atención rápida del Hospital Maciel, definiendo los mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes. La definición del proceso de atención de los pacientes con moderado o alto riesgo cardiovascular se plasmó en un flujograma de atención (Figura 1).

**Figura 1.** Proceso de atención de los pacientes con moderado o alto riesgo cardiovascular



De requerirse acciones diagnósticas o terapéuticas que corresponden al tercer nivel de atención, los mismos se derivan a la Policlínica Cardiológica de atención rápida del Hospital Maciel, donde además de la consulta tienen acceso a estudios paraclínicos como ecocardiograma, ergometría y cateterismo.

Se definió la implementación de la consulta de enfermería para los pacientes que concurren a la UCAME, que tiene por objetivo prevenir y resolver necesidades y problemas de salud fomentando cambios en el estilo de vida, así como el autocuidado.

La gestión del proyecto implicó asimismo una reunión semanal de intercambio, análisis y discusión de la implementación del mismo que fue documentado sistemáticamente a través de actas de reunión.

### ***Modalidad de funcionamiento***

Cada médico de referencia del Centro de Salud realiza la valoración clínica detallada y paraclínica básica de los pacientes con la que define el riesgo cardiovascular total. Los pacientes clasificados con riesgo moderado o alto son derivados a la UCAME a través de un formulario de derivación. Este formulario se entrega al Licenciado en enfermería quien convoca a los pacientes a la Unidad.

En el transcurso del proyecto se implementó además un mecanismo no definido al inicio para identificar pacientes de riesgo. Estos fueron la revisión de historias clínicas de pacientes en lista de espera para consulta con endocrinólogo e identificación de pacientes crónicos del centro con prescripciones de determinadas combinaciones de fármacos definidas por los especialistas del proyecto. A partir de estas fuentes se identificaron pacientes de riesgo que fueron derivados a la Unidad.

La UCAME funciona un día a la semana de 8 a 12 horas con una modalidad de atención en la que el paciente transita un circuito en consulta con cada profesional en forma sucesiva. La consulta con el equipo de la UCAME se inicia con la consulta de enfermería realizada por el licenciado, quien recalcula el riesgo cardiovascular y verifica la paraclínica con que cuenta el usuario. Posteriormente un auxiliar de enfermería realiza los controles antropométricos y sucesivamente el paciente transita por todos los especialistas del equipo. La licenciada en nutrición realiza un plan de alimentación individualizado. La cardióloga y la endocrinóloga realizan un electrocardiograma y la consulta, y de requerirse, se realiza la derivación al tercer nivel de atención.

Una vez finalizada la consulta la médica de familia y el licenciado en enfermería entregan por escrito al paciente un Plan de Cuidados en el que consta el tratamiento higiénico, dietético y farmacológico, un resumen de la intervención del equipo y de requerirse, nueva fecha de consulta en UCAME. Esta información se hace llegar también al médico de referencia, con el que se agenda al paciente, y que continúa con la atención del usuario. En

esta instancia también se informa y deriva a los pacientes al grupo de obesos, diabéticos, dislipémicos e hipertensos (grupos ODDH) y de Cesación de Tabaquismo que funcionan en el Centro.

El día de atención de la Unidad se destina una hora para reunión de equipo. En este ámbito se planea la discusión de la organización y el funcionamiento de la Unidad y también es un ámbito de discusión de casos clínicos que tiene por objetivo lograr un abordaje interdisciplinario de los pacientes, unificando criterios.

### ***Modalidades de registro y sistemas de información***

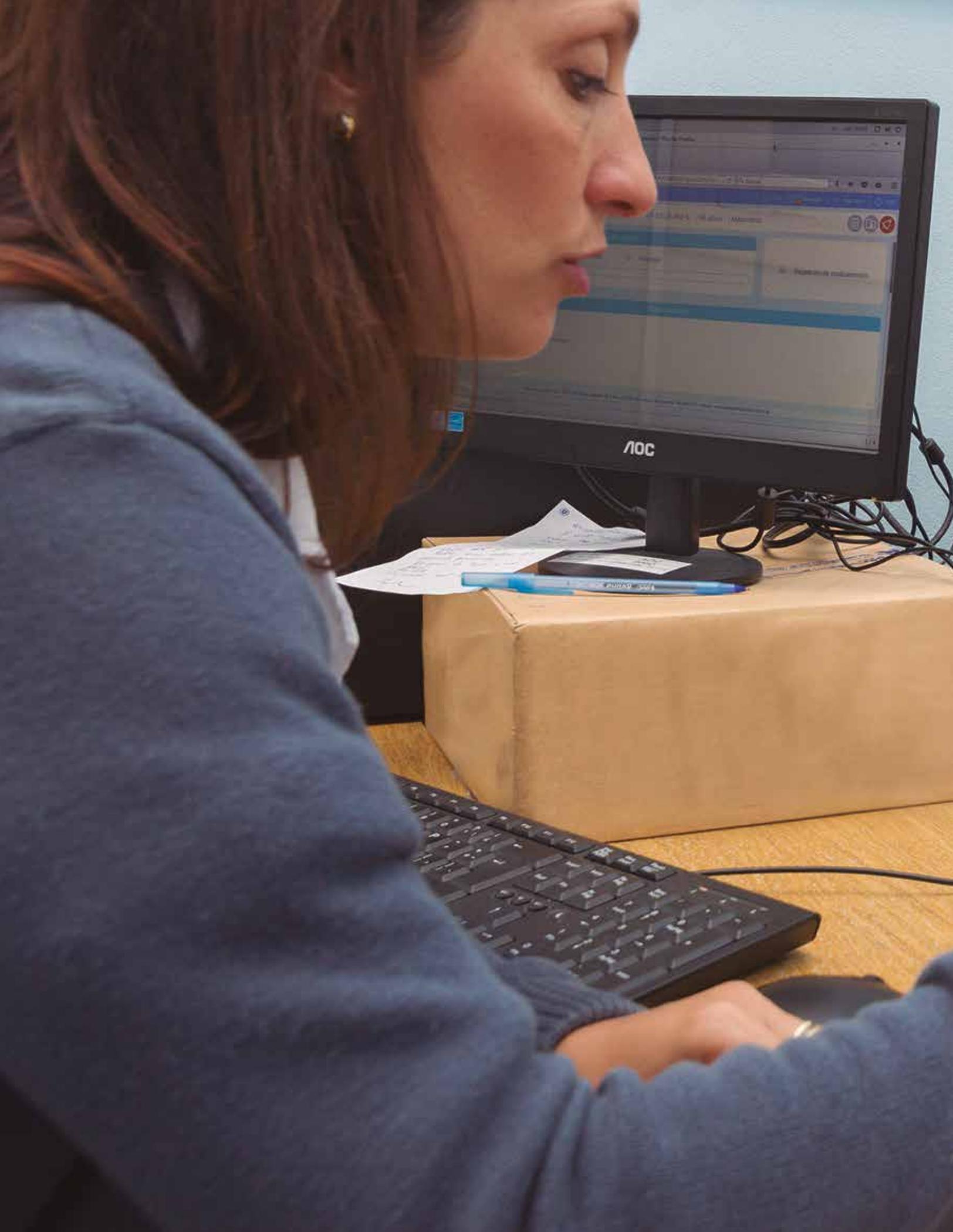
Existen dos herramientas informáticas que son pilares en el proyecto: por una parte, la Historia Clínica Electrónica Ambulatoria en la que se registra toda la información clínica vinculada a los pacientes, y por otro el Sistema de Gestión de Consultas que contribuye con la gestión del proceso asistencial de los mismos.

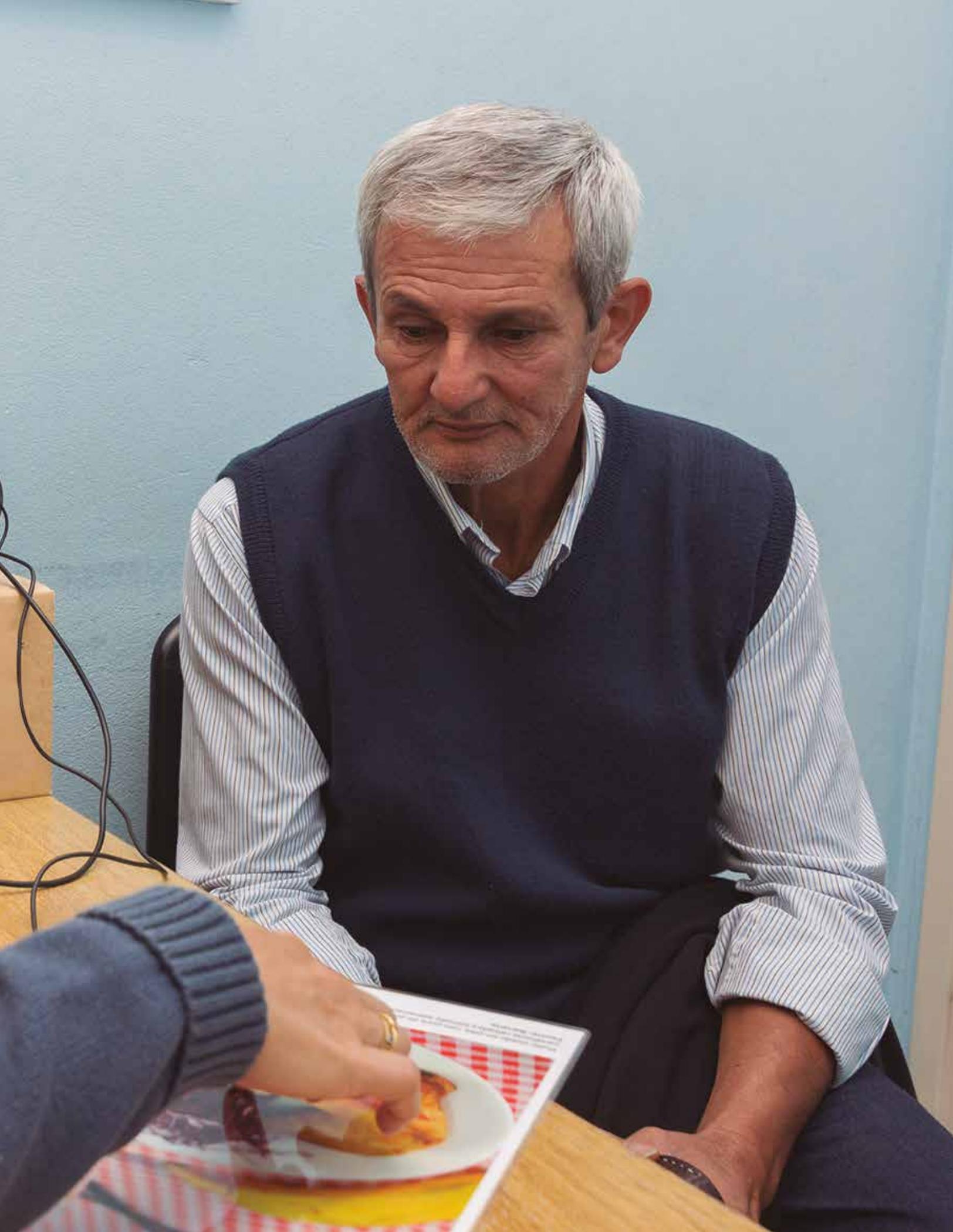
Por otra parte, la implementación del proyecto dio lugar a necesidades de información de los diferentes subprocesos de atención para lo cual se elaboraron algunos instrumentos de registro a medida. En este sentido se elaboró una tabla de estratificación del riesgo cardiovascular, un formulario de derivación de pacientes a la UCAME, un formulario de referencia a la Policlínica de atención rápida del Hospital Maciel y un formato para entregar a los pacientes con el Plan de Cuidados. Asimismo, se utiliza el formulario elaborado por parte de los Licenciados en Enfermería para la consulta de enfermería que en este caso se adaptó al funcionamiento de la Unidad.

Finalmente, y desde el punto de vista de la gestión del proyecto, la información referida a la actividad de la Unidad se registra en una planilla Excel en donde se recaba información nominalizada de los pacientes, datos patronímicos y variables de relevancia clínica y administrativa.

### ***Monitoreo y evaluación***

Al inicio del proyecto se definieron una serie de indicadores para el seguimiento y la evaluación, así como las metas a alcanzar en el primer año de la implementación que se muestran en la Tabla 1.





**Tabla 1.** Indicadores y metas propuestas por el equipo de la UCAME.

| <b>Indicadores de procesos de atención</b>  | <b>Meta (%)</b> | <b>Cumplimiento Meta (%)</b> |
|---|-----------------|------------------------------|
| Porcentaje de médicos del Centro capacitados en el proyecto                       | 100             | 100                          |
| Porcentaje de técnicos del Centro capacitados en el proyecto                      | 50              | 50                           |
| Porcentaje de técnicos del grupo ODDH capacitados en el proyecto                  | 100             | 100                          |
| Porcentaje de pacientes que consultaron en UCAME del total de pacientes derivados | 100             | 95                           |
| Porcentaje de pacientes contrareferenciados a su médico general                   | 100             | 80                           |
| Porcentaje de pacientes referidos al tercer nivel según criterio de derivación    | 100             | 100                          |
| Porcentaje del total de pacientes derivados a UCAME con riesgo moderado o alto    | 100             | 40                           |
| <b>Indicadores de resultado</b>   |                 |                              |
| Porcentaje de pacientes hipertensos que alcanzan valores objetivo de PA           | 80              |                              |
| Porcentaje de pacientes diabéticos que alcanzan objetivo de Hb Ac+                | 80              |                              |
| Porcentaje de pacientes obesos con descenso ponderal objetivo                     | 80              |                              |

Fuente: Registros de la unidad cardiometabólica

## Resultados

En noviembre de 2018 se realizó la primera evaluación del proyecto. En el período analizado fueron derivados y consultaron en la UCAME 72 pacientes.

En relación al cumplimiento de las metas fijadas (Tabla 1) se capacitó al 100% de los médicos generalistas del Centro de Salud en los criterios de derivación y se realizaron jornadas de difusión y capacitación del proyecto que abarcaron al 50% de los funcionarios. Asimismo, se capacitó al 100% de los técnicos del grupo ODDH.

Con respecto a la consulta en UCAME del total de pacientes que fueron derivados a la Unidad se alcanzó un porcentaje del 95%. Se realizó la contrarreferencia del 80% de los usuarios que consultaron en UCAME a su médico de referencia.

Del total de pacientes que consultaron en la UCAME, 5 fueron derivados a la Policlínica Cardiológica de Atención Rápida del Hospital Maciel y contrarreferidos nuevamente a la Unidad. En este sentido se derivó el 100 % de los pacientes que cumplieron con el criterio de derivación.

En relación a los criterios de riesgo para la derivación a la Unidad (riesgo cardiovascular moderado o alto) a partir de la revaloración de enfermería y medicina familiar se observó que solo cumplían con estos criterios un 40% de los pacientes.

En lo referente a los indicadores de resultados del proyecto en término de resultados directos en los pacientes, al momento de la evaluación no se concluyó la sistematización de la información necesaria.

Por otra parte, se realizó una evaluación cualitativa en base a las actas de las reuniones de equipo cuyo resultado nos permitió sistematizar un conjunto de lecciones aprendidas [7] en el proceso de implementación, que se plantean en el siguiente punto.

## Conclusiones

En el período analizado, el proyecto piloto de implementación de la UCAME en el Centro de Salud Ciudad Vieja se consolidó como nueva práctica asistencial cumpliendo en líneas generales con los objetivos planteados.

Analizando los resultados alcanzados en el período y presentados anteriormente podemos observar que se cumplió con las metas que refieren a los indicadores del proceso de implementación. Sin embargo, en esta primera etapa no se avanzó en la consolidación y análisis de los indicadores vinculados a los resultados en términos de mejoras en la salud de los pacientes. Esta información fue recogida en forma manual en planillas de Excel y en el momento de la evaluación no había sido procesada. Una vez que se generalice el uso de la Historia Clínica Electrónica Ambulatoria, parte de la información de resultados en los pacientes podrá ser sistematizada de manera informática.

### ***Lecciones aprendidas***

Desde un punto de vista del análisis del proceso de implementación del proyecto y a través de los instrumentos que se elaboraron para la gestión del mismo podemos aproximarnos a algunas lecciones aprendidas.

A partir de la capacitación de los médicos generalistas en la dinámica del proyecto los mismos comenzaron a derivar pacientes a la Unidad en un proceso progresivo, pero lento. Esto se subsanó buscando otras fuentes de identificación de pacientes de riesgo para aumentar el número de pacientes pasibles de ser valorados por la UCAME como ya fuera mencionado.

Si bien se tomaron acciones para lograr una mayor participación de los médicos generalistas se debe profundizar las causas de esta baja implicación y los factores para lograr una mayor motivación y adherencia al proyecto.

Se detectó la necesidad de definir criterios más específicos de reconsulta de los pacientes en la Unidad. En este período luego de la consulta inicial y el plan de tratamiento se plantea realizar una consulta de control a los seis meses para los pacientes de alto riesgo. Sin embargo, es posible que en el momento en que se disponga de la información de la evolución temporal de los parámetros definidos en los indicadores de resultados pueda establecerse un criterio de reconsulta.

Se incorporó al plan de cuidados de enfermería la devolución presencial por parte de la Médica de Familia del resumen de la intervención del equipo que se entrega por escrito al paciente. Este resumen también es ingresado a la historia clínica del paciente para que el médico de referencia tenga fácil acceso al mismo cuando se le referencia nuevamente al paciente. Estas acciones fueron muy importantes desde el punto de vista de la adherencia de los pacientes al tratamiento y también en la contrarreferencia al médico tratante.

Si bien se han recibido opiniones por parte de los pacientes que manifiestan gran conformidad con esta modalidad de atención, se plantea realizar una encuesta de satisfacción de estos.

Finalmente creemos que el principal aporte del proyecto se vincula al modelo de atención que da respuesta a las patologías prevalentes en la población adulta, con un enfoque centrado en la persona mejorando la oportunidad y continuidad de los cuidados.

## Referencias bibliográficas

1. Pellegrino, A. Caracterización Demográfica del Uruguay [en línea] Montevideo: Programa de Población Facultad de Ciencias Sociales Universidad de la República; 2003. Disponible en: [http://www.anep.edu.uy/historia/clases/clase20/cuadros/15\\_Pellegrino-Demo.pdf](http://www.anep.edu.uy/historia/clases/clase20/cuadros/15_Pellegrino-Demo.pdf)
2. Organización Mundial de la Salud [en línea]. 2018. [fecha de último acceso: mayo 2019]. Non-communicable diseases country profiles 2018. Disponible en: <https://www.who.int/nmh/countries/en/>
3. Organización Mundial de la Salud [en línea]. 2018. [fecha de último acceso: mayo 2019]. Non-communicable diseases country profiles 2018: Uruguay. Disponible en [https://www.who.int/nmh/countries/ury\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/nmh/countries/ury_es.pdf?ua=1)
4. Pellegrino, A. Cien años de transición demográfica. [en línea] 2013. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-75992013000100007](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-75992013000100007)
5. Ministerio de salud. Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles. Montevideo: MS; 2013. Disponible en URL: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/2da-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-de-enfermedades-no>
6. Vilaça Mendes.E. Las condiciones crónicas en la Atención Primaria de la Salud: La necesidad imperiosa de consolidar la Estrategia de Salud de la Familia. Brasilia, DF: OPS, 2014.
7. OPS. [en línea].2015. [fecha de último acceso: mayo 2019]. Metodología de la OPS/OMS para intercambio de información y gestión del conocimiento en salud. Disponible en : [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=35662-lecciones-aprendidas-662&category\\_slug=metodologias-8847&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=35662-lecciones-aprendidas-662&category_slug=metodologias-8847&Itemid=270&lang=es)

# Capítulo 7: Entramando. Dispositivo de inclusión socioproductiva dirigido a personas con padecimiento psíquico en el Parque Tecnológico Industrial del Cerro

Lorena Noya<sup>1</sup>

## Resumen

Desde el Servicio de Salud Mental de Maracaná Sur se presenta la experiencia del Dispositivo de inclusión socioproductiva dirigido a personas con padecimiento psíquico y abierto a vecina/os. Se implementa en el Parque Tecnológico Industrial del Cerro, ubicado al oeste de la ciudad de Montevideo. El Parque tiene como misión la transformación territorial a través de la integración sociolaboral de las poblaciones más vulnerables, articulando la dimensión académica, tecnológica, productivo-laboral y poniendo los instrumentos de las políticas públicas al servicio de la comunidad.

Del diagnóstico comunitario realizado en 2016, emerge como uno de los principales problemas en la zona, la alta prevalencia de personas en situación de desempleo y pobreza, que presentan en forma asociada un padecimiento psíquico.

De cara a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N.º19.529, que dispone la creación de estructuras alternativas al modelo asistencialista hegemónico, se construye este dispositivo de salud comunitaria, sustentado en la metodología de Planificación Participativa y Gestión Asociada.

Se tomó como referencia el modelo de Reforma de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe, que jerarquiza las estrategias de Atención Primaria en Salud y desarrolla una intervención interinstitucional, intersectorial e interdisciplinaria.

En base a los instrumentos metodológicos diseñados, se identifica en la población objetivo un mejoramiento en la autoestima, autonomía y participación socioproductiva, académica y cultural.

Disminuyeron las consultas individuales y no hubo ninguna internación psiquiátrica.

Se demuestra que este Dispositivo contribuye desde un enfoque de derechos, al desarrollo integral y el buen vivir de las personas con padecimiento psíquico en sus comunidades.

---

1 Psicóloga de Área. Salud Mental Maracaná Sur del Centro de Salud del Cerro - RAP metropolitana. ASSE. Coordinadora del Dispositivo de inclusión socioproductiva del PTI-Cerro



**Palabras clave:** *Integralidad, promoción de la salud, proyectos de inversión social, salud mental, participación de la comunidad, cambio cultural.*

## **Introducción**

“Pensamos la salud mental en clave de política pública destinada a la ampliación de derechos, como reestructuradora de las subjetividades, historias e identidades singulares, ancladas siempre desde una perspectiva colectiva y comunitaria. Desde un enfoque de la Salud integral, no se puede concebir sin la interacción multidimensional del Estado en todos sus niveles de actores sociales, trabajadores/as de la salud, colectivos, personas usuarias y la comunidad toda. La concebimos como un constructo dinámico en constante tensión de la escena política y los D.D.H.H” [1].

Tras la aprobación de la Ley 19.529 de Salud Mental en agosto de 2017 [2], se provee un marco jurídico regulatorio al cambio en el sistema de atención, disponiendo la instrumentación de abordajes alternativos en políticas de salud mental en Uruguay. Esto conlleva intrínsecamente el devenir de un proceso instituyente que involucra tensiones entre paradigmas coexistentes, y desafía a transitar desde el modelo asistencialista hegemónico hacia un modelo de salud comunitario con énfasis en el Primer Nivel de Atención (PNA).

La nueva ley que se encuentra en proceso de reglamentación decreta el cierre de las instituciones asilares y monovalentes, disponiendo se elabore un cronograma de cierre cuyo cumplimiento no podrá exceder el año 2025 [Art.38]. Representa un avance importante en el entendido de que las lógicas manicomiales dañan la salud de las personas, constituyendo además una vulneración de derechos. Refiere que deben crearse estructuras alternativas al modelo asilar, “los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial” [Art.37].

Con sustento en el diagnóstico comunitario elaborado a principios de 2016 [3], se presenta como uno de los principales problemas en la zona oeste, la alta prevalencia de personas en situación de desempleo y pobreza, que presentan en forma asociada un padecimiento psíquico.

Se identifican como fortalezas sobresalientes de la zona oeste las redes territoriales, caracterizadas por las estrategias de organización y participación comunitaria.

Este dispositivo tiene su anclaje en el Parque Tecnológico Industrial del Cerro (PTI-C), concebido como un instrumento de promoción de la inclusión social, particularmente de aquellas poblaciones más vulnerables. Desde la Dirección del PTI-C, se impulsa un modelo de gestión de desarrollo al servicio de la comunidad, tendiendo articulaciones entre las políticas públicas y los ejes académico-cultural, sanitario, productivo-laboral y tecnológico.

De cara a la implementación de la Ley, se entabla en esta zona una sinergia ética y política

entre el PTI-C, las redes territoriales nucleadas en la Mesa Social, y el equipo referente de esta experiencia, posibilitando esta asociación, el desarrollo de un dispositivo comunitario e innovador que apunta a incidir en el cambio del paradigma hegemónico sanitarista.

El Objetivo general es promover la inclusión socioproductiva de personas con padecimiento psíquico como una de las poblaciones en situación de mayor desventaja desde un enfoque de derechos humanos.

Los Objetivos específicos son:

1. Concretar en el PTI-C un emprendimiento socioproductivo de huerta agroecológica, integrado por personas con padecimiento psíquico y vecino/as como trabajadores/as con fines de autoabastecimiento y venta de mercadería.
2. Facilitar la generación y ampliación de redes de socialización y solidaridad con sustento en valores humanos fundamentales para la convivencia y el buen vivir.
3. Promover la construcción de proyectos personales, a través del desarrollo de la autonomía, la autoestima y la incorporación de hábitos saludables
4. Involucrar a las familias durante el proceso de acompañamiento psicosocial de la persona.
5. Propiciar la integración de las personas con padecimiento psíquico a espacios de capacitación académica, laboral, deportiva y sociocultural.

## Descripción

Tomando al Modelo de Reforma de Salud Mental de Santa Fe (4-5) como marco referencial, se concibe a las personas con padecimiento psíquico como sujetos integrales que portan un sufrimiento en su subjetividad. Se considera que la denominación de “locura”, “enfermedad mental”, “padecimiento psíquico o subjetivo” son construcciones culturales. Las formas singulares de padecer de los sujetos se hallan determinadas por factores biopsicosociales, políticos, económicos, históricos y antropológicos. No es posible entonces el abordaje desde el modelo médico hegemónico, sino desde una mirada interdisciplinaria e integral.

Enmarcado en el modelo santafesino, esta experiencia jerarquiza las estrategias de Atención Primaria de Salud (APS), tendiendo a enfatizar aquellos saberes subvalorados que son claves para el cambio de paradigma.

Desde un enfoque de trabajo en red, las derivaciones son realizadas por trabajadora/es de servicios de salud mental, así como también desde programas y organizaciones sociales con quienes articulamos previo al ingreso y durante el proceso de integración de las personas con padecimiento psíquico. El dispositivo no se restringe a dicha población, es también abierto a vecina/os.

Luego de la derivación, se pauta un primer encuentro entre la persona y el equipo refe-

rente con la finalidad de conocernos y transmitirle el encuadre de trabajo e informar sobre las diversas propuestas, evaluando conjuntamente la posibilidad de integración.

Se utilizan los siguientes criterios:

- Ser mayor de 15 años.
- Deseo de integrarse en una o varias propuestas.
- Que se encuentre organizado a nivel emocional.
- Contar preferentemente con una figura de referencia (no excluyente).

En caso de decidir su incorporación, se completa una ficha técnica que posibilita el registro de datos de situación y relevamiento de indicadores diagnósticos, siendo un instrumento metodológico de medida para el mejor acompañamiento, seguimiento e intervención en los procesos de salud de la persona.

Permite también detectar vulneración de derechos en distintas áreas e intervenir a través de orientaciones específicas y articulaciones con los recursos pertinentes para su abordaje y restitución. Cuando en ese primer encuentro, la persona cursa una situación crítica y/o se presenta desorganizado emocionalmente, puede valorarse inoportuna su integración. En tal circunstancia, coordinamos con el equipo de salud mental correspondiente para facilitar su pronta atención.

Se describen a continuación las actividades realizadas siguiendo una clasificación de las mismas en 3 dimensiones: socioproductiva, académica y cultural.

### ***Dimensión socioproductiva***

Emprendimiento “Huerta Los Compañeros”: es un emprendimiento agroecológico creado con la finalidad de promover la inclusión socioproductiva y la salud integral de personas con padecimiento psíquico. Comenzó a funcionar en marzo de 2017, desarrollándose las jornadas los lunes, miércoles y jueves de 9 a 12 en el área verde y el invernáculo del PTI-C. Participan en la huerta 15 trabajadora/es usuaria/os de salud mental. Cuenta con el acompañamiento del equipo referente, compuesto por recursos voluntarios y trabajadoras de la salud dependientes de ASSE. El equipo participa activamente en la jornada de trabajo, realizando las tareas de huerta junto a las/os participantes. Desde el PTI-C, se proporcionó recientemente una pasante Ingeniera Agrónoma. A través del contacto con la naturaleza, se genera en la huerta un ambiente distendido, disfrutable y cálido en el encuentro. Sobre el cierre de la jornada, se reparte la cosecha. Si bien lo que se cosecha en la huerta, se está utilizando con fines de autoconsumo, se aspira a que la huerta pueda transformarse en un emprendimiento laboral.

Si bien en sus orígenes identificamos a la “Huerta Los Compañeros” como el Dispositivo de inclusión socioproductiva, contemplamos que actualmente se articulan en el mismo la dimensión socioproductiva, académica, laboral, deportiva, cultural y asistencial, destacándose que también se entranan saberes que trascienden a los que históricamente han

tenido cabida en el campo de la salud mental.

Algunos integrantes accedieron a empleos en el programa de “Uruguay Trabaja” del MIDES, en la cooperativa textil “Entrecosturas” y a nivel zafral en una chacra y en el rubro de jardinería. Se conformó un emprendimiento productivo de trabajo en sublimación de vestimenta y producción audiovisual para fiestas.

### ***Dimensión académica***

Estos son algunos de los recursos educativos con los que se trabaja en la dimensión académica de los participantes:

- » Programa “Fortalecimiento Educativo” de ANEP [6] dirigido a adulta/os que habilita el fortalecimiento de los aprendizajes y la acreditación de primaria.
- » Espacio de Inclusión Digital de la Universidad Tecnológica del Uruguay (UTU-PTIC) [7] que ofrece cursos y propuestas personalizadas que contemplan las motivaciones y deseos de los estudiantes.
- » Bachillerato tecnológico en informática.
- » Cursos de INEFOP [8]. Desde un convenio marco con PTI-C, se lanzaron 20 cursos de formación en diversas ocupaciones. Las capacitaciones fueron sugeridas por los referentes territoriales integrantes de la Mesa Social, quienes trabajan con poblaciones vulnerables de la zona. Están cursando actualmente panadería, carpintería rústica y bioconstrucción.
- » Capacitación textil en cooperativa “Entrecosturas”.
- » Capacitación en huerta a cargo de Ingeniera Agrónoma del PTI-C y cursos vinculados a la agroecología organizados por Montevideo Rural.

### ***Dimensión cultural***

Se participa en las siguientes actividades culturales:

- » Taller de Expresión “Los Compañeros” (coordinado por el E.S.M.Maracanã Sur).
- » Taller de Canto y Guitarra (Fortalecimiento Educativo. ANEP-PTI-C).
- » Taller de arteterapia (coordinado por psicóloga de área en PTI-C).
- » Espacio de Cultura Corporal de Plaza 10. Municipio A: Deportes, recreación, senderismo, avistamiento de aves, canotaje, Hip hop, Patín, Taller de circo.

### ***Metodología de Planificación Participativa y Gestión Asociada (9-11)***

En el Centro de Capacitación del PTI-C, se da el curso de “Prácticas de Participación Social en la construcción colectiva de decisiones” a cargo de docentes del Espacio de Formación Integral (EFI) de la Universidad de la República (UDELAR). Comenzamos a aplicar la Metodología de Planificación Participativa de Gestión Asociada en la implementación del Dispositivo. El propio curso es un espacio de reflexión y elaboración estratégica para el desarrollo de las experiencias participativas de la comunidad.

En este encuadre metodológico, desde el equipo referente se promueve un relacionamiento horizontal y de respeto a la diversidad subjetiva, instrumentando los mecanismos necesarios para que sean las personas con padecimiento psíquico los auténticos protagonistas de estos procesos de salud colectiva. El acompañamiento se realiza a través del diálogo fluido con los participantes, familiares y referentes técnicos.

Son soportes logísticos imprescindibles para el funcionamiento del Dispositivo: la reunión de equipo, el grupo de apoyo, la asamblea y el plenario de colectivos del área verde del PTI-C.

**Las reuniones de equipo** se realizan tres veces por semana con la finalidad de comprender, debatir, evaluar, planificar y coordinar acciones por medio del diálogo interdisciplinario en la construcción colectiva del acompañamiento a los procesos individuales y dinámicas de relacionamiento grupal.

**El grupo de apoyo** es un espacio de expresión emocional con efectos terapéuticos y focalizado en lo situacional actual. En el grupo se despliegan relatos sobre el cotidiano de cada uno, preocupaciones sobre cuestiones familiares, deseos y ansiedades ante nuevas circunstancias vitales. Se abordan aspectos relacionados a la dinámica vincular del colectivo y afectaciones intersubjetivas. Ante el surgimiento de relatos sobre sucesos traumáticos, se encuadra técnicamente no abordarlos en el espacio grupal, orientándose a trabajarlos en la consulta individual y entablándose una interconsulta con el/la profesional.

**La asamblea** se enfoca en la planificación, organización y distribución de roles para la tarea de huerta. Se difunde información comunitaria, construyéndose proyectos de participación social. Está presente en la asamblea la Ingeniera Agrónoma que aporta desde su especificidad técnica al desarrollo del emprendimiento. Mensualmente se desarrolla el plenario integrado por la Dirección del PTI-C y distintos actores que intervenimos en el área verde: Cooperativa “El Ombú”, Huerta del Hogar Schiaffino (adulto/os mayores), Lombricultivo del Programa de la Intendencia de Montevideo (I.M) “La yerba no es basura” integrada por trabajadora/es que portan discapacidad intelectual y la Unidad de Montevideo Rural perteneciente al Departamento de Desarrollo Económico e Integración Regional de la I.M.

**Instancias trimestrales de asesoramiento.** La ex-Directora Provincial de Salud Mental de Santa Fe Melisa Pianetti asiste trimestralmente en forma voluntaria al PTI-C con fines de supervisar y asesorar al equipo en el proceso de implementación de esta experiencia alternativa<sup>1</sup>. Se generan también reuniones ampliadas con la Organización de Usuarios de Salud del Oeste y colectivos independientes vinculados a los procesos de desmanicomización.

.....  
<sup>1</sup> La gestión de la Lic. Melisa Pianetti (2011-2017) se ha destacado por la creación y fortalecimiento de dispositivos sustitutos a las lógicas manicomiales: emprendimientos productivos, casas compartidas y otros ligados a la recreación, el arte y la cultura y la aprobación de la Ley Provincial del Órgano de Revisión Independiente y Autónomo.

## Resultados

Se toma una muestra de 30 personas con padecimiento psíquico. Por medio de la ficha técnica de intervención y evaluación metodológica diseñada, se realiza un relevamiento y procesamiento de la información desde julio de 2017 a abril de 2019.

Se destaca que la ficha requiere para su efectividad que sea aplicada dentro de un contexto sustentado en el despliegue de un encuentro horizontal entre personas con roles diferenciados, involucrando indefectiblemente una escucha respetuosa, abierta y atenta a la singularidad de los deseos, intereses, fortalezas y experiencias académicas, laborales y culturales.

Consideramos que este posicionamiento ético, ha sido imprescindible para la concreción de los resultados demostrados sobre el desarrollo integral de las personas, incorporando indicadores que dan cuenta de los procesos de participación social y de habilidades en el área académica, productiva, deportiva, cultural. A través de la ficha, se evalúa el alcance de una mejoría reflejada en distintos componentes: anímico, comportamientos basales, autocuidado, autoestima, autonomía, vincular, sociofamiliar y tratamiento.

A nivel individual, se ha producido una disminución de riesgo a través de la detección de situaciones críticas e intervención temprana por medio del abordaje estratégico en red focal.

Destacamos que no se han registrado a la actualidad ninguna internación psiquiátrica de las personas usuarias de salud mental con quienes trabajamos. Otro dato de interés es que no han tenido lugar en esta población intentos de autoeliminación.

Durante la implementación del dispositivo, en articulación con los equipos de trabajo y exploración de las historias clínicas, ha disminuido la frecuencia de las consultas tanto en la atención psicológica como psiquiátrica. Con relación a los integrantes del dispositivo, se releva una agrupación de personas que han culminado su tratamiento psicoterapéutico y/o transitado desde la atención psicoterapéutica individual al grupo de apoyo. Identificamos otra grupalidad que, a pesar de necesitar apoyatura en salud mental, se hallaban desvinculados del sistema de salud, facilitándose desde el equipo referente su vinculación y recibiendo actualmente atención psicológica, psiquiátrica y/o psicosocial.

A nivel de la participación comunitaria, al incorporarse las/los integrantes a diversos espacios, quienes formamos parte del equipo referente, nos relacionamos y complementamos en el acompañamiento de los procesos, con el profesor de educación física, de canto y guitarra, de informática, de carpintería, la ingeniera agrónoma, maestra/os, educadores sociales, huertera/os, vecina/os. Se interactúa con la Organización de Usuarios de Salud del Oeste, programas sociales, el Municipio, instituciones académicas, radios comunitarias y emprendimientos productivos vinculados a la desmanicomialización de Uruguay y Santa Fe. Como resultante de la articulación y ampliación de las redes comunitarias, se gesta





un dispositivo de intervención intersectorial, interinstitucional e interprogramático, propiciando así la descentralización.

En la dinámica grupal percibimos que se construyen relaciones más humanas y profundas de confianza y empatía, emergiendo eventualmente en los intercambios tensiones, conflictos y nuevas maneras de transitarlos. El grupo oficia como sostén ante situaciones críticas, manifestándose de forma más auténtica sus vivencias y problemáticas. Observamos modificaciones sustanciales en la cotidianeidad, en los proyectos personales y en la ampliación de las redes vinculares como resultado de una mayor participación social. Se suceden cambios significativos en el desarrollo de talentos y habilidades sociales, observándose en ellas/os un incremento de la autoestima y autonomía. Este devenir llevó a que, en las asambleas integradas por referentes y participantes, estemos revisando cómo denominar la experiencia. Actualmente el grupo no se siente identificado con la denominación "Huerta Los Compañeros", pensándose hoy como "Colectivo Los Compañeros", debatiéndose también cómo incorporar en su nombre la perspectiva de género.

Al ampliarse las redes, los distintos integrantes se han integrado a espacios académicos y culturales, se han vinculado con otros colectivos que configuran dispositivos alternativos de salud comunitaria de nuestro país y de Santa Fe. Participaron de la Marcha por Desmanicomialización, del II Encuentro Latinoamericano de DDHH y Salud Mental y del Encuentro de Espacios Radiales en Salud en Santa Fe. Actualmente, se toman decisiones que trascienden la huerta en sí misma, debatiéndose sobre temas políticos de mayor profundidad, relacionados a los procesos de salud, la desmanicomialización, los derechos humanos, entre otros. Uno de los integrantes del Colectivo "Los Compañeros" se incorpora a la Organización de Usuarios de la Salud del Oeste. Se conforma recientemente un colectivo radio que lleva adelante un programa emitido en la Radio Comunitaria "La cotorra", instalada en el PTI-C.

## **Conclusiones**

Partimos de una mirada integral que se enfoca en las capacidades de las personas con padecimiento psíquico como sujetos que sufren una vulneración de derechos.

Desde el nuevo paradigma de salud mental, construimos un dispositivo de salud multidimensional, que está demostrando ser una práctica exitosa en mejorar la resolutivez del Primer Nivel de Atención, al contribuir a mejorar la salud de personas usuarias de salud mental. Este dispositivo tiene como eje la integración, desarrollo y dignificación de la vida de dicha población en sus comunidades. Llevar adelante una experiencia alternativa implica posicionarse políticamente como colectivo y entamar redes con una diversidad de actores sociales y estatales, en la construcción de un movimiento de lucha instituyente contra las lógicas asistencialistas hegemónicas.

Pensando la salud mental en clave de política pública, es nuestro horizonte incidir en el cambio de paradigma a través de la transformación del Dispositivo socioproductivo en un Dispositivo sociolaboral que cuente con el apuntalamiento institucional para su concreción.

## Referencias bibliográficas

1. Becker V, Chiacchierini M, Claria A, de Giusti Y, Flores M, Noya L et al. Pensar la salud mental como política pública y ampliación de derechos en el neoliberalismo tardío. Trabajo inédito presentado en el II Encuentro Latinoamericano de Derechos Humanos y Salud Mental realizado en Montevideo; octubre 2018
2. Uruguay, Registro Nacional de Leyes y Decretos, Ley N° 19.529: Ley de Salud Mental. Uruguay: IMPO [19/09/2017] [en línea]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
3. Noya L. "Plan de Inclusión Sociolaboral de enclave territorial oeste para personas con discapacidad psicosocial". Trabajo inédito presentado ante el Centro de Salud del Cerro y Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables - ASSE; Mayo 2016.
4. Dirección Provincial de Salud Mental, Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe. Argentina. "Hacedores de Salud. Capacitarte" compilado de experiencias de trabajo en salud mental de la Provincia de Santa Fe; 2014-2015 y 2016-2017.
5. Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe. Argentina. "Residencias Compartidas para Usuarios de Salud Mental." 2013. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=XKVTqjp-6FjM&t=1509s>
6. Cerredelo, J. y Massiotti E. "Articulación socio pedagógica: Programa Fortalecimiento Educativo Dirección Sectorial de Educación de Adultos - Dirección Sectorial de Educación de Adultos" Disponible en: [https://uruguayeduca.anep.edu.uy/sites/default/files/2017-11/Articulaci%C3%B3n%20Sociopedag%C3%B3gica.%20Programa%20Fortalecimiento%20Educativo\\_0.pdf](https://uruguayeduca.anep.edu.uy/sites/default/files/2017-11/Articulaci%C3%B3n%20Sociopedag%C3%B3gica.%20Programa%20Fortalecimiento%20Educativo_0.pdf)
7. Espacio de Inclusión Digital UTU-ANTEL del Parque Tecnológico Industrial del Cerro. Disponible en: [http://www.pti.com.uy/?page\\_id=1371](http://www.pti.com.uy/?page_id=1371)
8. Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional. Disponible en: <http://www.inefop.org.uy/>
9. Poggiese H. "Del conflicto potencial a la cooperación. Metodología FLACSO de planificación-gestión (planificación participativa y gestión asociada)" Serie Documentos e Informes de Investigación Nro. 163. Área: Planificación y Gestión, Programa FLACSO Argentina; 1993.
10. Redín ME, Morroni W. "Aportes metodológicos para la ampliación democrática de la toma de decisiones y la participación social en la gestión sociourbana"; en edición del Seminario: gestão democrática das cidades. Metodologías de Participación, Redes y Movimientos Sociales. Porto Alegre, Brasil. Editado por el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; noviembre 2002
11. Robirosa M, Cardarelli G, Lapalma A. Turbulencia y planificación social. Lineamientos metodológicos de gestión de proyectos sociales desde el Estado. UNICEF y Siglo XXI. Buenos Aires; 1990.

# Capítulo 8: Descentralización en el abordaje de la tuberculosis en los municipios A y D de Montevideo

Rodrigo Silva<sup>1</sup>, Silvia Cataldi<sup>2</sup>, Natalia López<sup>3</sup>, Marianna Patron<sup>4</sup>, Magdalena Lucas<sup>4</sup>, Adrián Mattiauda<sup>5</sup>, Laura Bello<sup>5</sup>

## Resumen

En los últimos 15 años se viene constatando un aumento sostenido en la tasa de incidencia de tuberculosis en el Uruguay, la cual se mide en número de casos nuevos cada 100.000 habitantes (1). Del análisis de casos se verifica una concentración de casos en Montevideo, particularmente en los municipios A y D. Desde los años ochenta Uruguay cuenta con una Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes, que centralizaba todos los aspectos del abordaje de la tuberculosis en el país. Ante la evidencia de que dicha estrategia viene disminuyendo en efectividad, la presente práctica implica un cambio de paradigma, desarrollándose en forma descentralizada en los sitios de mayor incidencia y con el Primer Nivel de Atención como protagonista en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Este cambio marca con una fuerte impronta, dos de sus mayores fortalezas: cercanía y multidisciplina.

Para ello se conformaron equipos interdisciplinarios con experiencia comunitaria, se los capacitó, se fortalecieron actividades de pesquisa y diagnóstico y se aseguró accesibilidad al tratamiento completo en territorio con el seguimiento de cada caso y sus contactos.

Como resultado luego de un año de implementación el número de muestras diagnósticas solicitadas se multiplicó por 8 en comparación al año anterior, se inició tratamiento curativo a casi la totalidad de los casos diagnosticados y la pérdida de seguimiento de tratamientos se redujo.

**Palabras clave:** *Tuberculosis, descentralización del tratamiento, primer nivel de atención.*

1 Especialista en gestión de servicios de salud, referente de Montevideo para Tuberculosis, coordinador RAP metropolitana de ASSE

2 Médica especialista en Neumología. RAP metropolitana de ASSE

3 Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Misurraco. RAP metropolitana de ASSE, referente local de Tuberculosis

4 Lic. en enfermería para Tuberculosis. RAP metropolitana de ASSE

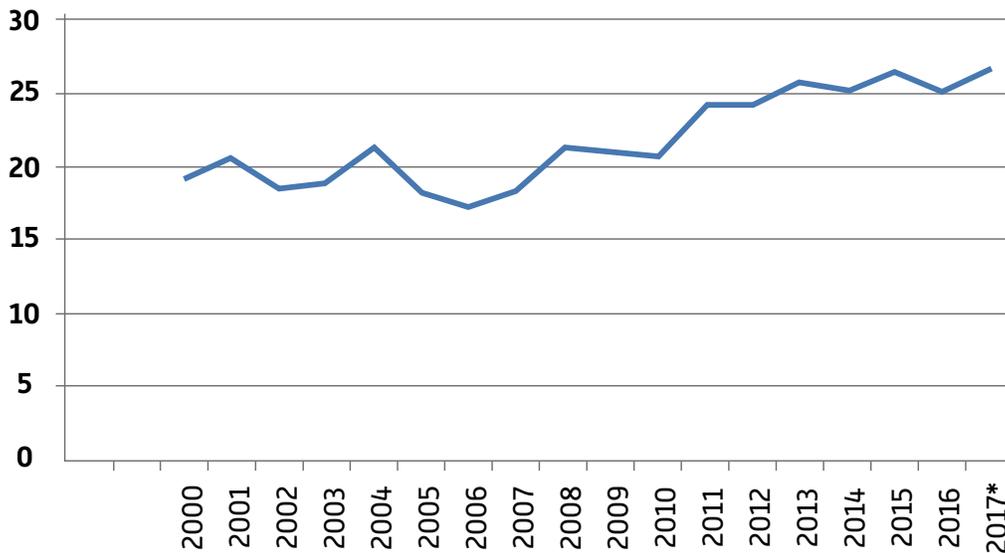
5 Lic. en enfermería del Centro de salud Misurraco. RAP metropolitana de ASSE



## Introducción

La tasa de incidencia de la tuberculosis divide a los países en aquellos que están en vías de erradicar la Tuberculosis (TB) de aquellos que aún están en problemas para hacerlo [2]. Uruguay se encuentra en este segundo grupo, pero no solo preocupa el número de casos (tasa 26.7/100.000) sino la tendencia creciente de los últimos años [Gráfica 1].

**Gráfica 1.** Número de casos de tuberculosis diagnosticados por 100.000 habitantes - Uruguay



— Todas las formas

Fuente: Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes, 2017.

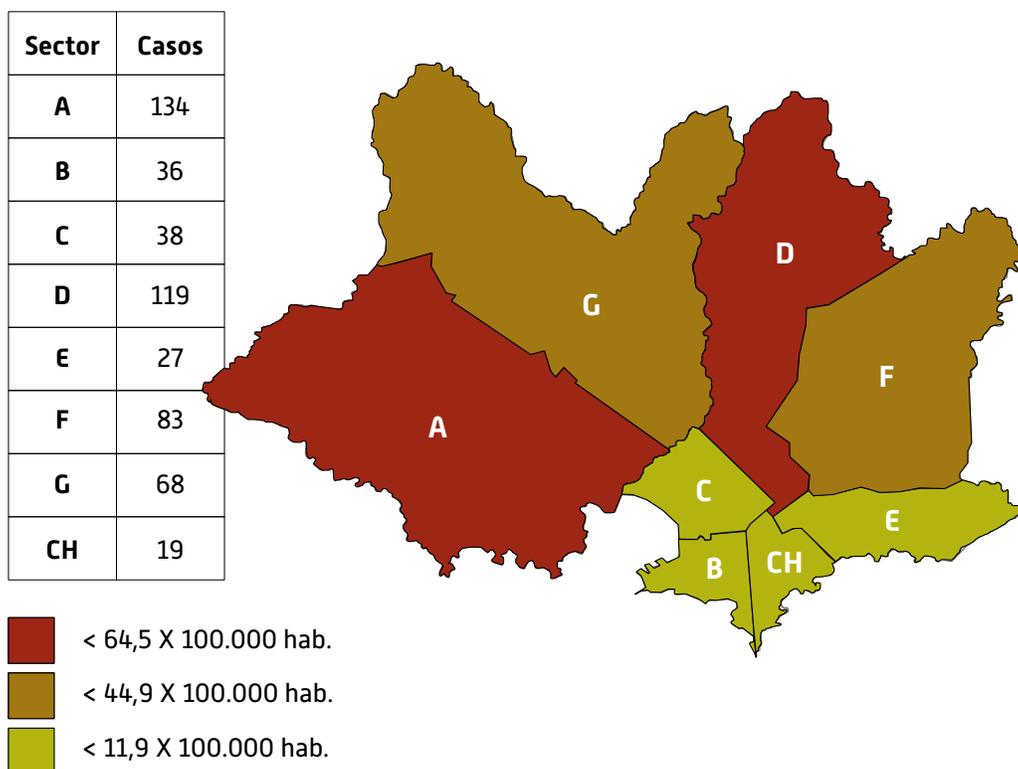
La segunda particularidad es la concentración de casos: Montevideo posee cerca del 48% de los casos anuales de todo el país, pero su distribución no es homogénea, existiendo dos municipios (A y D) en donde la tasa de incidencia de TB es más del doble que la del Uruguay (Figura 1). Cabe señalar que la ciudad de Montevideo está dividida desde el año 2009 en 8 territorios llamados municipios creados por la Ley N.º 18567 que confieren a estas zonas descentralización política y participación ciudadana.

El municipio A abarca la zona suroeste del departamento de Montevideo, comprendiendo tantos barrios urbanos de la ciudad, así como territorio rural del departamento. El municipio D abarca la zona central y norte del departamento de Montevideo, comprende tanto zonas urbanas, como áreas rurales.

Son municipios donde encontramos índices de pobreza superiores a la media nacional

y donde los indicadores socio económicos y culturales muestran los mayores niveles de desigualdad. Como fortaleza en ambos existe una fuerte red de efectores públicos de salud del Primer Nivel de Atención (PNA), los cuales hasta el momento habían tenido un rol casi testimonial en el abordaje de la TB.

**Figura 1.** Número total de casos por municipio de Montevideo. 2017



Fuente: Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes, 2017.

En estos municipios existe una multiplicidad de efectores del PNA con diferentes niveles de complejidad: desde Centros de Salud con puertas de urgencia, centros de salud sin urgencia, policlínicos y consultorios de medicina familiar. Entre ellos destacamos el Centro de Salud Cerro como cabeza sanitaria del Municipio A y los Centros de Salud Misurraco y Badano Repetto como referentes en el Municipio D.

Hay dos características finales que hacen por demás particular el comportamiento de la TB en Uruguay y que fundamentan el cambio de estrategia de abordaje. En primer lugar, los diagnósticos son tardíos, cuando la enfermedad ya se encuentra avanzada y el contagio a los contactos convivientes es muy importante; este diagnóstico se realiza en puertas

de urgencia y emergencia, o incluso salas de internación con sintomatología florida y habiendo pasado por varios tratamientos empíricos de otras infecciones respiratorias mal diagnosticadas, los cuales evidentemente fracasaron y se produjo un avance y evolución de la enfermedad. Muchos de estos casi 900 casos de TB anuales han consultado previamente en el PNA, no obteniéndose un diagnóstico temprano debido, entre otras razones, a la ausencia de sospecha de patología por el equipo de salud.

Por último, la incidencia de TB, que antiguamente era en edades avanzadas, se viene dando últimamente en población de edades jóvenes (entre 20 y 40 años). Se observa un gran aumento de casos en niños, los cuales conviven con esta población enferma, sin diagnosticar y con alto nivel de contagio.

Desde los años ochenta Uruguay cuenta con una Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP) que centralizaba todo el abordaje de la TB en el país.

La práctica que se presenta a continuación busca mejorar la resolutivez en el PNA. ¿Pero, de qué hablamos cuando nos referimos a resolutivez de la TB en el PNA? En este caso dicha resolutivez abarca varias dimensiones y varios momentos: diagnóstico temprano de los casos nuevos (en base a factores de riesgo y sintomatología compatible incipiente), prevención de contagio de sus contactos convivientes, tratamiento oportuno y completo (el mismo es supervisado por un periodo de entre 6 y 9 meses), y seguimiento para evitar abandonos del tratamiento y resistencia a los fármacos [1].

El cambio de paradigma en el Programa de Tuberculosis aspira a dejar de ser un programa vertical para integrar sus acciones al Primer Nivel de Atención [3].

En 2015 se inician actividades en el municipio D, en policlínicas de la RAP (Red de Atención Primaria) y de la IM (Intendencia de Montevideo), ambas dependientes de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). En 2016 la CHLA EP define la descentralización como prioridad institucional, para finalmente en 2017 y 2018, el Ministerio de Salud Pública, la CHLA EP y ASSE suman esfuerzos para implementar el plan piloto en Montevideo y Maldonado.

## **Descripción**

El proceso de la práctica comienza en 2015 con la conformación del equipo, el cual debe reunir algunas características para su eficacia: contar con un coordinador general, tener integrantes que aporten la mirada de la gestión y de la práctica clínica y paraclínica, ser multidisciplinario (trascender la hegemonía médica, nutriendose de otros actores del equipo de salud como licenciados en enfermería, trabajo social, etc.), tener el respaldo institucional y la disposición de invertir en recursos, trascender el área de la salud, contando con el aporte de otros actores de las políticas sociales en el territorio de ambos municipios de Montevideo.

La descentralización del abordaje de la TB en Uruguay es el proceso de transferencia progresiva y responsable de las acciones básicas de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento hacia los prestadores de salud del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) bajo la supervisión de la CHLA EP y el Ministerio de Salud Pública.

En este caso la estrategia tuvo lugar en la RAP del área metropolitana de ASSE, principal prestador público del país con el PNA más extendido.

### ***Estrategia en el proceso de descentralización***

El proceso de descentralización comienza siendo liderado por referentes de la RAP-ASSE en TB para Montevideo y por el programa de TB a cargo de la CHLA EP.

Se conforma el equipo de trabajo que conjuga las miradas y los aportes de los abordajes hasta ahora centralizados en los equipos de salud de cercanía de los sitios donde estaban concentrados el mayor número de casos de TB (Municipios A y D de Montevideo).

Se visualiza como imprescindible comenzar realizando instancias de sensibilización y capacitación en ambos municipios para los profesionales de los equipos de salud que trabajan diariamente con estas familias y comunidades, trascendiendo la mirada exclusivamente médica y llegando a la totalidad de los integrantes de los equipos de salud (infectólogos, pediatras, médicos de familia, ginecólogos, médicos generales, licenciados y auxiliares de enfermería, parteras, conserjes, administrativos, agentes comunitarios, auxiliares de servicio, usuarios).

Estos encuentros son llevados a cabo por idóneos en el manejo de la TB en diferentes centros y áreas geográficas. Se brindó información sobre la situación epidemiológica de la TB en el país, y conocimiento en cuanto a la importancia del estudio de sintomáticos respiratorios, sospechosos respiratorios, enfermedad, técnicas diagnósticas, tratamiento, estudio de contactos y quimioprofilaxis (QP). A toda persona con tos y expectoración por más de 15 días de evolución, se le realiza una toma de muestra para diagnóstico.

Paralelamente se refuerzan las capacidades diagnósticas de la patología, incorporando





un equipo de diagnóstico molecular (Gene-x-pert) para el laboratorio de ASSE, puesto al servicio del PNA para un diagnóstico temprano y oportuno. Este equipo aporta más rapidez (en pocas horas se cuenta con el resultado en forma digital, disponible a distancia), más sensibilidad y especificidad en el procesamiento de las muestras. Cada policlínica de ASSE y de la IM de los municipios A y D cuentan con los insumos para la toma de muestras cualquier día y una logística definida de transporte hacia el laboratorio central para ser procesadas en el equipamiento incorporado.

Del personal capacitado surgen los referentes locales (licenciados en enfermería, infectólogos, médicos de familia, pediatras) con responsabilidades, tareas y dedicación específicas para este propósito, elaborando un protocolo de manejo local para consultas surgidas en servicios de urgencia y en servicios de policlínica. Estos referentes en conjunto con médico neumólogo del programa central (CHLA-EP) comienzan su accionar conjunto en policlínicas de ASSE y de la IM de ambos municipios, controlan y medican bajo el sistema de Tratamiento Directamente Supervisado (DOTS) a los pacientes diagnosticados con tuberculosis, que residen en estas zonas y realizan el seguimiento del caso y sus contactos. Para esto se desarrolla y adapta un sistema de información digital on line que da cuenta de todos los casos positivos, el inicio y cumplimiento del tratamiento, la detección, estudio y tratamiento preventivo de sus contactos convivientes.

El involucramiento con las familias, el barrio, las costumbres y los recursos favorece la adhesión al tratamiento. De esta manera se logra acercar el tratamiento a cada usuario facilitando la accesibilidad y el cumplimiento del mismo.

En lo referente al tratamiento podemos diferenciar dos Planes de tratamiento:

- Medicación preventiva (Isoniacida) para contactos de los casos positivos y para personas con virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Medicación multidroga para los diagnósticos confirmados.

Los tratamientos se inician en los centros periféricos de CHLA EP en forma supervisada y continúa luego en la policlínica de la zona donde vive el paciente. Los tratamientos pueden llegar a extenderse entre seis y nueve meses debiendo concurrir, dependiendo de la fase del mismo, diariamente para recibir la medicación.

Se envían unidosis rotuladas con nombre y cédula del paciente, fecha de vencimiento, dosis indicada y número de comprimidos enviados, para continuar los mismos en Municipios A y D, con respectivas planillas para el control y seguimiento. Existe una supervisión mensual de la CHLA EP en los Centros ASSE donde se implementa esta modalidad de descentralización.

## Resultados

Durante este proceso (enero 2018-marzo 2019) se multiplicó por 8 el número de muestras para diagnóstico tomadas en el PNA y enviadas para procesar en el laboratorio bacteriológico.

En el área de responsabilidad del Centro de salud Misurraco, de todos los diagnósticos positivos de TB en dicha zona, el 97.5% inició el tratamiento protocolizado. 17.5% lo finalizó y 60% continúa con él en curso. Se produjo una pérdida de seguimiento en 20% de los casos.

En lo que refiere al tratamiento preventivo a los contactos de riesgo para que no desarrollen la enfermedad, el 85% fueron estudiados, el 80% iniciaron su tratamiento preventivo con Isoniacida (45% ya finalizado al momento del corte estadístico y el resto en curso y seguimiento).

## Conclusiones

Las intervenciones a nivel del PNA mejoran la adherencia de los pacientes, y facilitan la resolución de problemas de salud complejos. Se evidencia una clara disposición y aceptación por parte de los pacientes a realizar el tratamiento y seguimiento en su policlínica de referencia local.

Como elemento facilitador de este proceso se contó con la disposición y apoyo, tanto instrumental como de recursos de CHLA-EP para la articulación del proyecto de descentralización. Este modelo de trabajo significa un nuevo paradigma de abordaje a la TB en Uruguay, con mayor énfasis en la cercanía.

El programa previo tradicionalmente concentraba y monopolizaba el diagnóstico, tratamiento supervisado y seguimiento a nivel centralizado (por la CHLA-EP). Es fundamental llevar a territorio una estrategia que permita revertir la tendencia de los últimos años de aumento de la incidencia de TB, para resolver los casos emergentes en contextos de alta vulnerabilidad social, cultural y económica. Particularmente estos casos se ven beneficiados de un seguimiento personalizado, más flexible y adaptado a las posibilidades de cada persona.

La descentralización constituye un eje central de las reformas de los sectores sociales y representa profundas transformaciones en los ámbitos institucional e interinstitucional generando gran impacto sobre aspectos de eficiencia y equidad. También modifica la distribución de los recursos y el esquema de prioridades prevalente. La articulación entre niveles de atención, y el tránsito seguro de los pacientes a través de los mismos es uno de los objetivos del SNIS. En este sistema de trabajo los especialistas del primer nivel de atención deben involucrarse si se pretende alcanzar el objetivo de resolver el 90% de los problemas de salud de las personas en el primer nivel. Esto no se logra si no se favorece

el protagonismo de la comunidad en la ejecución de las actividades del proyecto y la articulación con programas y/o proyectos locales, fortaleciendo así la capacidad de gestión local de las comunidades.

La coordinación interinstitucional es fundamental para asegurar un apoyo continuo a la comunidad en materia de asistencia. Se debe promover la participación de los diversos agentes con interés en el tema. Además, esta articulación permite beneficios claros para el paciente, el sistema de salud y la sociedad toda, utilizando los recursos ya disponibles, siendo esta la manera de optimizarlos buscando la eficacia, la eficiencia y la efectividad.

Se propone favorecer el protagonismo de las comunidades en la planificación y ejecución de las actividades del proyecto.

### **Referencias bibliográficas**

1. Ministerio de Salud, CHLA-EP, Facultad de Medicina UDELAR. Guía nacional para el manejo de la tuberculosis. Uruguay: MS, 2016. Disponible en: <http://www.chlaep.org.uy/descargas/programas-control-tuberculosis/normas/guia-nacional-para-el-manejo.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud. Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el Caribe. Lecciones aprendidas. Washington: OMS, 2017. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33988>
3. Pinto ESG, Queiroz RF, Carreiro GSP, Morais LJ, Medeiros ER, Villa TCS. Coordination of health care with the community in the clinical management of tuberculosis. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018; 71(3):1122-7. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000301122](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301122)



# Capítulo 9: Alta programada del usuario rural en la Región Norte de Canelones, Uruguay

Fernanda Rigali<sup>1</sup>, Marcela Rodríguez<sup>2</sup>, Andrea Bermúdez<sup>3</sup>, Yamila Jozami<sup>4</sup>, Ana Abdala<sup>5</sup>, Daniel Capelli<sup>6</sup>, Paola Centurión<sup>7</sup>

## Resumen

El alta de un usuario desde un segundo nivel de atención involucra una serie de procesos asistenciales y administrativos donde la enfermería profesional es el personal clave en la organización de los mismos, en conjunto con el usuario y su familia y/o cuidador principal. Son procesos claves la rehabilitación y la continuidad del cuidado en el domicilio; y en el caso del usuario rural, estos requieren un mayor acercamiento por parte del equipo de salud del primer nivel de atención para asegurar la accesibilidad a los mismos.

La propuesta de trabajo surgió en base a la fragmentación existente entre el primer y segundo nivel de atención, frente a la necesidad del usuario rural de continuar su proceso asistencial, en el marco de lineamientos del Sistema Nacional Integrado de Salud, promoviendo un rol activo del primer nivel de atención, a través de los diferentes equipos asistenciales del territorio.

El proceso es iniciado con el ingreso del usuario al segundo nivel de atención, donde es captado por la licenciada referente de Enlace del servicio hospitalario, quien comienza la planificación del alta en conjunto con los referentes de Enlace regional del primer nivel, hasta su egreso y reinserción en el territorio, donde será abordado por el equipo asistencial del primer nivel de atención.

Durante el periodo comprendido entre el 1º de mayo al 20 noviembre de 2018 se derivaron al Equipo de Enlace un total de 184 usuarios rurales, en su mayoría adultos mayores de sexo masculino comprendidos en el grupo etario de 65 años y más. El 88% del total pre-

---

1 Licenciada en Enfermería. Referente enlace rural San Ramón

2 Licenciada en Enfermería. Referente enlace policlinicas rurales Santoral

3 Licenciada en Enfermería. Referente enlace rural Tala

4 Licenciada en Enfermería. Referente enlace Hospital de Canelones

5 Licenciada en Enfermería. Coordinadora enlace rural

6 Médico. Posgrado en Administración de Servicios de Salud. Coordinador Región Norte Canelones

7 Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Referente enlace rural Santa Lucía



sentaron un diagnóstico de ingreso por descompensación de alguna patología médica. El 100% de los usuarios fueron derivados y atendidos con su equipo asistencial de referencia de cada zona en un plazo promedio de 7 días.

En el periodo de corte el 98% de los usuarios egresaron del proyecto, manteniéndose únicamente 4 usuarios del total por su situación salud –enfermedad y escasas redes de contención.

Se realizaron un total de 127 visitas domiciliarias de seguimiento por parte del equipo asistencial, reingresando a un segundo nivel el 3% del total de los usuarios, lo que presentó una disminución del porcentaje habitual de reingresos, una meta establecida por el equipo de disminuir al 30% los mismos en la región. El 1,6% egresaron del proyecto por fallecimiento en cuidados paliativos.

**Palabras clave:** *Salud rural, accesibilidad, atención primaria de salud, continuidad de la atención.*

## **Introducción**

El proyecto se enmarca en el área rural del departamento de Canelones, uno de los diecinueve departamentos que componen la República Oriental del Uruguay. Su capital Canelones, se encuentra situada a 40 km. de la zona de influencia del proyecto. En cuanto a la población rural total del departamento corresponde al 9% de la población del Uruguay según datos del Instituto Nacional de Estadística 2011.

La zona de influencia del proyecto abarca los territorios de Tala, Bolívar, Soca, Migueles, Montes, San Jacinto, San Ramón, Santa Rosa, San Bautista, Castellanos, San Antonio, Santa Lucía, Aguas Corrientes, Los Cerrillos y Paso Pache. En estas localidades viven aproximadamente 11% de la población total del departamento y de éstos un 40% son usuarios de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) según datos de identificación de usuarios de ASSE.

Según datos del Sistema Nacional de Información (SINADI) del Hospital de Canelones y tomando como referencia el periodo de mayo a noviembre 2017, ingresaron al segundo nivel 142 usuarios con un promedio de internación de cinco a siete días. Entre la primera y la segunda semana luego del alta, reingresaron al mismo hospital por descompensación de su patología crónica representando el 42% de los mismos.

La fragmentación del cuidado que se produce al egreso de un nivel más complejo trae consigo una serie de procesos, que convierten un sistema sanitario que idealmente debe garantizar la accesibilidad en una brecha que predispone al reingreso. A esto se suman las condiciones socio ambientales que los convierten en verdaderos grupos de riesgo a los cuales el sistema sanitario debe dar prioridad y respuesta a sus necesidades.

Contemplando además a la salud como un derecho universal, los servicios sanitarios deben crear herramientas que permitan el desarrollo de las comunidades.

Esta propuesta surge en un intento por dar respuesta a estas necesidades en materia de salud que presenta la comunidad rural. Existía una preocupación constante en el equipo acerca del seguimiento de los usuarios que eran internados. Una vez que estos eran dados de alta no quedaban conectados con el centro asistencial del primer nivel de referencia, y esto fragmentaba el cuidado.

Esta preocupación permitió la conformación de un grupo de referencia en la región (“de enlace”) que estrechara el flujo internivel, conformado por profesionales de distintas disciplinas y áreas.

De esta manera, en la primera semana de mayo del 2018, se dio inicio al proyecto conformado por una coordinadora del enlace rural en el primer nivel de atención, y referentes del proyecto en las diferentes regiones que componen el área rural del norte del departamento de Canelones.

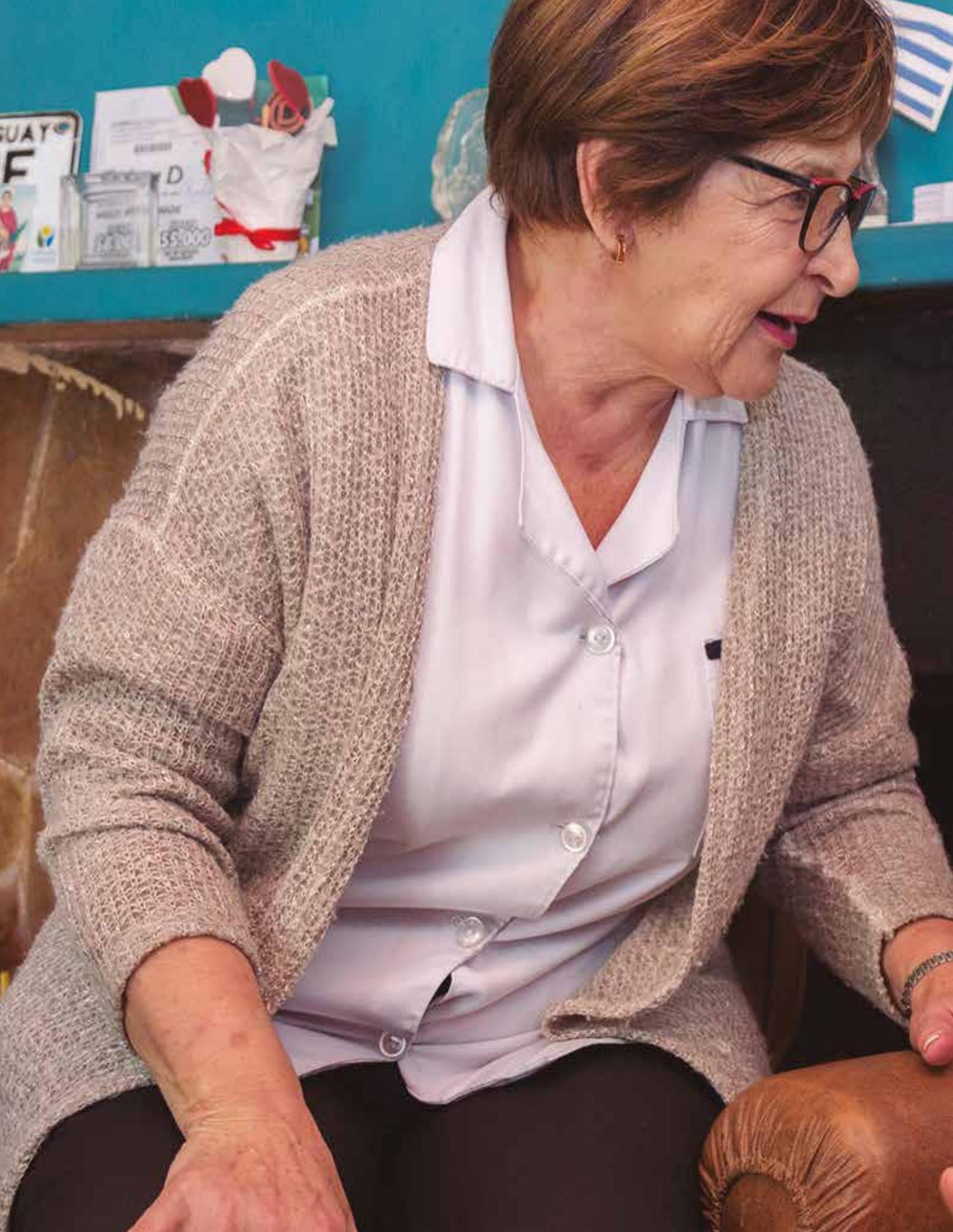
En conjunto se confeccionó un protocolo de captación y seguimiento de todo usuario que ingresa al centro de segundo nivel de referencia (el Hospital de Canelones “Dr. Francisco Soca”) con la finalidad de lograr estrechar la comunicación internivel.

## **Descripción**

El proceso se inicia cuando el usuario ingresa al Hospital de Canelones. Allí es incluido en un listado que contiene información de todos los pacientes internados (incluido el lugar de residencia), al cual se denomina “Censo Diario de Internación”. La Licenciada en Enfermería del Hospital envía dicho censo por correo electrónico a los referentes de enlace rural canario, quienes identifican los usuarios pertenecientes a su región y comienzan un seguimiento de los registros de internación de éstos. Asimismo, se da inicio a la planificación del alta en conjunto con la licenciada en enfermería del hospital, desde un modelo integral e integrador de la salud.

Las unidades asistenciales de los diferentes territorios incluidos en el proyecto son Tala, Bolívar, Soca, Migue, Montes, San Jacinto, San Ramón, Santa Rosa, San Bautista, Castellanos, San Antonio, Santa Lucía, Aguas Corrientes, Los Cerrillos y Paso Pache.

Al alta, la licenciada referente del equipo de enlace rural en el primer nivel capta al usuario, a través del seguimiento diario de la historia clínica del mismo. Una vez realizado el egreso se comunica vía telefónica con el cuidador principal y/o el usuario y planifica en conjunto una visita domiciliaria antes de los 7 días posteriores al alta, asegurando la continuidad del proceso asistencial del usuario (cumplimiento de indicaciones médicas, acceso a medicamentos e insumos, coordinación de estudios e interconsulta con especialistas). Ade-





más, se coordina fecha con el médico de referencia o equipo territorial correspondiente.

Se destaca que el usuario continúa en enlace hasta que se garantice el proceso asistencial y se derive a equipo territorial o médico de referencia, estando estos siempre informados del alta hospitalaria.

## Resultados

En el periodo del 1º de mayo al 20 noviembre de 2018 se derivaron al equipo de enlace un total de 184 Usuarios. En las tablas 1 y 2 se presentan su distribución por edad y servicio de referencia respectivamente.

**Tabla 1.** Distribución los usuarios del área rural dados de alta del Hospital de Canelones según edad. 1º de mayo al 20 de noviembre de 2018.

| Edad (años) | Cantidad de pacientes | %      |
|-------------|-----------------------|--------|
| 16-19       | 8                     | 4,32   |
| 20-44       | 22                    | 12,43  |
| 45-64       | 27                    | 14,59  |
| 65-74       | 51                    | 27,57  |
| ≥75         | 76                    | 41,08  |
| Total       | 184                   | 100,00 |

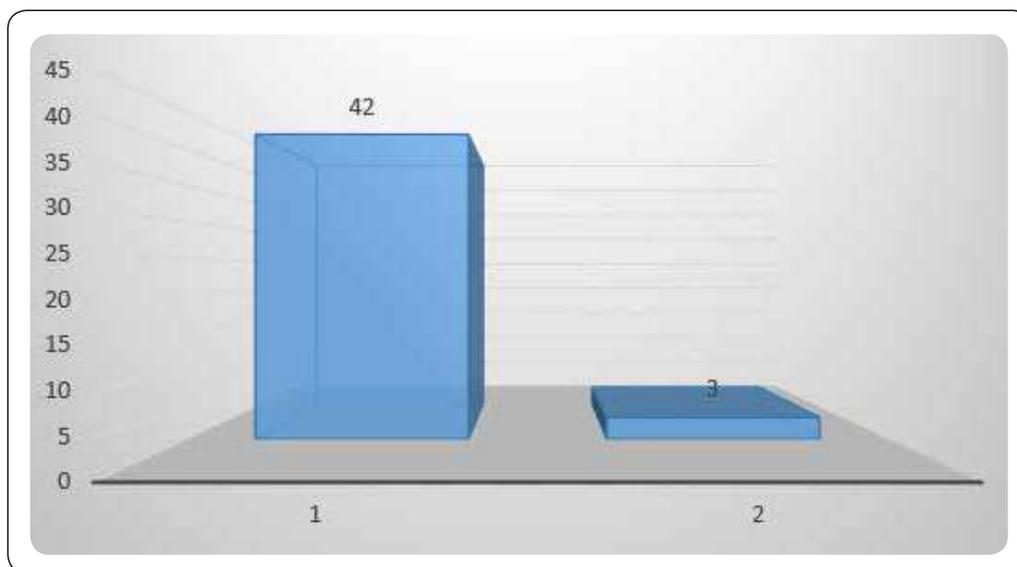
Fuente: Registros del equipo de enlace

**Tabla 2.** Captación de usuarios del área rural de Canelones según unidad asistencial de referencia. 1º de mayo al 20 de noviembre de 2018.

| Unidad asistencial de referencia | Cantidad   | %             |
|----------------------------------|------------|---------------|
| Centro Auxiliar Santa Lucía      | 36         | 19,57         |
| Policlínica Cerrillos            | 26         | 14,13         |
| Centro Auxiliar de Tala          | 25         | 13,59         |
| Policlínica Santa Rosa           | 22         | 11,96         |
| Centro Auxiliar de San Ramón     | 18         | 9,78          |
| Policlínica San Antonio          | 15         | 8,15          |
| Policlínica San Bautista         | 13         | 7,07          |
| Policlínica San Jacinto          | 10         | 5,43          |
| Policlínica Migués               | 9          | 4,89          |
| Puesto de salud Castellanos      | 3          | 1,63          |
| Policlínica Aguas Corrientes     | 3          | 1,63          |
| Policlínica Bolívar              | 2          | 1,09          |
| Policlínica Soca                 | 2          | 1,09          |
| <b>Total</b>                     | <b>184</b> | <b>100,00</b> |

Fuente: Registros el equipo de enlace

**Gráfica 1.** Porcentaje de reingreso de usuarios del área rural de Canelones al centro Hospitalario. Mayo a noviembre 2017 - 2018.



Fuente: elaboración propia

En el período evaluado se logró un 100% de captación de la población beneficiaria del proyecto. El 88% del total presentaron un diagnóstico de ingreso por descompensación de alguna patología médica. El 100% de los usuarios fueron derivados y atendidos con su equipo asistencial de referencia de cada zona en un plazo promedio de 7 días.

En el periodo de corte el 98% de los usuarios egresaron del proyecto, manteniéndose únicamente 4 usuarios del total por su situación salud –enfermedad y escasa redes de contención.

Se realizaron un total de 127 visitas domiciliarias de seguimiento por parte del equipo asistencial, reingresando a un segundo nivel el 3% del total de los usuarios, lo que presentó una disminución del porcentaje habitual de reingresos. El 1,6% egresaron del proyecto por fallecimiento debido a sus patologías terminales.

## Conclusiones

Con esta estrategia se busca dar respuesta al marco normativo del Sistema Nacional Integrado de Salud, que valora el rol del primer nivel de atención, sustentado en la estrategia APS. Esta experiencia también disminuye la fragmentación entre el 1er y 2do nivel de atención, y contribuye a crear un primer nivel de atención más resolutivo, disminuyendo los reingresos y logrando que un mayor número de consultas se resuelvan en el primer nivel de atención.

Se logró contribuir a un modelo de gestión asistencial basada en la calidad de la atención brindada, centrada en el usuario con una mirada holística, integral e integradora, considerándolo como ser social en relación continua con su entorno. De esta manera, el proyecto trató de enlazar y estrechar la comunicación internivel en la atención brindada a los usuarios de ASSE pertenecientes al área rural de la RAP Canelones, mejorando la continuidad asistencial del usuario y logrando mejores resultados en la atención, así como una mayor sinergia de los niveles de atención.

Para continuar fortaleciendo esta estrategia, está prevista la implementación a corto plazo de la consulta de enfermería para el usuario de enlace rural.

Es importante en aquellos casos que el usuario no tuviera vínculo con el primer nivel de atención, captar a éste y su familia para brindar la atención necesaria.

En el período trabajado se logró sobrepasar las expectativas de reingreso al segundo nivel, siendo éstas muy por debajo de lo proyectado. Esto fue valorado por el equipo de trabajo como muy positivo.

### **Referencias bibliográficas**

1. Instituto Nacional de Estadística [en línea]. 2011[fecha de último acceso: marzo 2019]. censo 2011. Canelones, Uruguay. Disponible en: [www5.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/canelones.html](http://www5.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/canelones.html)
2. OPS/OMS. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas [en línea]. Washington, DC:OPS, 2007. Disponible en: [https://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo\\_1/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf](https://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_1/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf)

# Capítulo 10: Soporte en cuidados paliativos para la Red de Atención Primaria. Consolidación de un modelo. Montevideo, Uruguay

Hernán Cervetto<sup>1</sup>, Verónica Izaurrealdi<sup>2</sup>

## Resumen

En Uruguay el Sistema Nacional Integrado de Salud establece los cuidados paliativos como una prestación de alcance universal, por ello debe involucrar tanto a la atención primaria como a la especializada en el tema. El proyecto busca desarrollar un modelo de atención paliativa secundaria, multidisciplinario y especializado dentro del primer nivel de atención. Descripción. Se aplicó un instrumento para detectar necesidades de atención paliativa a pacientes del Servicio de Atención Domiciliaria del área metropolitana de Montevideo, subsector público. Se tomó una muestra de 1292 pacientes identificando un 14% con necesidades paliativas. Se diseñó el proyecto, que implica la implementación de un equipo de soporte en cuidados paliativos. Se inició como un plan piloto y posteriormente se aplicó a pleno.

Resultados. Mejora en los procesos asistenciales; aumento en el consumo de morfina; se triplicó el número de pacientes complejos abordados predominando los no oncológicos. Los médicos del primer nivel de atención destacaron: mayor resolutivez, velocidad de respuesta y oportunidad de aprendizaje.

Conclusión. El Equipo de Soporte en Cuidados Paliativos se consolida brindando atención paliativa domiciliaria, complementando la atención del médico de referencia. Se comprobó una mejora en la cobertura de atención paliativa, a la vez que se identificó satisfacción por parte de los equipos del PNA hacia el nuevo proyecto y su forma de trabajo. Se visualiza como desafío la brecha entre nuestra cobertura actual y la necesidad real estimada.

**Palabras clave:** Atención paliativa; cuidados paliativos; atención primaria de salud; prestación de atención de salud; enfermedad crónica.

---

1 Médico de familia y comunidad encargado del Equipo de atención de Cuidados Paliativos RAP, ASSE

2 Médica de familia y comunidad encargada del Equipo de atención de Cuidados Paliativos RAP, ASSE



## Introducción:

Desde 2001 existe en Montevideo y Zona Metropolitana<sup>1</sup>, dependiente de la Red de Atención Primaria (RAP) del subsector público, el Servicio de Atención Domiciliara (SAD). Dicho servicio brinda asistencia a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas con algún grado de dependencia que impida su desplazamiento a policlínica para control. Esta asistencia es brindada por 8 médicos propios del SAD y por 125 médicos de referencia en territorio, según georreferenciación.

Este servicio ha permitido mantener la atención programada en domicilio para los pacientes dependientes. También se encargó de realizar la atención de necesidades paliativas, pero no de forma especializada.

En 2007, con el fin de fortalecer los Cuidados Paliativos (CP) en el Primer nivel de atención (PNA), se formó un grupo de trabajo integrado por profesionales del tema. Se realizaron varias jornadas de capacitación en CP para el PNA contando con la colaboración de la Unidad de Medicina Psicosocial del Hospital Maciel y la facultad de Psicología de la Universidad de la Republica. También se gestionaron pasantías de 4 médicos del SAD por la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) del Hospital Maciel (3 más en 2017).

En 2013 se coordinó en conjunto con la Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria y Facultad de Medicina un curso semipresencial de CP para todo el PNA. Posteriormente se facilitó la pasantía de uno de los integrantes del SAD por un servicio de Cuidados Paliativos de la Generalitat de Catalunya, Barcelona, España en agosto de 2015.

En Uruguay el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) establece que los CP deben ser una prestación que tenga un alcance universal, por ello es fundamental que dicha tarea involucre tanto a la atención primaria como la especializada en CP (1).

En la actualidad están aceptados diversos axiomas en la atención de pacientes con necesidades paliativas:

- Los CP deben ser ofrecidos en función de la necesidad y, por tanto, del control sintomático y no hacer diferencias entre la enfermedad de base (oncológica o no), la edad, el sexo o el ámbito asistencial.
- Los modelos de CP deben perseguir sistemas integrados que permitan una atención paliativa tanto en domicilio como hospital, fortaleciendo redes y evitando la superposición de equipos y recursos.
- El papel que deben desarrollar los profesionales y ámbitos asistenciales debe estar en función de la complejidad del caso en cuestión, diferenciándose Niveles en atención

.....  
<sup>1</sup> Montevideo y Zona Metropolitana comprenden para la RAP los siguientes Centros de Salud (y sus policlínicas dependientes): Cerro, Sayago, Giordano, Dr. Enrique Claveaux, Ciudad Vieja, Monterrey, Maroñas, Unión, La Cruz de Carrasco, Jardines del Hipódromo, Piedras Blancas, Dr. Ruben Misuraco, Ciudad de la Costa (Depto. de Canelones) y Ciudad del Plata (Depto. de San José).

paliativa: Primario: asistencia que debe brindar el médico de referencia en consultorio o domicilio; Secundario: se refiere a la atención paliativa domiciliaria, servicio de apoyo e interconsulta, realizado por un equipo especializado en CP para casos más complejos y siempre en conjunto con el médico de referencia. Terciario: Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) para la atención hospitalaria o en domicilio de casos de alta complejidad (1, 2).

Las características y calidad de atención a las necesidades paliativas son muy variadas en Uruguay. En el PNA la capacitación mejoró, pero aún es dispar. En el segundo y tercer nivel, la proporción de hospitales que cuentan con unidades especializadas es todavía insuficiente. Por este motivo la formación de Equipos de Soporte podrá permitir una atención coordinada y compartida, siempre a instancias de los profesionales responsables del caso y haciendo posible un nivel secundario de atención paliativa en el PNA.

## Descripción

En 2016 se aplicó el Instrumento de identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y Necesidad de Atención Paliativa (NEC-PAL) a una muestra de pacientes del SAD de la RAP Metropolitana. Se describe en el Cuadro 1 dicho estudio de investigación.

### **Cuadro 1.** Estudio realizado para identificación de pacientes con necesidades paliativas en el SAD. Junio a agosto de 2016.

**Objetivo:** Determinar el número de pacientes asistidos por SAD (Médicos de SAD central + Médicos de Familia en territorio) en situación de enfermedades crónicas avanzadas con necesidad de Atención Paliativa, dentro del subsector público de asistencia en la Zona de Montevideo y área Metropolitana en el periodo 1/6/16 al 31/8/16.

**Metodología:**

- Estudio Descriptivo de tipo Transversal
- Universo: 4500 pacientes (total de pacientes asistidos por SAD: por Médicos de SAD central + Médicos de Familia en territorio)
- Muestra: 1292 pacientes (no probabilística, por conveniencia)
- Criterios de inclusión: ser paciente del SAD (Pacientes con enfermedades crónicas y dependencia que impida su desplazamiento a una policlínica para control)
- Método: Se aplicó el instrumento NEC-PAL para identificar pacientes con enfermedades crónicas avanzadas que requieran medidas paliativas.

Es realizado por el médico tratante y explora 4 áreas:

1. "pregunta sorpresa". ¿Le sorprendería que el paciente muriese en los próximos 12 meses?
2. ¿Elección/demanda o necesidad de CP?
3. indicadores clínicos generales de severidad y progresión
4. indicadores clínicos de severidad y progresión por patología. (6,3)

Fuente: Modificado de Cervetto, H., Izaurraldi, V., Estevez, M. Póster. Proyecto Equipo de Soporte en Cuidados Paliativos del Primer Nivel de Atención (6).





Del estudio surgió que de dicha muestra el 14% tenían necesidades paliativas, aproximadamente 630 pacientes dentro del área definida. Esta asistencia era prestada hasta ese momento por médicos disparmente capacitados y con las limitaciones instrumentales y materiales existentes en el PNA para dicha tarea [6].

Una vez cuantificada la necesidad se pasó al diseño del proyecto. Se decidió desarrollar un modelo de atención paliativa secundaria, multidisciplinario y especializado dentro del PNA, cuyos objetivos serían garantizar los CP en domicilio, ofrecer apoyo a los médicos de referencia y garantizar la coordinación entre los diferentes niveles de atención. Este proyecto está basado en la existencia de un Equipo de Soporte en CP en el Primer Nivel Atención (ESCP-PNA), creado en 2016 en la RAP Metropolitana.

Objetivos específicos del Proyecto:

1. Apoyar a los equipos del PNA facilitando y promoviendo la continuidad asistencial por parte del médico de referencia.
2. Brindar una asistencia biopsicosocial y espiritual a pacientes con necesidades paliativas oncológicas y no oncológicas.
3. Detectar precozmente situaciones complejas que puedan resolverse en domicilio mediante un tratamiento activo, disminuyendo ingresos hospitalarios y traslados innecesarios.
4. Contribuir al relacionamiento e intercambio con el segundo y tercer nivel de atención en forma bidireccional, fortaleciendo así la red de CP.
5. Contribuir a la detección de situaciones de alta complejidad y facilitar su derivación oportuna a Unidades de Cuidados Paliativos (UCP).

Las actividades diseñadas se detallan a continuación; entre paréntesis se indica el grado de desarrollo de la actividad al momento de la convocatoria 2018.

- Identificación de pacientes con necesidades paliativas por parte de los profesionales del PNA. (en proceso)
- Envío de formulario de derivación al ESCP-PNA vía email para coordinar visita conjunta o realizar interconsulta. (realizada)
- Calificación de los pacientes según su complejidad, utilizando el Instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos IDC-PAL que comprende elementos de complejidad de la unidad paciente-familia. Se compone de 36 elementos agrupados en tres dimensiones, según sean dependientes del paciente, de la familia o de la organización sanitaria [4]. (realizada)
- Distribución de pacientes según grado de complejidad. Los no complejos serán seguidos por su médico de cabecera y asesoría del ESCP-PNA de ser solicitada, los complejos ingresan al ESCP-PNA, quedando en seguimiento conjuntamente con su médico de cabecera. Los altamente complejos serán derivados a UCP. (realizada)
- Reconocimiento de las diferentes necesidades biopsicosociales y espirituales del pa-

ciente y su familia, definiendo cuáles de ellas pueden ser abordadas por el equipo médico o requieren intervención específica por otros profesionales (Trabajo Social, Psicología, etc.). [en proceso]

- Velar por obtener y mantener un equipo multidisciplinario completo y con dedicación horaria adecuada (médicos, psicólogo, licenciado en trabajo social, enfermería y administrativos con formación en CP) [1,3]. [en proceso]
- Contar con una historia clínica de uso interno y otra para el domicilio. Esto permite mantener el registro clínico adecuado de las actividades cumplidas en domicilio, así como facilitar el acceso de esta información a otros profesionales participantes de la atención del paciente en otros ámbitos. [realizada]
- Organización administrativa para correcto funcionamiento. Protocolización de procesos, gestión documental y descripción de tareas. [en proceso]
- Describir criterios de ingreso y egreso al ESCP-PNA con una correcta difusión de los mismos entre los equipos del PNA y equipos de otros niveles. [en proceso]
- Confección de una lista de medicamentos esenciales para uso e indicación del ESCP-PNA y gestión de su incorporación al vademécum del servicio. [realizada]
- Seguimiento de paciente y familia, evaluación continua y educación en detección de síntomas de “alarma”. [realizada]
- Instalación de un sistema de guardia con respuesta telefónica y enfermería domiciliar para poder actuar en respuesta en casos que lo requieran. [en proceso]
- Gestión de interconsultas o derivaciones en forma oportuna. [realizada]
- Formación continua del Equipo mediante: Visita en conjunto de pacientes, discusión de casos clínicos y participación en la clínica por videoconferencia Extension for Community Healthcare Outcomes (ECHO) Uruguay. [realizado]
- Facilitar la formación continua en CP de los equipos del PNA. Visitas conjuntas, realización de cursos y talleres, etc. Se realizó un plan de capacitación que constó de 3 talleres de manejo de la vía subcutánea para equipos de 4 centros de salud (agosto a setiembre 2017) y un curso de “manejo del dolor en cáncer” en conjunto con el Área Programática Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud Pública (setiembre 2018). Se prevé nuevo plan de capacitación 2019.
- Reuniones periódicas con todos los miembros del equipo. [realizada]
- Evitar superposición de servicios manteniendo un contacto fluido con otros equipos y demás actores sanitarios (Ministerio de Desarrollo Social, Centros Sociosanitarios, etc.). [en proceso]
- Optimizar los recursos humanos y materiales, contribuyendo así a disminuir costos sanitarios. [en proceso]. Cambios la estructura del servicio en materia de recursos: se destinaron 3 cargos de médicos formados en CP del SAD al ESCP y se contrataron 2 más; se conformó un equipo de enfermería propio con 2 licenciadas y una auxiliar, se designó una administrativa propia y se asignaron horas de licenciado en trabajo social para el ESCP; se compraron 5 bolsos con material para analgesia, curaciones, colocación de infusores elastoméricos, etc.; se diseñó y autorizó una lista de medicamentos esenciales para control de síntomas en CP y se designaron más de 100 horas semanales de auto con chofer para las visitas domiciliarias.

- Monitoreo y evaluación continua de: funcionamiento del equipo, control de procesos, cumplimiento de objetivos. [realizada]. Una vez armado el proyecto se realizó un plan piloto que abarcó el área de responsabilidad de cuatro de los trece Centros de Salud de la RAP Metropolitana, además del Servicio de Atención Domiciliaria central (un total de 2069 usuarios en asistencia domiciliaria). Dicho plan se llevó a cabo durante 5 meses (agosto a diciembre 2017). Posteriormente se evaluó, recabando datos cuantitativos con indicadores priorizados previamente y datos cualitativos mediante una encuesta vía mail a los 25 médicos participantes del mismo.

Teniendo en cuenta los buenos resultados obtenidos con el Plan Piloto (tablas 1 y 2) se pasó a integrar a los restantes centros de salud de la RAP-Metropolitana. Posteriormente se realizó una nueva evaluación de indicadores del periodo enero a noviembre de 2018. En ésta se confirmó lo positivo de las intervenciones y se identificaron fortalezas y debilidades del Equipo donde seguir trabajando.

## **Resultados**

En la Tabla 1 se detallan algunos resultados en indicadores priorizados. Se compara la evaluación del Plan Piloto de apoyo al PNA por parte del ESCP-PNA a cuatro Centros de Salud de Montevideo, Zona Metropolitana y el SAD de agosto a diciembre 2017, con la evaluación luego de 11 meses de la intervención plena del ESCP-PNA con los usuarios asistidos en domicilio por médicos de referencia de todos los centros de salud y policlínicas en Montevideo, Zona Metropolitana y dependientes del SAD central entre enero y noviembre de 2018.

**Tabla 1.** Análisis comparativo de los indicadores obtenidos de la evaluación del Plan Piloto del nuevo modelo y a los 11 meses de instauración a pleno.

| Indicadores |   | Plan piloto    | Intervención plena del ESCP-PNA |
|-------------|---|----------------|---------------------------------|
| Estructura  | Universo de pacientes (total de pacientes asistidos en domicilio: 4 centros de salud + pacientes del SAD)                               | 2069<br>(100%) |                                 |
|             | Universo de pacientes (total de pacientes asistidos en domicilio por los médicos de todos los centros de salud RAP + pacientes del SAD) |                | 4650<br>(100%)                  |
|             | Número estimado de pacientes con necesidades paliativas en esta población (según Inst. NEC-PAL)   | 289<br>(14%)   | 651<br>(14%)                    |
| Proceso     | Consumo mensual de morfina de pacientes en atención domiciliaria RAP.   | 252 mg         | 3380 mg                         |
| Resultado   | Número de pacientes abordados por médicos de referencia (pacientes de baja complejidad según IDC-PAL)                                   | 262            | 503                             |
|             | Número de pacientes abordados por médicos de referencia + ESCP-PNA (pacientes de mediana complejidad según IDC-PAL)                     | 27             | 148 (37 onc.<br>111 no onc)     |
|             | Número de pacientes referidos al Tercer Nivel de Atención desde el ESCP-RAP (pacientes de alta complejidad según IDC-PAL)               | 1              | 4                               |
|             | Número de casos de mediana complejidad abordados en el mes.   | 20             | 60                              |
|             | Número de visitas mensuales.  | 47             | 184                             |
|             | Tiempo promedio de respuesta entre la referencia del caso y la primera visita   | 48h            | 48h                             |

Fuente: Datos obtenidos del registro del Equipo de Soporte en CP en el Primer Nivel Atención.

**Tabla 2.** Resultados de Encuesta de Satisfacción al total de médicos del PNA participantes del plan Piloto y del ESCP-PNA [1, 2, 3]

| <b>Resultados de encuesta a médicos de PNA participantes del Plan Piloto</b>   | <b>Resultado de encuesta a miembros del ESCP-PNA:</b>  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Se valoró como muy bueno el proyecto y forma de trabajo en conjunto (ESCP/EBI).</li><li>• Se percibió gran ayuda del Equipo de soporte</li><li>• Se consideró la visita conjunta y el apoyo telefónico como una oportunidad de aprendizaje</li><li>• Se destaca una mejora de la resolutivez, calidad asistencial y tiempo de respuesta</li><li>• Se evaluó la respuesta de enfermería domiciliaria (externa al ESCP) como regular.</li><li>• Existió un reiterado reclamo de capacitación específica en CP.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Se percibió una mejora en la calidad asistencial con, mejora en la resolutivez al contar con más recursos materiales y humanos.</li><li>• Se destacó un excelente relacionamiento con los médicos del PNA.</li><li>• Se evaluó la respuesta de enfermería domiciliaria (externa al ESCP) como regular.</li><li>• Marcado reclamo de mayor número de horas técnicas para mejorar tiempos de respuesta y apoyo telefónico.</li><li>• Necesidad de incorporar enfermería propia y Psicología al Equipo.</li><li>• Necesidad de espacio físico con confidencialidad para intervenciones con colegas y con familiares de pacientes.</li></ul> |

Fuentes:

Izaurre V. Evaluación Plan Piloto del Proyecto Equipo de Soporte en Cuidados Paliativos del Primer Nivel de Atención, RAP-Metropolitana ASSE. Montevideo. 2018. Disponible en: [https://drive.google.com/file/d/10WWY\\_3maenymaNX5RXictyxqbjgKXRQi/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/10WWY_3maenymaNX5RXictyxqbjgKXRQi/view?usp=sharing)

Izaurre V. Formulario de encuesta a Médicos de Familia, Evaluación Plan Piloto del Proyecto Equipo de Soporte en Cuidados Paliativos del Primer Nivel de Atención, RAP-Metropolitana ASSE. Montevideo. 2018. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1Cd0g3t-BWAnvQf2DaxbBHeNORmHxWba5-/view?usp=sharing>

Izaurre V. Formulario de encuesta interna a médicos del Equipo. Evaluación Plan Piloto del Proyecto Equipo de Soporte en Cuidados Paliativos del Primer Nivel de Atención, RAP-Metropolitana ASSE. Montevideo. 2018. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1M8VcXxwsKZ7X-0lbfvgpCokBJi7VT-X/view?usp=sharing>

Del análisis de las evaluaciones y del trabajo diario se pudo identificar una mejora en los procesos, la protocolización del trabajo y tareas y la creación de un flujograma que permitió optimizar el tránsito de los pacientes con necesidades paliativas dentro de la red de atención primaria y entre niveles de atención.

Por otro lado, se identificó aumento del consumo mensual de morfina el cual se ha multiplicado por 10. La tasa de consumo anual de opioides fuertes en equivalencia a morfina, es uno de los principales indicadores de acceso a cuidados paliativos [5].

Con respecto al ESCP-RAP, se consolidó un grupo de trabajo multidisciplinario, con formación específica en CP, con una forma de trabajo protocolizada y objetivos grupales e individuales conocidos y compartidos por todos.

Desde los médicos del PNA, se destacó la intervención con el ESCP-PNA como de gran ayuda para el abordaje de sus pacientes, mejora en la calidad de atención, mayor resolutivez y velocidad de respuesta, y una oportunidad de aprendizaje para todos.

Con respecto a la salud de la población se triplicó el número de pacientes complejos abordados mensualmente, además de los pacientes de baja complejidad vistos por sus médicos de cabecera, muchas veces asesorados telefónicamente o de forma presencial por el ESCP-PNA.

El ESCP-PNA, como marca la tendencia mundial, ha focalizado su asistencia mayoritariamente en pacientes no oncológicos, los que presentan enfermedades de evolución más prolongada en el tiempo y con fluctuaciones en el control de síntomas y funcionalidad, habitualmente no incluidos en UCP.

## **Conclusiones**

El nuevo modelo implementado, que integra la atención paliativa secundaria con la brindada por médicos de referencia, ha mejorado la capacidad resolutivez del primer nivel de atención en la asistencia a pacientes y familias aquejados por patologías crónicas avanzadas y/o en el final de la vida.

El equipo de soporte especializado en Cuidados Paliativos de la RAP Metropolitana apuesta a consolidarse como un servicio de apoyo e interconsulta para casos complejos atendidos en el PNA. Complementa la atención del médico de referencia y actúa como articulador entre niveles en una creciente red de cuidados paliativos.

Este tiempo de experiencia ha permitido ver una mejora en la cobertura de atención paliativa dentro del PNA, a la vez que se identificó una gran satisfacción por parte de los médicos en territorio quienes destacan lo positivo del proyecto y la forma de trabajo definida. Se visualiza el desafío de lograr un aumento en la cobertura ya que si ampliamos nuestro



universo a toda la población usuaria de la RAP (399.227 usuarios a noviembre 2018), la población blanco u objetivo asciende a 1996 pacientes con necesidades paliativas, (dato calculado según Sepúlveda y col. se estima que el 0,5% de la población general tiene necesidades paliativas [7]). Esto nos marca una gran brecha entre nuestra cobertura actual y la necesidad real, siendo éste nuestro desafío para los próximos años. En pro de esto, debemos seguir trabajando para obtener y mantener un equipo con todas las disciplinas imprescindibles en CP, aumento en el número de horas de especialistas, apuntando a la dedicación extensa o total, aumento en la capacidad resolutive del equipo de enfermería propio y apoyar con capacitación a los equipos externos buscando un trabajo más coordinado y eficiente.

## Referencias bibliográficas

- Bernadá M, Papa P, Santos D, Sehabiaga G, Graciela Sabini G, Gómez Sancho M. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Documento Marco. Uruguay: Ministerio de Salud Pública. 2013 Set. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/plan-cuidados-paliativos-version-setiembre-2013>
- Grupo de Investigación en Cuidados Paliativos de Extremadura (IPALEX) Mérida. Badajoz. España. Equipos de soporte de cuidados paliativos y dedicación de los equipos de atención primaria a pacientes en situación terminal en sus domicilios. *Aten Primaria*. 2006;38(6):316-324.
- Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C. Recomendaciones para la atención integral e integrada de personas con enfermedades o condiciones crónicas avanzadas y pronóstico de vida limitado en Servicios de Salud y Sociales: NECPAL-CCOMS-ICO© 3.0. [en línea] Instituto catalán de oncología. 2016. Disponible en: [http://ico.gencat.cat/ca/professionals/serveis\\_i\\_programes/observatori\\_quality/programes/programa\\_ne-cpal](http://ico.gencat.cat/ca/professionals/serveis_i_programes/observatori_quality/programes/programa_ne-cpal)
- Martín-Rosello M. IDC-PAL: Instrumentos Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos. [en línea] Andalucía, 2014. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/site/csalud/galerias/documentos/.p\\_3\\_p\\_3\\_procesos\\_asitenciales\\_integrados/cuidados\\_paleativos/.idc\\_pal\\_2014.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/site/csalud/galerias/documentos/.p_3_p_3_procesos_asitenciales_integrados/cuidados_paleativos/.idc_pal_2014.pdf)
- De Lima L, Perez-Castells M, Berenguel M, Monti C, Aguilar A, Ahumada M, et al. Indicadores de Cuidado Paliativo ALCP. 1a edición. Houston: IAHPC Press, 2013. Disponible en: [http://www.cuidadospaliativos.org/uploads/2013/3/Indicadores%20de%20Cuidado%20Paliativo%20ALCP%20\(espanol\).pdf](http://www.cuidadospaliativos.org/uploads/2013/3/Indicadores%20de%20Cuidado%20Paliativo%20ALCP%20(espanol).pdf) indicadores de cuidados en cuidados paliativos 2013 de lima
- Cervetto H, Izaurraldi V, Estevez M. Proyecto Equipo de Soporte en Cuidados Paliativos del Primer Nivel de Atención. Red de Atención Primaria Zona Metropolitana-Administrado de los Servicios de Salud del Estado, Montevideo, 2017. En: Congreso ZXX; Lugar Año mes días del congreso. Poster. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1XyK6tGVdfc1JJJaCBuG1qMnXDDoDc1Z4/view?usp=sharing>
- Gómez Batiste X, Blay C, Roca J, Fontanals D, Calsina A. Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas. Aspectos generales. 1a ed. Barcelona: Elsevier; 2014

# Capítulo 11: Programa interinstitucional Nodos de Salud de Tacuarembó

Jacqueline Gómez<sup>1</sup>, Hugo Loza<sup>2</sup>, Ignacio Souza<sup>3</sup>

## Resumen

NODOS de Salud es un programa interinstitucional, sociosanitario, con un enfoque de Atención Primaria de Salud, que se ejecuta desde hace 10 años, dirigido a toda la población de Tacuarembó, particularmente a la población rural y suburbana que tiene dificultades de accesibilidad territorial y/o cultural, constituyéndose para estas en puerta de entrada al sistema de salud.

Brinda servicios de atención, educación, prevención y promoción en salud, a través de recursos asignados por las instituciones socias y articulando con otros programas y servicios, potenciándose mutuamente.

Es gestionado en forma conjunta por la Administración de Servicios de Salud del Estado, Intendencia Departamental de Tacuarembó, ministerios de Salud y de Desarrollo Social y Universidad de la República. Estas instituciones se constituyen al menos mensualmente como comité, planificando, coordinando y resolviendo las orientaciones de trabajo, capitalizando una experiencia que se viene desarrollando parcialmente desde 1986 en el departamento.

Se cuenta con recursos humanos multidisciplinarios calificados y en permanente reciclaje, con infraestructura y recursos adaptados para realizar la intervención en forma autosuficiente [policlínicos móviles con consultorios por área, vehículos para transporte de personal, instrumental y equipamiento médico].

El Programa se basa en la participación comunitaria y la descentralización de los servicios. Se levantan demandas de cada localidad, se priorizan y planifican actividades semanalmente, acompañando a la comunidad en gestiones ante terceros para aspectos que no puede resolver con recursos propios.

Se realizan salidas diarias, comprendiendo las áreas de médico-enfermería, salud bucal, nutricional y desarrollo comunitario.

**Palabras clave:** *Resolutividad, accesibilidad, interinstitucionalidad, territorio, participación, eficiencia, SNIS, APS.*

---

1 Médica. Directora ASSE RAP Tacuarembó

2 Ingeniero. Asesor de IDT.

3 Licenciado. Dirección Departamento de Salud de Tacuarembó. MSP.



Programa  
Nodos de Salud

TACUAREMBÓ  
Campaña contra las drogas

RIM 1390



## Introducción

El Programa Interinstitucional Nodos de Salud de Tacuarembó tiene como objeto combinar, profundizar y concretar acciones interinstitucionales dirigidas especialmente a la población rural y suburbana del departamento, para el desarrollo de la educación para la salud, investigación, extensión y la atención integral.

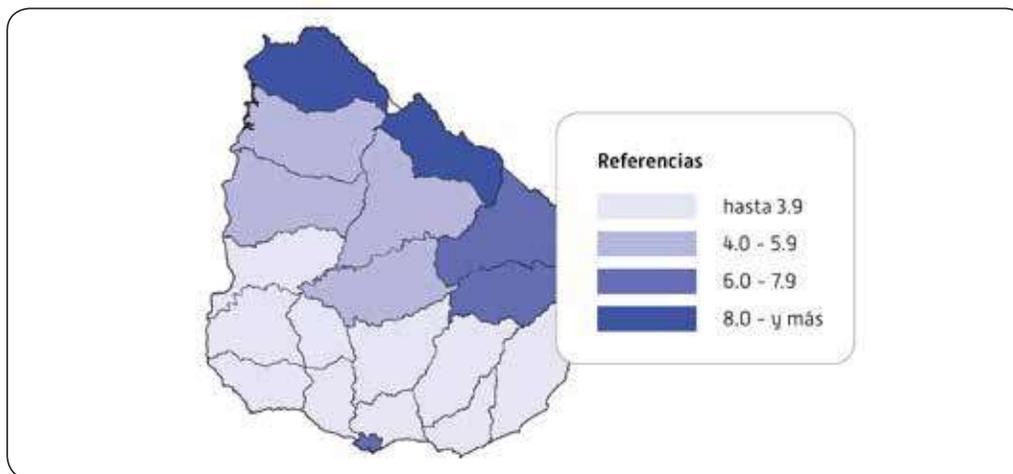
Se inicia como proyecto en 2008 en el marco del Programa Uruguay Integra<sup>1</sup> logrando su sustentabilidad con el aporte de recursos de instituciones socias, firmando un convenio de gestión interinstitucional [2011].

El Programa Nodos surge para la mejora de la accesibilidad de los servicios de salud, en al amplio concepto de ella, basado en una fuerte experiencia de trabajo interinstitucional llevado en Tacuarembó.

## Descripción

Tacuarembó se destaca por sus antecedentes de trabajo en atención primaria de salud, capitalizando los esfuerzos institucionales y cooperación recibida por la Cooperación Alemana a partir de 1986, donde participaron Ministerio de Salud (que comprendía la hoy denominada ASSE), Universidad de la República e Intendencia Departamental.

**Figura 1.** Porcentaje de hogares debajo de la línea de pobreza por departamento. 2017.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Encuesta Continua de Hogares. Tomado de INE, 2018. Estimación de la pobreza por el método del ingreso, 2017.

<sup>1</sup> Programa Uruguay Integra, Oficina de Planeamiento y Presupuesto y Cooperación de la Unión Europea, aporte de la Intendencia Departamental de Tacuarembó.

El Programa Nodos se desarrolla en todo el departamento de Tacuarembó, ubicado en el centro del país, con una baja densidad [5,83 habitantes/ Km<sup>2</sup>], siendo uno de los que tiene mayor porcentaje de población rural [10.7% frente a 5.3% a nivel nacional [1].

El noreste del país y Tacuarembó cuentan con un alto porcentaje de hogares bajo la Línea de Pobreza, así como altos porcentajes de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), tal como se muestra en mapas adjuntos [2].

Del análisis de pobreza por franja etaria [del mismo documento] surge claramente que la pobreza se concentra en niños y adolescentes, superando la media nacional. Cabe acotar que el Índice de Desarrollo Humano para 2017 [3], ubica a Tacuarembó entre los 4 departamentos con menores índices, con un valor departamental de 7.71 mientras a nivel nacional es 8.18. Con relación al porcentaje de población con al menos una NBI por departamento, Tacuarembó con 45.2% comprende los 4 departamentos con peores índices, si bien se reconocen diferencias dentro del departamento.

En Tacuarembó la cobertura de salud implica más del 70% de la población usuaria del subsector público, mientras que a nivel nacional es menos del 40%. La relación de habitantes por médico es de 473, mientras la media nacional es de 205 [3]. En función de estas características se justifica los recursos y la estrategia.

La extensión territorial y la baja densidad de la población hacen necesaria una estrategia móvil para poder llegar a todas las localidades del interior profundo, con todos los programas existentes en los organismos públicos socios, con eficacia y eficiencia, optimizando recursos en la interinstitucionalidad.

El Programa Nodos está regido por el Comité Interinstitucional [integrado por los representantes institucionales de los socios], el que cuenta con una Unidad de Gestión que articula con el Equipo Técnico las intervenciones en el territorio, logrando la certificación ISO 9001 [Registro 1896/01] cuando se definió la Visión y Misión:

Visión: Ciudadanos saludables, protagonistas de un Sistema de Salud de calidad, interinstitucional y descentralizado, basado en los principios de APS y la promoción de salud y regido por la equidad, la solidaridad y la participación comunitaria.

Misión: Promover prioritariamente en localidades rurales y suburbanas de Tacuarembó, la consolidación de comunidades saludables, facilitando el ejercicio del derecho a una salud de calidad, a través de la articulación del Estado y la Sociedad Civil, en la implementación de un sistema interinstitucional integrado, basado en los principios de APS.

Se trabaja desde el territorio [equipo del área social, agentes comunitarias de salud, comunidad e instituciones locales] diagnosticando, construyendo y priorizando la demanda, para luego realizar la planificación y ejecución de las actividades en forma semanal. Di-

chas demandas comprenden los factores determinantes de salud, siendo el rol de Nodos realizar actividades de atención primaria y colaborar en la gestión de los vecinos ante diferentes instituciones para que las demandas que exceden al Programa sean atendidas. La participación del Programa en la Mesa Interinstitucional de Políticas Sociales facilita la derivación y resolución de estos problemas detectados, facilitando resolverlas.

El equipo de gestión con el equipo técnico planifica y ejecuta las salidas al territorio, organizándose básicamente jornadas de salud y talleres, teniendo a las instituciones educativas y los servicios de salud como puntos de referencia.

Las Jornadas de Salud son coordinadas en territorio. En dichas jornadas se brinda atención en las áreas médicas, odontológica, nutricional, talleres de educación para la salud, ferias de salud con entrega de folletería, preservativos etc., promocionando programas, servicios y trámites de MIDES, IDT, Zoonosis y Udelar. Los talleres son actividades diarias que se adaptan en contenidos y forma a las necesidades planteadas.

Se cuenta con un equipo de técnicos interdisciplinario que coordina con otros servicios locales. El Sistema de Información del Programa provee datos para la gestión y resolutivez. Está en proceso de implementación la Historia Clínica Electrónica, a pesar de las dificultades de conectividad.

El concepto central es coordinar acciones con el equipo de salud local, apoyando y potenciando el trabajo en cada lugar. Se reconocen en el departamento 175 localidades y barrios, desde población rural dispersa y caseríos a barrios densamente poblados.

## Resultados

Se trabajó con 175 localidades y barrios del departamento, registrando 2.981 talleres en todo el período, con más de 30 temas adaptados a las necesidades, la mayoría en zonas rurales.

**Cuadro 1.** Localidades y barrios del departamento donde Programa Nodos brindó servicios en 2018.

**Localidades** El Hongo, Rinaldi, Artigas, Godoy, Santángelo, 42 Viviendas, Bonilla, Cerro Batoví, Sauce Batoví, Sauce de Tranqueras, Barrio López, Etcheverry, Curbelo, Villanueva, Los Molles, Tambores, Piedra Sola, Valle Edén, Los Rosanos, Chamberlain, Peralta, Cardozo Grande, Cardozo Chico, Ansina, Pueblo de Arriba, Cuchilla del Ombú, Poblado Heriberto, Sauce Solo, Barrio Montevideo, Laureles, Paso del Cerro, Cuchilla de Laureles, Bañado de Caña, Costa de Cañas, Pueblo 33, Bañado de Rocha, Lambaré, Paso del Manco, La Calzada, Paso Mariano, Poblado Laura, Sauce solo de R Negro, Puntas de 5 Sauces, Los Rosas, Costas de C. al Norte, Paso Livindo, Cuaró, Paso Aguiar, Caraguatá Norte, Curtina, Rincón de

los Machados, Cerro del Arbolito, Los Cuadrados, Cerros de Clara, Once Cerros, Torres, Los Cerros, Cañada del Estado, Paso Hondo, Achar, San Benito, Los Furtados, Ferrocarril, Centenario, San Antonio, Santa Isabel, Pugnolini, La Hilera, Clara, La Rosada, Paso de los Novillos, Zamora, Montevideo Chico, Laguna del Sauce, Aldea de San Joaquín, Cerro del Ombú, Paso del Medio, Cuchilla Casa de Piedra, Zanja de los Bagres, Santa Rita, Cerro Travieso, Paso de las Carretas, Paso Ceferino, Costas de Caraguatá al sur, Cuchilla de Caraguatá, Clavijo, Cerro Pereira, Rincón de Pereira, Minuano, Las Chircas, Las Pajas, 5 Sauces, Punta de Carreteras, Las Arenas, Los Feos. El Charreco, Las Toscas, Barra de Caraguatá, Pago lindo, El Molino, Bella Vista, La Matutina, Zapará, Quiebrayugos, Ataques, La Aldea, Rincón de la Aldea, Tierras Coloradas, Rincón de Tranqueras.

**Servicios brindados** Atención médica, odontológica, talleres de educación y promoción de salud y prevención de enfermedades.

Fuente: elaboración propia

Se ha priorizado la ruralidad en los servicios que se brinda, así como la niñez y la mujer, lo que puede observarse en el siguiente cuadro.

**Cuadro 2.** Indicadores de participación, desde inicio hasta 30/05/2019

| Indicador                               | Valor observado |
|---|-----------------|
| Total de personas                       | 35.398          |
| Total de personas en área rural         | 16.023          |
| Total de menores de 13 años             | 16.617          |
| Total de mujeres                        | 20.464          |
| Total de participaciones en actividades | 101.304         |
| Total de actividades realizadas         | 10.375          |
| Promedio de personas por actividad      | 10              |
| Promedio de participación por persona   | 3               |

Fuente: Sistema de Información del Programa Nodos, según registros propios.

# anna

# Nodos de Salud



lud



Este Proyecto el



Proyecto Social y Territorial  
Integra

asse

asse

María M. López

El Programa se orienta al usuario/participante, realizando periódicamente mediciones de satisfacción de usuarios del servicio realizado y del trato recibido, obteniéndose valores francamente positivos (superiores al 95%).

Se realizó análisis de clima interno, siendo el 80% de las respuestas satisfactorias.

El Comité Interinstitucional se reunió 1,6 veces al mes, superando lo planificado de una vez al mes, para resolver y realizar seguimiento del funcionamiento del Programa, apoyado por la Unidad de Gestión, articulando sus propios recursos con los de otras instituciones.

Los recursos humanos están capacitados y con capacitación continua, así como con infraestructura y equipamiento adecuado y autónomo para el funcionamiento.

El Programa valora aspectos comunitarios, más allá del enfoque familiar y estrictamente referido a la salud. Es así que se han realizado actividades tales como capacitación en peluquería, curso de seguridad y cultura alimentaria.

Con apoyo de FAO se elaboró un libro (4) de la recuperación de recetas del lugar y se realizó un curso-taller [julio 2017 - abril 2018] titulado "Construyendo el derecho a la alimentación en el medio rural, cultura alimentaria y producción agroecológica" en tres localidades rurales que actuaron como centros de la zona, con participación de vecinos, maestras, auxiliares y niños de las escuelas.

Se realizó capacitación de la comunidad con cursos de primeros respondientes comunitarios de salud en tres localidades estratégicas.

Se hicieron llamados a proyectos de participación comunitaria, brindando asistencia técnica para su formulación. Se recibieron 57 propuestas, aprobándose 36 de estas. Con dichos ingresos se construyeron policlínicas, canchas, plazas, etc.

Se describen a continuación otros resultados destacados:

- 1. Distribución y disponibilidad de los RRHH en los servicios:** Este Programa tiene una máxima utilización de manera de ser eficiente con el menor número de recursos humanos posible en su extenso territorio. Consideramos se cumplen muy satisfactoriamente los objetivos planteados y su resolutivez.
- 2. Disponibilidad de recursos materiales:** se cuenta con dos ómnibus equipados, uno con consultorio médico, ginecológico, odontológico y sala de recepción y farmacia, y el otro ómnibus con consultorio médico, odontológico y recepción y farmacia. Cuentan con generador de energía y depósitos que los hacen autosuficientes. Todos los consultorios cuentan con instrumental y equipamiento (DEA, ecógrafo, equipo odontológico, etc.). Los materiales fungibles y medicamentos son aportados por ASSE.
- 3. Acceso al primer contacto:** el protocolo de acción del programa se inicia con las licenciadas en Trabajo Social en las comunidades, donde evalúan necesidades junto al equipo de salud local (si existiera), maestras y referentes comunitarios. Se planifican las actividades con un horario extenso de forma de poder cubrir la demanda.

4. **Atención longitudinal:** si bien este programa es itinerante, en algunos servicios como la prevención de cáncer de cuello uterino y otros, somos referentes en el tiempo para esas localidades. Ha sido evaluado muy favorable por los usuarios que el Programa aborda la multidimensionalidad de la problemática, dedicándole tiempo a la atención de cada uno, pudiendo profundizar y llegar a detectar casos importantes de violencia, maltrato, etc. Se deriva a segundo nivel cuando se requiere (policlínica más cercana) y se asegura la continuidad del tratamiento.
5. **Atención continua:** se brinda continuidad a la atención a través de coordinaciones con diferentes niveles del sistema de salud (interconsultas, etc.)
6. **Registro:** se utiliza el sistema de gestión de consulta de ASSE e historia clínica electrónica (donde hay conectividad), importante para la continuidad de atención del usuario, habiéndose previsto medidas paliativas para lugares con problemas de conectividad.
7. **Atención integral, servicios disponibles:** atención con enfoque de medicina familiar y comunitaria, talleres de promoción y prevención en Centros de Atención a la Infancia, centros educativos y lugares comunitarios, habiéndose registrado 2.981 talleres en más de 30 temáticas adaptadas a cada lugar (fuente: Sistema de Información). Con esto se logró la accesibilidad de la población más carenciada y de zonas más alejadas, a la información actualizada en temas de salud, con el plus de que con Nodos llegan todos los programas del Ministerio de Desarrollo Social, de la Intendencia de Tacuarembó, información sobre educación y empleo con la Universidad, fomentando el desarrollo integral y la equidad.
8. **Orientación comunitaria:** con el programa se logró valorar aspectos comunitarios a través de diferentes actividades, más allá del enfoque familiar y estrictamente referido a la salud.
9. **Enfoque familiar:** se seleccionó al personal con enfoque comunitario y familiar, realizándose capacitación con la cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad, a equipo médico, de enfermería, odontólogos, nutricionistas, etc., y en dos oportunidades de formación y actualización de agentes comunitarios de salud, manteniendo capacitaciones de sexualidad de ASSE, violencia de MIDES, etc.
10. **Identidad cultural:** los referentes del área social trabajan con cada comunidad, valorando su identidad cultural, acordando con ellos las actividades a realizar, rescatando los valores, usos y costumbres locales.

## Conclusiones

El Programa Nodos permite articular las respuestas a las demandas de cada territorio con diferentes disciplinas e instituciones a manera de puzzle, algunas de las cuales se resuelven a la interna del programa de salud y otras con las instituciones referentes en el tema. La permanencia en el tiempo de esta propuesta de trabajo ha permitido que sea considerado por las instituciones locales, formando parte de la Mesa Interinstitucional de Políticas Sociales.

Se ha constituido como referente en temáticas como salud sexual y reproductiva, con



demanda sostenida de talleres para diferentes colectivos.

El modelo de trabajo permite brindar respuestas oportunas y adecuadas, brindando un servicio de buena calidad, lo que ha generado la aceptación y validación por parte de la población.

Las dificultades que acompañan a la ruralidad dispersa son consideradas y superadas a través de este modelo, contando con un consultorio móvil y personal con capacidad operativa para trabajar los aspectos de desarrollo local, brindar atención, promoción, educación en salud y prevención de enfermedades.

El Programa se ha constituido en el único acceso a servicios básicos de salud para parte de la población del departamento.

El número de intervenciones y personas atendidas por el Programa no es un buen indicador dado que no reflejan la única oportunidad que tienen muchas personas de acceder al sistema de salud. Es un modelo con capacidad de ser flexible, adaptándose a las demandas del territorio y a la de las instituciones (redistribución de los recursos atendiendo sus prioridades) sin modificar la calidad del servicio prestado.

La articulación del territorio con la academia que realiza Nodos es valiosa tanto desde la vocación de formación de profesionales con conocimiento de la realidad profunda, como desde los usuarios que reciben los aportes de los estudiantes en su formación.

Se ha logrado el empoderamiento de la comunidad a través de la ejecución de los proyectos concursables (salones comunales, plazas de deportes, cancha de fútbol, fuentes de agua, etc.)

Finalmente concluimos que este Programa cumple con la Carta de Liubliana de la Organización Mundial de la Salud, "los sistemas de atención sanitaria deben estar inspirados en valores como la dignidad humana, la equidad, la solidaridad y la ética profesional, orientados a la salud, basados en los intereses de las personas, centrados en la calidad, financiados racionalmente y orientados a la atención primaria".

### **Referencias bibliográficas**

1. Instituto Nacional de Estadística. Censo de Población y Vivienda 2011.
2. Instituto Nacional de Estadística. Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay, Fascículo 1 Las Necesidades Básicas Insatisfechas a partir de los censos de 2011. Estimación de la pobreza por el método de ingreso, año 2017.
3. Oficina de Planeamiento y Presupuesto. Observatorio Territorio Uruguay
4. Escuela de Nutrición de la Universidad de la República y otros. Desde el Ayer al hoy, nuestra cultura alimentaria rural. Montevideo: Udelar; febrero 2015.

# Capítulo 12: Experiencia del Sanatorio SEMM MAUTONE en la atención a adolescentes con intento de autoeliminación en el primer nivel de atención. Maldonado

Aurora González<sup>1</sup>, Verónica Irrazabal<sup>2</sup>, Juan Busquets<sup>3</sup>, Néstor Larronda<sup>4</sup>, Cecilia Pacchiotti<sup>5</sup>, Patricia Piñeiro<sup>6</sup>, Isabel Quejeiro<sup>7</sup>, Alejandro Colvera<sup>8</sup>, Daniel Bugueño<sup>9</sup>, Silvia Otero<sup>10</sup>, Cecilia Nimo<sup>11</sup>, Loreley Cenoz<sup>12</sup>, Diana Mirabal<sup>13</sup>

## Resumen

El siguiente trabajo refiere a la experiencia del Sanatorio SEMM MAUTONE en la atención a adolescentes con intento de autoeliminación en el Primer Nivel de Atención. Esta práctica comenzó en 2015 y se centra en promover el enfoque interdisciplinario optimizando el espacio físico de las consultas en un mismo horario. Busca consolidar un modelo de asistencia integral centrado en el paciente, basado en la promoción de la salud, que asegure el acceso oportuno, así como la continuidad de la atención entre los distintos niveles asistenciales y a lo largo del tiempo.

Esta experiencia tiene como alcance a todos los afiliados de Sanatorio SEMM Mautone de 10 a 19 años, captados con Intento de Autoeliminación consumado o factores de riesgo, que hayan consultado en el Espacio Adolescente en el período de tiempo comprendido entre octubre de 2015 a setiembre de 2017.

- 
- 1 Médica pediatra de Espacio adolescente
  - 2 Licenciada en Enfermería Jefe de Primer Nivel de Atención
  - 3 Licenciado en Enfermería. Dirección de Departamento de Enfermería.
  - 4 Médico de Espacio adolescente
  - 5 Médica pediatra. Jefe de Pediatría. Atención a adolescentes
  - 6 Licenciada en Nutrición de Espacio adolescente
  - 7 Psicóloga de Espacio adolescente
  - 8 Odontólogo de Espacio Adolescente
  - 9 Médico de familia de Espacio adolescente
  - 10 Médica pediatra de Espacio adolescente
  - 11 Médica psiquiatra infantil. Atención a adolescentes
  - 12 Aux. Registros Médicos. Atención a adolescentes
  - 13 Asistente Social. Atención a adolescentes y su familia



Se plantearon diferentes metas e indicadores para medir el resultado del proceso de aplicación de la experiencia.

Como resultados podemos destacar que en esta área el principal desafío es la captación y el cumplimiento del registro, lo que nos permiten realizar el seguimiento adecuado de los usuarios.

**Palabras clave:** *atención primaria de salud; promoción de la salud; intento de suicidio; servicios de salud del adolescente.*

## **Introducción**

El Sanatorio SEMM MAUTONE es una Institución de Asistencia Médica del Departamento de Maldonado con 42.920 afiliados. Como base de nuestro modelo asistencial, hemos planteado como objetivo el de promover la continuidad y la accesibilidad. En este sentido, hemos orientado nuestros servicios de Primer Nivel de Atención al trabajo con algunos grupos poblacionales de riesgo, siendo la población de adolescentes uno de ellos. Es así que desde 2008 se comenzó con una policlínica de atención psicológica de adolescentes con factores de riesgo y posteriormente en 2011 se creó una consulta de pediatra y enfermería. En el afán de mejorar la accesibilidad y promover la consulta oportuna del adolescente, siendo un grupo de muy difícil captación, es que, en 2015 se integraron ambas consultas y se incluyeron nuevas especialidades en un mismo espacio físico, generando el Espacio Adolescente. Este es un espacio diferencial de atención integral a los adolescentes en el cual al impartir el mismo horario de consulta; facilita la accesibilidad a las diferentes especialidades.

Dicho Espacio está formado por pediatra, nutricionista, psicóloga, ginecóloga, odontólogo, enfermería y según las necesidades específicas de algunos usuarios se incorporan otros profesionales de la salud.

Uruguay posee una de las tasas más alta de suicidio del continente, constituyendo un importante problema de Salud Pública. Es la segunda causa de muerte en adolescentes entre 10 y 15 años y la primera entre 15 y 19 años.

La prevención del suicidio entre los niños y adolescentes es de alta prioridad ya que el suicidio es una causa de muerte evitable en la mayoría de los casos, y con intervenciones eficientes se disminuiría la incidencia.

Abordar el problema de la conducta suicida en la actualidad implica tratar de comprender un fenómeno que desde hace siglos es un tema tabú, oculto y condenado por muchos. Esta situación lo complejiza y se impone cada vez más la necesidad de un abordaje desde múltiples miradas disciplinares y profesionales [1].

**La prevención es tarea de todos los agentes que se encuentran en contacto con adolescentes.**

La finalidad de conocer un “perfil de riesgo” es la prevención, perfil que es multicausal y evolutivo.

**El problema** que se pretendió abordar con esta iniciativa es el acceso al primer contacto [accesibilidad] y atención continua de usuarios adolescentes que hayan realizado un intento de autoeliminación (IAE).

Para ello nos planteamos como **objetivo general** el de consolidar un modelo asistencial integral centrado en el paciente, basado en la promoción de la salud, que asegure el acceso oportuno, así como la continuidad de la atención entre los distintos niveles asistenciales y a lo largo del tiempo. Se caracteriza por el trabajo en equipos multidisciplinarios, la calidad técnica y la eficiencia en el uso de los recursos con el fin de asegurar la sostenibilidad económica de la Institución. Como objetivos específicos se plantearon los siguientes: (1) realizar una detección precoz y seguimiento a los adolescentes de 10 a 19 años con factores de riesgo de intento de autoeliminación; así como (2) reducir el intento de autoeliminación y la recurrencia en adolescentes y jóvenes.

**El alcance** de esta actividad incluye a todos los afiliados de Sanatorio SEMM Mautone de 10 a 19 años, captados con IAE realizado y quienes presenten factores de riesgo que hayan consultado en el Espacio Adolescente en el período de tiempo comprendido entre octubre de 2015 a setiembre de 2017.

## Descripción

Para la implementación de la experiencia se trabajó ampliamente en la difusión y sensibilización a todo el personal de salud de la Institución a través de talleres y jornadas de capacitación sobre factores de riesgo. Esto facilita la detección de perfiles de riesgo en usuarios adolescentes y la derivación oportuna al equipo de salud mental.

Asimismo, cuando un adolescente consulta en el Servicio de Emergencia luego de un intento de autoeliminación, se registra en el sistema historia clínica electrónica. El adolescente es ingresado y una vez dado de alta, se lo cita para tratamiento y seguimiento por equipo de salud mental. Este seguimiento se lleva a cabo en cada paciente durante dos años.

Como metas de la experiencia, nos hemos planteado las siguientes:

- Lograr que el 100% de los adolescentes con IAE sean tratados por el equipo de salud mental en el primer año de aplicación del protocolo (2017).
- Lograr que el 100% de los adolescentes que consulten en emergencia con IAE sean hospitalizados.
- Asegurar que la consulta con equipo de salud mental sea dentro de las 48 horas y a las 72 horas luego del egreso de la internación.
- Asegurar el seguimiento de adolescentes con IAE por el equipo multidisciplinario por





- un mínimo de 6 meses.
- Mejorar el registro de captación de IAE en emergencia [mediante el llenado de formulario de IAE en historia clínica electrónica de emergencia].
  - Mejorar el acceso a los servicios asistenciales a los usuarios adolescentes.
  - Asegurar la continuidad a través del proceso asistencial y los diferentes niveles.

**Las actividades** clave que se plantearon para el logro de estas metas son:

1. Realizar seguimiento al 100% de los adolescentes y jóvenes con IAE.
2. Llevar a cabo actividades de sensibilización sobre los factores de riesgo de IAE a través de encuentros en diferentes modalidades con personas con relación directa con adolescentes (centro de estudios, centros de recreación).
3. Capacitar al personal sobre el protocolo y registro adecuado de IAE para la captación y seguimiento.

Para evaluar el cumplimiento de los objetivos y su impacto, se han definido una serie de **indicadores de seguimiento**. Seleccionamos la captación precoz, el cumplimiento de las consultas con el equipo de salud mental y la asistencia. La construcción de los indicadores es la siguiente:

### **Captación precoz:**

|  |
|--|
| N.º de adolescentes y jóvenes con IAE captados precozmente |
| N.º Total de adolescentes y jóvenes con IAE                |

### **Cumplimiento de consulta con Equipo**

|  |
|--|
| N.º de adolescentes y jóvenes con IAE que asisten a consulta con equipo SM |
| N.º Total de adolescentes y jóvenes con IAE que fueron coordinados         |

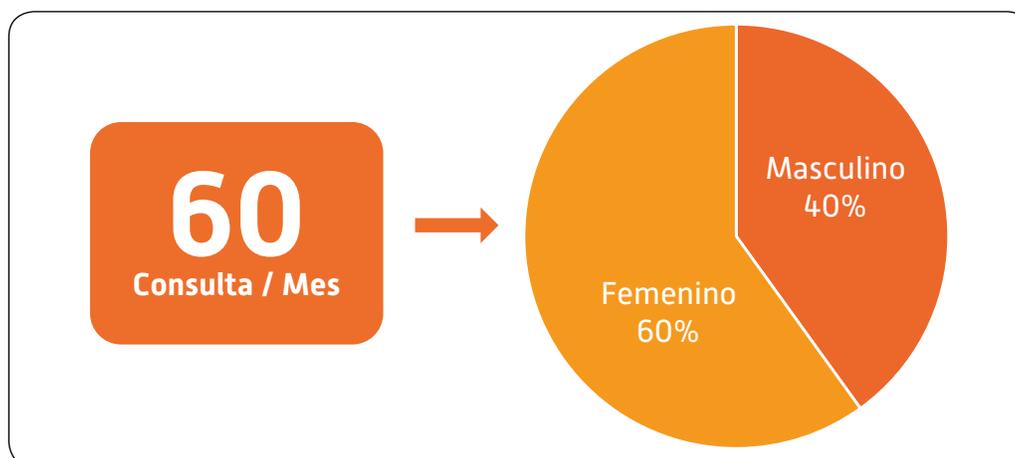
### **Asistencia**

|  |
|--|
| N.º de adolescentes con IAE que asisten al EA            |
| N.º Total de adolescentes con IAE que fueron coordinados |

## **Resultados**

La población de adolescentes del Sanatorio SEMM Mautone es de 5621, que se distribuyen según sexo en un 60% de mujeres y un 40% de varones. El espacio adolescente atiende en promedio 60 adolescentes por mes.

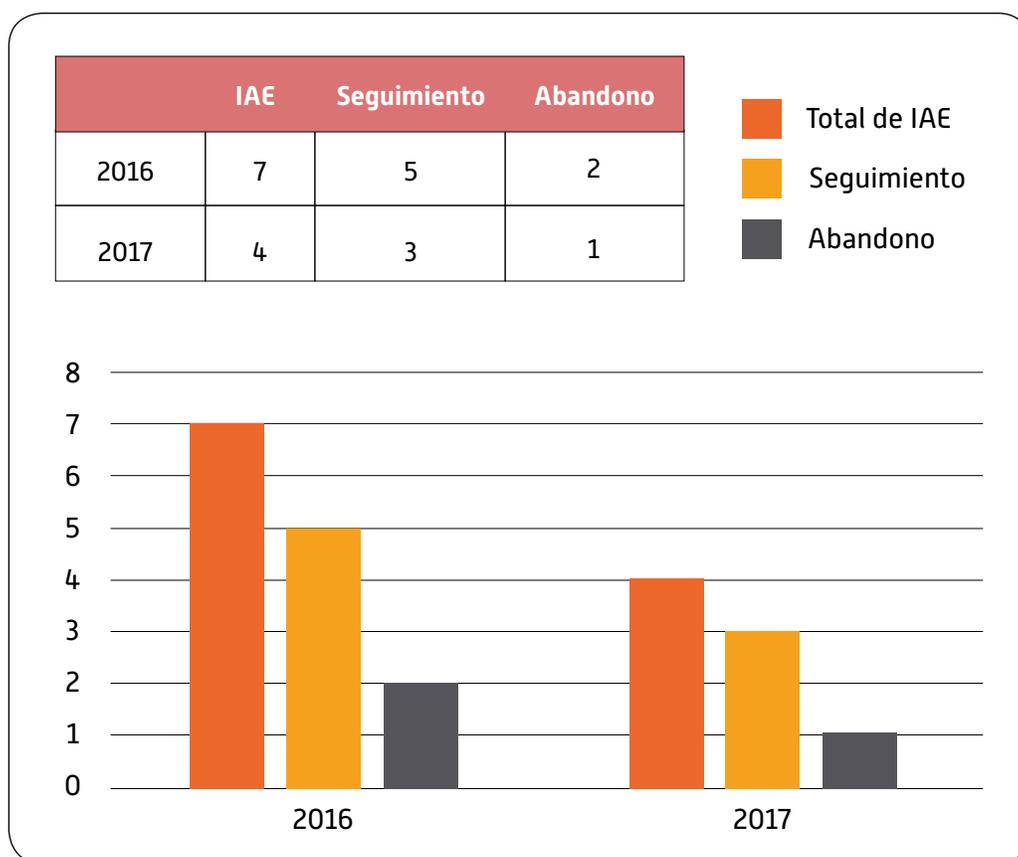
**Figura 1.** Promedio de consultas del Espacio Adolescente y distribución según sexo. Sanatorio SEMM Mautone, 2017.



Fuente: Registros del Espacio Adolescente. Sanatorio SEMM Mautone.

En cuanto al intento de autoeliminación en adolescentes, en esta primera etapa, se dirigieron los esfuerzos en la captación de casos y posterior seguimiento de estos. En esta área el principal desafío fue la captación y el cumplimiento del registro de los incidentes para su posterior seguimiento. En la Figura 2 se observa la incidencia de IAE en adolescentes en el periodo 2016-2017.

**Figura 2.** Distribución de IAE en usuarios adolescentes del Sanatorio SEMM Mautone. 2016-2017



Fuente: Registros de adolescentes que consultaron en emergencia y fueron seguidos por equipo de atención de adolescentes.

### Conclusiones

El intento de autoeliminación en adolescentes es un problema relevante de salud pública y es necesario su abordaje oportuno y de forma interdisciplinaria, para que las intervenciones sean adecuadas. Surge de nuestra experiencia que generar estrategias que favorezcan el acceso a los usuarios de riesgo a prestaciones definidas como clave [captación oportu-

na), tiene un impacto significativo en la continuidad posterior del tratamiento. Asimismo, se observa que el espacio adolescente facilita la transición entre la atención pediátrica y la del médico de referencia, que en muchos casos genera abandono del seguimiento por pérdida de referentes asistenciales.

Servicios accesibles y que aseguren la continuidad de la atención a lo largo del tiempo, son claves para mejorar la resolutivez del primer nivel de atención.

### Referencias bibliográficas

1. Larrobla C, Canetti A, Hein P, Novoa G. Conducta suicida en adolescentes y jóvenes en Uruguay: características de los registros y recursos humanos en emergencias públicas. *Rev Psiquiatr Urug* 2017; 81(1):10-29.
2. Ministerio de Salud Pública. Programa Salud Mental <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/salud-mental>
3. 3. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud- Programa Nacional de Salud Adolescente (2009). Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención Tomo I. Uruguay
4. Ministerio de Salud Pública. Vivas P., Ramirez Y., Fabbiani A., INAU, UDELAR Canetti A. Gandolfi A., SUP Michelini M.L., UNICEF [2012] Guía: Los derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de salud. Iniciativa derechos de infancia, adolescencia y salud en Uruguay. Montevideo, Uruguay. Gráfica Mosca
5. Larrobla C., Canetti A., Hein P., Novoa G., Durán M. (2016) Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores de educación y salud. Colección Art. 2.
6. Udelar CSIC- MSP Programa de Salud Mental (2012). Art. 2. Fondo universitario para contribuir a la comprensión pública de temas de interés general.
7. Martinez Esquiabo, A. (2011) Cuadernos de SUPIA. Algunas Apreciaciones sobre el IAE
8. Hidalgo Vicario M.I., Redondo Romero A.M., Castellano Barca Y.G. Medicina de la adolescencia Tomo II. Barcelona, España. Océano.
9. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Conducta suicida en adolescentes y jóvenes en Uruguay.

# Capítulo 13: Transversalización de la perspectiva de género y generaciones en los procesos de atención en salud

Rossina Nocera Pacheco<sup>1</sup>, María Noel López Collazo<sup>2</sup>

## Resumen

El abordaje de la violencia basada en género y generaciones en el ámbito de la salud requiere de estrategias transversales a través de las cuales se promueva la atención empática y basada en la perspectiva de derechos humanos hacia las víctimas.

Esta experiencia comenzó en 2007 y se centra en promover el enfoque de género y generaciones en la asistencia en salud y en particular a mujeres, niños, niñas y adolescentes que sufren violencia. La sumatoria y diseño de estas acciones institucionales tienen por fin ser sinérgicas y garantizar una atención humana y profesional.

Se alcanza principalmente a los socios y socias del Mutualista Círculo Católico de Obreros del Uruguay impactando también a nivel comunitario y en poblaciones en situaciones de extrema vulnerabilidad con las que trabajamos desde el compromiso y la responsabilidad social.

Es de destacar que muchas de las acciones de esta buena práctica responden a lineamientos planteados por el Área Programática de Violencia Basada en Género y Generaciones y el Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública del Uruguay en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

**Palabras clave:** *Violencia doméstica, violencia contra la mujer, atención integral de salud.*

## Introducción

La Violencia Basada en Género y Generaciones (VBGyG) se comprende desde la interseccionalidad de ambas variables en la inequidad de poder que desde las mismas se genera a nivel de las relaciones sociales.

La violencia de género es la que se ejerce desde una posición dominante masculina sobre

---

1 Licenciada en Psicología. Equipo de referencia de violencia. Círculo Católico.

2 Licenciada en Psicología. Equipo de referencia de violencia. Círculo Católico.



otras posiciones subordinadas, la definición que se plasmó en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer en el año 1993 dice: “todo acto de violencia basada en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada” (1).

La variable generacional refiere al poder adulto céntrico y a la vulneración de derechos de otros grupos etarios. Incorporar la perspectiva de Género y Generaciones en el ámbito de la salud es una herramienta fundamental para su erradicación, priorizando a la persona en todas sus dimensiones, promoviendo una vida libre de discriminación y violencia.

La 49ª Asamblea Mundial de la Salud estableció a la violencia como un importante problema de salud pública en todo el mundo en 1996 en Ginebra, desde entonces el desarrollo de estrategias de prevención y abordaje han ido en aumento (2).

En lo que respecta al contexto nacional entendemos que atravesamos una situación alarmante, por mencionar una cifra en Uruguay en 2017 hubo, según datos del Observatorio de Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior, 23 femicidios en un contexto de aumento de las denuncias por violencia doméstica y de las consultas en las instituciones de salud (3).

Cabe destacar que la mayoría de las acciones presentadas responden a lineamientos, objetivos y metas planteadas y diseñadas por el Área Programática de VBCyG del Ministerio de Salud Pública, del mismo modo que algunos recursos responden a lineamientos del Programa Nacional de Salud Mental.

El objetivo general es mejorar la calidad de la asistencia institucional en el abordaje de situaciones de VBCyG implementando estrategias integrales de atención que de forma transversal contemplen la complejidad del fenómeno y atraviesen las diferentes dimensiones de la situación desde el modelo ecológico<sup>1</sup> de Bonfenbrenner (4).

Entre los objetivos específicos se encuentran:

- Sensibilización y Capacitación del personal de la institución sobre el enfoque de Género y Generaciones.
- Capacitación permanente del Equipo de referencia en VBCyG en niveles de experticia para el abordaje de casos complejos y de alto riesgo.
- Sistematizar la atención a través de la Protocolización de los Procesos de Atención.
- Mejorar la Coordinación intrainstitucional.

---

<sup>1</sup> El modelo ecológico establece el: microsistema (individual), mesosistema (familiar, comunitaria), exosistema (social, estatal) y macrosistema (ideologías, leyes, costumbres, cultura).

- Promover y mejorar el trabajo en redes, coordinación interinstitucional.
- Mejorar la accesibilidad descentralizando los servicios, promoviendo la autonomía en territorio.
- Dar continuidad a los procesos de atención en los diferentes niveles y a lo largo del tiempo.
- Promover y sostener acciones de compromiso social y promoción de la equidad de género con poblaciones vulnerables en cooperación con otras instituciones.
- Garantizar la asistencia integral y calificada de las mujeres que se alojan en nuestra institución en el marco de la cooperación con el Instituto Nacional de las Mujeres. Acompañar la readaptación social de las mismas hacia una plena autonomía.
- Dar visibilidad al problema de la VBCyG en la comunidad.

## **Descripción**

Se describirán acciones que hemos observado se retroalimentan e impactan positivamente en una mejora en la prevención y en la calidad de la atención. Se organizaron en cinco ejes temáticos para su mejor comprensión.

### **1. Accesibilidad y descentralización de los servicios**

Como forma de mejorar la accesibilidad a los servicios de atención a situación de VBCyG se formaron referentes para trabajar en territorio. La mirada de red y el trabajo coordinado como referentes es un factor clave. Estos equipos realizan visitas domiciliarias sistemáticamente como una herramienta de acercamiento a las situaciones y de evaluación de recursos. El Equipo de Referencia cuenta con un celular que permite una comunicación directa para realizar consultas, coordinar entrevistas, pedir asesoramiento, etc. También, con el fin de facilitar el acceso a los servicios en los casos que involucran a niños, niñas o adolescentes e implican la atención de varios integrantes de una familia, se procura coordinar abordajes combinados en los que los/as pacientes concurren el mismo día a la misma hora lo que permite disminuir costos sociales, de tiempo y económicos haciendo posible la sostenibilidad de los tratamientos.

### **2. Capacitación permanente**

Se ha capacitado en forma continua al equipo de referencia en VBCyG. En el último tiempo hemos priorizado la capacitación en referencia a la perspectiva del trauma considerando que es una de las recomendaciones internacionales para la atención a víctimas de violencia. Desde 2013 integrantes del equipo de referencia concurren a la Comisión Social y Jurídica de la Mujer que se desarrolla en Naciones Unidas en Nueva York para replicar lo aprendido, diseñar e implementar acciones que buscan erradicar la violencia (5) de género. Con el objeto de sensibilizar sobre la temática desde 2008 todos los 25 de noviembre en la conmemoración del Día Internacional de la No Violencia a las Mujeres realizamos eventos institucionales con una importante concurrencia, abiertos a la comunidad.

### **3. *Coordinación y continuidad en la atención con perspectiva de género y generaciones***

Se promueve la comunicación de diferentes sectores con el Equipo de Referencia institucional a los efectos de ir transmitiendo a través de la experiencia formas de proceder y manejar un lenguaje común.

Se prioriza el abordaje en el primer nivel de atención apoyando a los/as actores/as en la atención de las situaciones, ofreciendo capacitación, asidua comunicación con el Equipo de Referencia, protocolizando y realizando consultas en conjunto en los casos en que el/la profesional médico/a expresa ciertas dudas sobre los pasos a seguir. Esto permite limitar las derivaciones exclusivamente a los casos de alto riesgo al Equipo de Referencia. En situaciones que involucran a niños, niñas y adolescentes en las que algunos integrantes son socios/as de la institución y otros no, procuramos ofrecer un enfoque familiar y coordinar interinstitucionalmente.

Para mejorar la coordinación es imprescindible realizar reuniones de equipo sistemáticas para discusión de casos y evaluación de la calidad del servicio, así como la supervisión de casos de alta complejidad.

En este sentido también es fundamental aumentar los niveles de coordinación intrainsitucionales desarrollando un trabajo en red. Algunos de los principales sectores con los que se coordinan acciones estratégicas son: Comisión bipartita de Salud y Seguridad Laboral, Departamento de Gestión y Desarrollo Humano, Departamento Jurídico, Urgencia y Emergencia, Policlínica Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares (EMDR), Programa Niñez, Programa Adolescencia, Programa Mujer y Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

Algunos ejemplos son:

- En los casos en que las pacientes son trabajadoras de la institución, hay instancias en que se asesora al departamento de Gestión y Desarrollo Humano incorporando la perspectiva de género. Esto es fundamental a la hora de evaluar ausentismo laboral, solicitudes de cambios de horario o lugar de trabajo a trabajadoras que atraviesan situaciones de violencia doméstica. Cabe destacar que actualmente algunas de estas medidas que hemos desarrollado en la última década, se encuentran actualmente presentes en la Ley 19.580, Ley integral de Violencia basada en Género [6].
- En lo que respecta a la atención de pacientes transgénero se realiza un abordaje multidisciplinario con médico/a tratante, endocrinólogo/a, psicólogo/a y cirujano/a desde una perspectiva de derechos, promoviendo la accesibilidad a los servicios.
- Cuando se encuentra una persona internada que tiene medidas de protección, en ocasiones quienes tienen la restricción de acercamiento, intentan ingresar al Sanatorio lo cual además de ser una vulneración de derechos implica un alto nivel de stress para la víctima. Por esta razón se ha establecido un procedimiento que consiste en

conseguir una copia de la orden de restricción, así como algunas fotografías de dicha persona y entregárselos al jefe de seguridad de forma que el personal que custodia el ingreso pueda identificar y evitar la entrada de quien tiene medidas de distancia. La institución cuenta con un importante número de espacios grupales de varias temáticas en el primer nivel de atención, los cuales en ocasiones permiten ofrecer a las/os pacientes que sufren VBGyG asistencia gratuita y sin tiempo de espera para abordar desde la intersectorialidad el fenómeno. De estos espacios hay dos cuyos temas abordan específicamente temáticas de VBGyG: Espacio para varones que ejercen violencia hacia sus parejas o exparejas y Espacio para Mujeres que sufren Violencia Doméstica.

- A nivel interinstitucional la coordinación se da fundamentalmente con las siguientes instituciones: Centros educativos (primaria, secundaria, UTU), Poder Judicial, Fiscalía, Ministerio del Interior, INAU, Sociedad Civil y otras instituciones de Salud. En este sentido es clave integrar la Red de Equipos de Referencia coordinada por el Área Programática de Violencia Basada en Género y Generaciones del Ministerio de Salud Pública.

#### **4. Cooperación interinstitucional**

Desde 2011 se realiza una experiencia de cooperación a los efectos de contribuir a la erradicación de la trata de mujeres con fines de explotación laboral o sexual comercial en nuestro país en convenio con el Ministerio de Desarrollo Social, Instituto Nacional de las Mujeres, ofreciendo alojamiento, alimentación y apoyo profesional a mujeres víctimas de trata por explotación sexual comercial o laboral. Esta acción se enmarca en el compromiso institucional con el trabajo por la equidad de género y en especial en la lógica mutua de la economía social y solidaria donde la construcción de un sistema más justo se basa en los principios de la cooperación, ayuda mutua y solidaridad. Muchas de estas mujeres son migrantes por lo que los procesos de inclusión social de las mismas atraviesan múltiples variables.

#### **5. Sistematización y protocolización de los procesos de atención**

Se elaboraron e implementaron los siguientes protocolos:

- Protocolo de Atención a las Situaciones de Violencia Doméstica hacia Mujeres Mayores de 15 años y Violencia Sexual aguda a lo largo del Ciclo Vital en el Sector Salud.
- Protocolo de atención en Situaciones de Maltrato y/o Abuso Sexual en Niños, Niñas y Adolescentes.

### **Resultados**

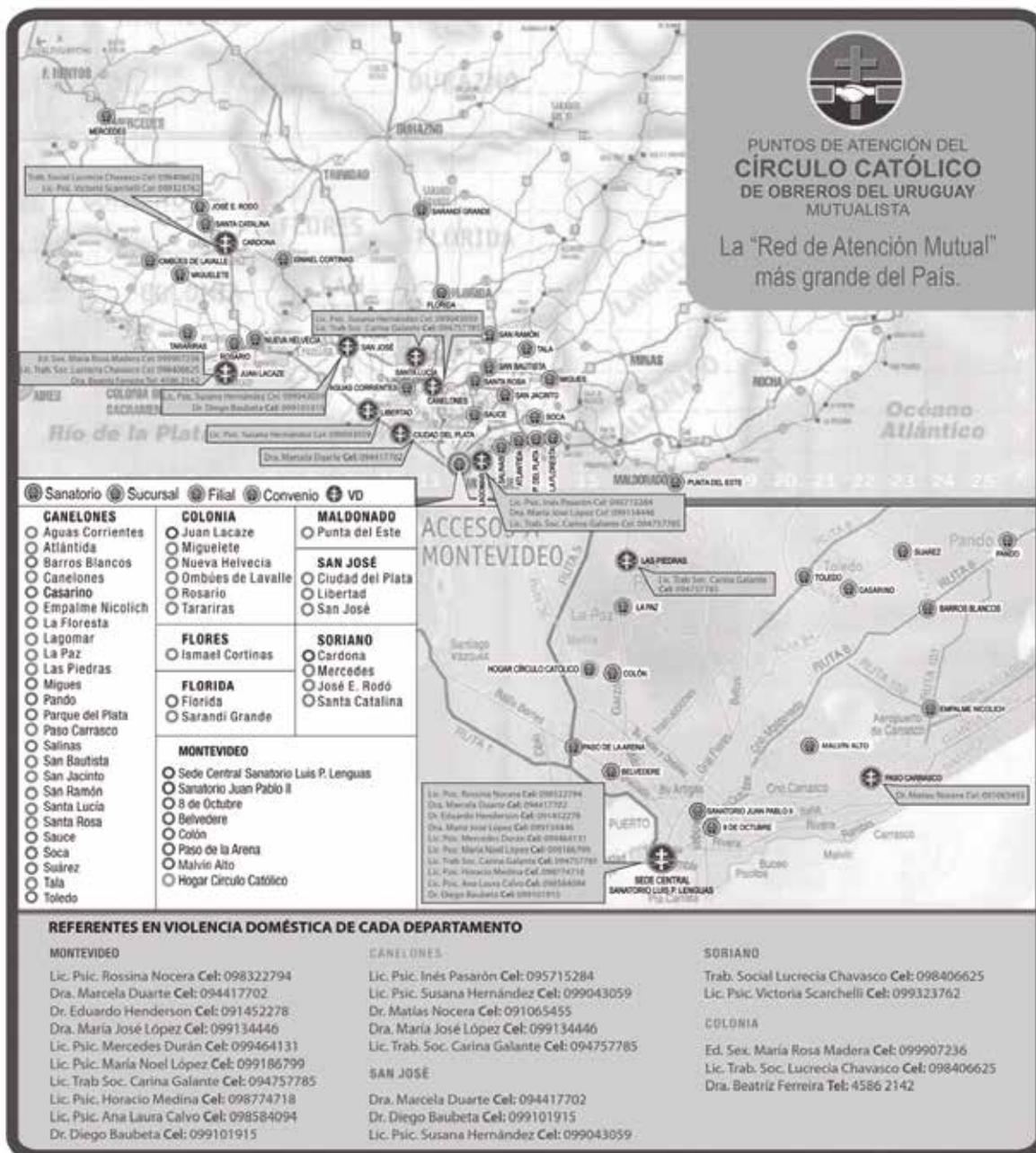
#### **1. Accesibilidad y descentralización de los servicios**

Actualmente contamos con 18 referentes institucionales repartidos en territorio. En la Figura 1 se detalla la distribución de los referentes locales y datos de los mismos.





**Figura 1.** Puntos de Atención del Círculo Católico y referentes en violencia doméstica por departamento.



Fuente: Mutualista Círculo Católico de Obreros del Uruguay.w

Estas medidas coordinadas con el primer nivel de atención disminuyen las barreras de acceso de las mujeres, niños, niñas y adolescentes a los servicios, logrando la atención y seguimiento de los/las mismos/as. Además, se cuenta con la ventaja de poder brindar un lugar físico dentro de la Institución para alojar a personas en situación de alto riesgo. En definitiva, el Equipo de Referencia está a disposición de quienes solicitan atención, sin tiempos de espera, sin costo y en distintos departamentos del país.

## **2. Capacitación Permanente**

En los últimos 10 años más de 1000 funcionarios y funcionarias de diversos sectores y roles (médicos/as, enfermeros/as, psicólogos/as, personal administrativo, auxiliares de servicio, servicio odontológico, emergencia y urgencia, jefaturas, etc.) han recibido capacitación sobre la Violencia de Género y en particular sobre Violencia Doméstica. La prioridad a la hora de generar instancias de formación es el personal que trabaja en el primer nivel de atención.

Se han realizado múltiples talleres, cursos, charlas, webinarios, en centros educativos, CAIF, con Asociaciones Civiles, en congresos, buscando aportar a la promoción de salud desde la perspectiva de género, generaciones y derechos humanos. Algunos ejemplos son las Jornadas de Capacitación a educadores de la Asociación Civil Don Bosco “Casita de María” y el Curso sobre Atención a Situaciones de Violencia basada en Género y Generaciones dictado en 2018 al Equipo Técnico de la ONG Giraluna que trabaja con niños, niñas y adolescentes.

## **3. Coordinación y continuidad en la atención con perspectiva de género y generaciones**

La protocolización y capacitación permanente ha impactado positivamente en el diagnóstico y abordaje desde el primer nivel de atención. Uno de los aspectos que ha mejorado notoriamente es que las derivaciones al Equipo de Referencia son efectivamente los casos de riesgo alto, sosteniendo y acompañando los procesos de atención en VBCyG en el marco de la relación médico/a paciente donde hay establecido un vínculo de confianza previa y una continuidad asistencial.

Algunos datos sobre coordinación y continuidad asistencial son:

- Desde 2014 hasta la fecha de 288 mujeres mayores de 15 años con situaciones de alto riesgo derivadas al Equipo de Referencia, 283 fueron efectivamente atendidas. Las 5 mujeres que faltan expresaron que preferían no recibir asistencia, en esos casos se explican los riesgos y se realiza seguimiento.
- Desde comienzos de 2017 hasta la fecha contamos con información cuantitativa respecto a la coordinación de casos de menores de 15 años derivados y atendidos por el Equipo de Referencia siendo la correlación en estos casos del 100%. Cabe destacar que cuando un/a menor luego de insistir, no asiste a la consulta realizamos visita domiciliaria e informamos a la sede judicial. Esto se basa en que la negligencia es una forma de violencia y el acceso a la salud un derecho humano.

- Desde comienzos de 2017 cuantificamos los casos de Violencia Sexual y de Violencia Física atendidos en los servicios de Urgencia o Emergencia derivados al Equipo de Referencia, los cuales en un 100% son efectivamente atendidos y seguidos. Dentro de estos casos se encuentran situaciones de adultas/os, niños, niñas y adolescentes las cuales son abordadas desde el enfoque de la psicotraumatología y multidisciplinariamente.

#### 4. *Cooperación interinstitucional*

En el marco del convenio con el Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social se ha brindado apoyo a un importante número de mujeres en situación de trata por explotación sexual comercial y/o laboral. En la Tabla 1 se detalla número de mujeres hospedadas, edad, situación y tiempo de estadía en la institución.

**Tabla 1.** Número de mujeres hospedadas, edad, situación y tiempo de estadía en la institución. 2011-2018.

| Nacionalidad | Edad | Situación                 | Tiempo de estadía (aprox) |
|--------------|------|---------------------------|---------------------------|
| Uruguay      | 22   | Explotación sexual        | 6 meses                   |
| Uruguay      | 21   | Explotación sexual        | 2 meses                   |
| Uruguay      | 19   | Explotación sexual        | 1 año                     |
| Peruana      | 56   | Explotación laboral       | 2 años                    |
| Boliviana    | 20   | Explotación laboral       | 1 año                     |
| Francesa     | 47   | Expl. laboral y sexual    | 1 semana                  |
| Dominicana   | 35   | Explotación sexual        | 4 meses                   |
| Uruguay      | 18   | Explotación sexual        | 1 mes                     |
| Uruguay      | 23   | Explotación sexual        | 1 mes                     |
| Uruguay      | 22   | Explotación sexual        | 1 semana                  |
| Uruguay      | 21   | Violencia sexual familiar | 3 años y en curso         |
| Uruguay      | 18   | Explotación sexual        | 13 días                   |

|                       |         |                    |          |
|-----------------------|---------|--------------------|----------|
| Uruguay               | 18      | Explotación sexual | 13 días  |
| Uruguay               | 17      | Explotación sexual | 13 días  |
| Uruguay (con su hijo) | 23 (4)1 | Explotación sexual | 56 días  |
| Cubana                | 18      | Explotación sexual | 11 días  |
| Dominicana            | 38      | Explotación sexual | 11 días  |
| Uruguay               | 25      | Explotación sexual | 180 días |
| Uruguay               | 20      | Explotación sexual | 271 días |
| Haitiana              | 26      | Explotación sexual | 150 días |
| Haitiana              | 28      | Explotación sexual | 300 días |

Fuente: Registros institucionales.

Por otra parte, coordinamos asistencia gratuita y supervisión de casos de maltrato y/o abuso sexual infantil con el Equipo Técnico de la ONG Giraluna.

##### **5. Sistematización y protocolización de los procesos de atención**

En lo que respecta a la atención en Urgencia/Emergencia se constata un importante avance en el seguimiento sistemático de los pasos establecidos por los protocolos de: Atención a las Situaciones de Violencia Doméstica hacia Mujeres Mayores de 15 años y Violencia Sexual aguda a lo largo del Ciclo Vital en el Sector Salud y de atención en situaciones de Maltrato y/o Abuso Sexual en Niños, Niñas y Adolescentes.

En los casos de violencia sexual cuya complejidad habitualmente impacta de forma particular en el personal de salud, la implementación y capacitación permanente sobre los procedimientos a seguir ha redundado a nivel del diagnóstico, evaluación de riesgo, prevención y toma de muestras, mayor coordinación interdisciplinaria y seguimiento.

En definitiva, ha promovido el abordaje integral de las situaciones para una mejor calidad asistencial. Como mencionamos anteriormente, en lo que respecta al primer nivel de atención la protocolización ha favorecido el abordaje de las situaciones en forma longitudinal solicitando en ocasiones puntuales apoyo del Equipo de Referencia.

### **Conclusiones**

La presente práctica apunta a mejorar la calidad de la asistencia fortaleciendo el primer

nivel de atención que funciona como eje de la arquitectura asistencial en la que trabajamos. En esta línea ha sido clave acompañar un proceso de sensibilización en el tema del personal de la institución y de la comunidad toda, promoviendo y ejecutando acciones estratégicas orientadas a la construcción de una sociedad con mayor equidad de género. En estos más de diez años hemos ido construyendo, desde el ámbito de la salud, diferentes enfoques y recursos para acompañar a nuestras/os pacientes en la resolución de la consulta y por sobre todo construyendo desde el compromiso humano, desde la convicción de que sin equidad de género y generaciones no es posible la justicia social.

Como lecciones aprendidas destacamos como indispensable: que la política provenga de la buena gobernanza y cuente con el apoyo de los altos mandos institucionales; establecer las metas y trabajar en base a procesos sostenidos en el tiempo considerando que el cambio cultural requiere de tiempo y presencia continua; trabajar desde la perspectiva de género y generaciones, así como desde la perspectiva de derechos humanos.

Algunos desafíos identificados son:

- Los procesos judiciales de las situaciones de gravedad que se abordan requieren permanente apoyo jurídico a los/as profesionales actuantes, quienes deben habitualmente realizar informes y coordinar acciones. Entendemos que hay importantes pasos por dar para continuar mejorando estos niveles de coordinación.
- El trabajo con prejuicios de género requiere de paciencia y perseverancia, uno de los riesgos es el de tratar de apurar los cambios, esto puede generar respuestas defensivas e indeseadas a nivel institucional o de alto riesgo en la atención de situaciones de violencia doméstica.
- Cuidar al cuidador. El alto estrés emocional que impacta en los equipos que trabajan con las víctimas pone en riesgo tanto la salud de los mismos como la continuidad de estos procesos. En esta línea procuramos realizar talleres y promover espacios de cuidado al cuidador, pero entendemos que esta es una medida que debemos mejorar para garantizar la sostenibilidad del desarrollo de esta buena práctica.

## Referencias bibliográficas

1. Naciones Unidas. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Nueva York: Naciones Unidas, 1993.
2. Organización Mundial de la Salud. 49º Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS, 1996.
3. Ministerio del Interior del Uruguay. Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad. [en línea]. Uruguay: Ministerio del Interior. 2018. Disponible en: <https://www.minterior.gub.uy/observatorio/>
4. Bronfenbrenner U. Ecological systems theory. En: Vasta R, Six theories of child development: Revised formulations and current issues. London, England: Jessica Kingsley Publishers. 1992, pp.187-249.
5. Cohen y Mannarino. Trauma-focused Cognitive Behavior Therapy for Traumatized Children and Families, 2015. Texto completo disponible en :<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4476061/>
6. Uruguay, Registro Nacional de Leyes y Decretos, Ley N.º 19.580: Ley de Violencia hacia las Mujeres basada en Género. Uruguay: IMPO [22/12/2017] [en línea]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/violencia-de-genero/>
7. Ministerio de Salud Pública / OMS. Atención de salud para mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico para el Sistema Nacional Integrado de Salud Uruguay. Montevideo, Uruguay, 2018
8. Butler, Judith. El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona, España. Paidós, 1999.
9. Bott S et al., Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género: Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo. IPPF/RHO, 2010.
10. Palummo, J. y Prato, J. Violencia Basada en Género y Generaciones. Proyecto Uruguay unido para poner fin a la violencia contra mujeres, niñas y adolescentes. Uruguay, 2013.

# Capítulo 14: Interrupción voluntaria del embarazo en el primer nivel de atención

Gabriela Piriz Etcheverry<sup>1</sup>, Ana Monza Pacheco<sup>2</sup>, Vanesa Berruti<sup>3</sup>

## Resumen

Uruguay se destaca por el trabajo histórico en lo que respecta a la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, incluida la atención del embarazo no intencional. La Ley N.º 18.987 de 2012 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo produce una inflexión en las prácticas y la organización de los servicios. En particular, para el primer nivel de atención, significó la definición institucional de implementar servicios accesibles territorialmente e interdisciplinarios, profundizando el modelo de atención, con su inclusión a una estrategia de salud sexual y reproductiva integral. Supuso la valoración y toma de conciencia organizacional acerca de la existencia de los recursos técnicos, simbólicos y materiales para sostener estos servicios, de acuerdo a su diseño normativo. Este trabajo da cuenta de las acciones de la Red de Atención del Primer Nivel del área Metropolitana de la Administración de Servicios de Salud del Estado, para la inclusión de esta prestación con una estrategia de atención primaria. De esta manera el Uruguay, y la Administración de Servicios de Salud del Estado, se posicionan como uno de los pocos países del mundo en los que se ofrecen servicios legales y completos para la atención al aborto voluntario en el primer nivel de atención.

**Palabras clave:** Aborto legal, atención primaria de salud, salud sexual y reproductiva.

## Introducción

Desde la perspectiva de múltiples organizaciones, como la Federación Internacional de Planificación Familiar/Región del hemisferio occidental, el derecho al más alto estándar en salud sexual y reproductiva (SSySR) es un derecho humano fundamental. Para ello, plantea tres componentes fundamentales: reducir la ocurrencia de los embarazos no intencionales, promover el derecho de las mujeres a tomar decisiones conscientes, libres e informadas sobre sus vidas e incrementar del acceso a servicios de interrupción legal del

---

1 Médica. Directora del Departamento de Salud Sexual y Salud Reproductiva de la RAP metropolitana.

2 Psicóloga. Coordinadora del Área de Salud Mental y asesora del Departamento de Salud Sexual y Salud Reproductiva de la RAP metropolitana.

3 Obstetra partera. Profesora adjunta. Asesora del Departamento de Salud Sexual y Salud Reproductiva de la RAP metropolitana.



ECOGRAFIAS IVE

embarazo [1].

En países donde el aborto es legal o penalizado con excepciones, las normativas sobre la atención a Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) difieren unas de otras según legislación, características de los servicios, población a asistir. Entre los países se destacan: Colombia, México, Perú, Bolivia, Puerto Rico, Canadá, España, Italia. Existe coincidencia en cuanto a que el acceso oportuno y en condiciones de igualdad a servicios de calidad para aborto en los casos permitidos por ley, es uno de los componentes básicos de las políticas integrales de atención a la SSySR. Los servicios de atención deben regirse por los principios de: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, confidencialidad, continuidad y, a su vez, en los principios de bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

La decisión de una mujer de poner fin a un embarazo es compleja e involucra su condición subjetiva, su sistema de creencias y la valoración de las circunstancias que la llevan a esa decisión. Las condicionantes que llevaron a transitar un embarazo no intencional, así como las posibles consecuencias del aborto provocado a corto y a largo plazo, pueden afectar negativamente su salud. Es fundamental que la mujer que decide interrumpir un embarazo lo haga en un espacio de confianza, donde se contemplen sus necesidades desde una mirada interdisciplinaria y longitudinal en el tiempo, donde el foco sea el embarazo no intencional y el IVE un aspecto más de este emergente. En este sentido, la provisión de servicios IVE debe realizarse en el marco de políticas integrales de SSySR que favorezcan la prevención del embarazo no intencional y se aborden la existencia de otras situaciones que puedan estar vinculadas a este: violencia, embarazo infantil y adolescente, salud mental, entre otros. En este sentido, el embarazo no intencional, puede constituir una situación de alta vulnerabilidad para la mujer, y posiblemente para su familia.

Para IVE, la sola despenalización del aborto, sin garantía de acceso, puede implicar que la mayor parte de los problemas que justificaban la despenalización persistan: riesgos de salud, iniquidad e injusticia social. Siendo el acceso un proceso integral, se debe no solo contar con servicios disponibles, sino brindar una atención adecuada, en un marco de plena protección de los derechos sexuales y reproductivos (DSyDR) y bajo la garantía de oportunidad y seguridad. Los servicios deben favorecer condiciones para el ejercicio de DDyDR y el mejoramiento de la SSySR: asesoramiento, acceso a información, a métodos modernos de anticoncepción, prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido VIH/SIDA y otras intervenciones orientadas al autocuidado. El primer nivel de atención (PNA), contemplando a las mujeres desde una visión integral, e integrada, con un enfoque de derechos, cuenta con capacidad de intervenir de manera efectiva. La derivación de mujeres a centros de mayor complejidad puede atentar contra la intención original de mejorar una situación y en sí misma, la derivación, puede ser un factor de riesgo [3][4].

Por otro lado, en general, IVE es un procedimiento sencillo cuando se lleva a cabo por parte de profesionales entrenados. Los servicios que brindan atención a aborto medicamentoso no necesitan ser más especializados que un PNA y deben ofrecerse en moda-

lidad ambulatoria [2]. En consecuencia, la mayoría de las situaciones pueden realizarse en servicios ambulatorios, especialmente durante las primeras semanas de gestación, si se cumple con los requisitos para la provisión de servicios de SSySR ambulatorios: atención integral, orientación pre y posaborto, manejo de las complicaciones, garantizar la articulación con otros niveles de mayor complejidad a través de un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia.

En Uruguay, luego de la Ley N.º 18.426 sobre el derecho a la SSySR de 2008 y múltiples debates parlamentarios, en 2012 se aprueba la Ley N.º 18.987 sobre IVE, que garantiza el derecho a acceder al más elevado estándar en SSySR, permitiendo el acceso a la atención sanitaria ante un aborto voluntario.

En 2005 comienza la reforma del sistema de salud en Uruguay, que se plasma en la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). El SNIS busca asegurar la accesibilidad, calidad, equidad y universalidad de los servicios, basado en la estrategia de Atención Primaria. Define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar recursos para satisfacer necesidades en forma efectiva, eficiente y equitativa. El PNA está constituido por servicios accesibles geográficamente, de baja y mediana complejidad tecnológica, pero de alta complejidad extensiva, con un abordaje colectivo y comunitario de la salud, con énfasis en prevención y promoción, conformado por equipos interdisciplinarios e intersectoriales. En Montevideo y el área metropolitana quien organiza y gestiona la atención del PNA del sector público es la RAP Metropolitana, dependiente de ASSE. La RAP Metropolitana es responsable de la atención de más de 350 mil personas y se compone de 118 puntos de contacto con la población, con 13 centros de salud como cabeza sanitaria de un área de influencia, de los que dependen policlínicas barriales y consultorios de área y de familia. A su vez, trabaja en red bajo acuerdos interinstitucionales con organizaciones sociales, estatales y no estatales, permitiendo un abordaje integral de la salud, en todas sus dimensiones.

Por otro lado, dos tercios de las mujeres embarazadas que viven en el área Metropolitana, afiliadas a ASSE, son asistidas en el PNA. Esto implica una gran responsabilidad a la hora del acompañamiento y apoyo a la mujer en situación de embarazo, siendo la RAP Metropolitana el primer lugar donde un gran número de mujeres refieren por primera vez estar embarazadas. En caso de ser un embarazo no intencional, es en la RAP Metropolitana donde ha de orientarse y disponerse el proceso IVE, para lo que fue necesario desarrollar la ruta crítica de atención<sup>1</sup>.

.....  
**1** La Ley IVE establece los requisitos para que una mujer pueda acceder a un aborto, así como las características de la ruta crítica que debe transitar para poder concretar la interrupción. Los requisitos son: ciudadana uruguaya o extranjera con más de un año de residencia acreditada, mayor de 18 años o menor habilitada (casada, viuda o divorciada), menor no habilitada pero autónoma, según la valoración del equipo de salud, edad gestacional 12 semanas o menos y completar la ruta crítica. La ley de violencia aprobada en el año 2017, habilita a las mujeres extranjeras víctimas de violencia, siempre que esta violencia haya ocurrido u ocurra dentro de territorio nacional, a interrumpir el embarazo, aunque no cumpla el año de residencia.

A modo de esquema se describen las tres etapas de esta ruta:

1-Primera consulta con Médico/a o partera, IVE 1: Esta consulta es aquella en que la usuaria manifiesta el deseo

## Descripción:

Según el diagnóstico de situación realizado previo a la promulgación de la ley IVE, sobre atención enfocada a la SSySR, la RAP Metropolitana contaba con servicios y profesionales capacitados/as y sensibilizados/as, que en su práctica diaria incluían asesoramiento para reducción de riesgo y daño por aborto provocado, según lo establecido en la Ley N.º 18.426, ordenanza 369/04.

Aun así, el nuevo marco jurídico establecido en la Ley N.º 18.987 requirió actualizar y/o modificar pautas y prácticas para poder resolver las consultas por IVE en el PNA con los objetivos de: garantizar los derechos establecidos por ley, acompañar desde un lugar de confianza y evitar la exposición a riesgos legales tanto a usuarias como a equipos de salud. A partir de la promulgación de la ley comenzó el trabajo para desarrollar los servicios en la RAP Metropolitana, que comienzan a funcionar en abril de 2013.

Se establece que la asistencia en la RAP Metropolitana por IVE sea completa con una mirada interdisciplinaria, altamente capacitada y en territorio.

Se instituye:

- Ruta crítica institucional completa, desde IVE 1 hasta el seguimiento postaborto.
- Amplia oferta de servicios.
- Mapa de ruta de cada centro de salud para disminuir al máximo posibles barreras.
- Sensibilización y formación en servicio. Aspecto fundamental para evitar prácticas perjudiciales, como la sanción moral y los sesgos vinculados a los sistemas de creencias personales. Todo el personal, independiente de su función o rol, recibe formación que garantiza, no sólo el manejo de las técnicas directamente relacionadas con el procedimiento, sino también sobre la atención desde un enfoque de género y derechos, incluido los aspectos éticos y sociales.
- El mecanismo para el aborto mediante método farmacológico: la unidad cuenta con la combinación Mifepristona y Misoprostol y Misoprostol solo.

---

de interrumpir el embarazo. El profesional debe de verificar los requisitos básicos y dar pase a la segunda consulta.

2-Segunda Consulta Equipo Multidisciplinario, IVE 2: Este equipo debe conformarse dentro de las 24hrs. de un IVE 1 y está integrado por: ginecología, trabajo social y salud mental. Los tres profesionales, en conjunto, asesoran en aborto, completan los documentos, entregan constancia de asesoramiento y consentimiento informado y dan pase a la 3er. consulta, la que debe ser a partir de 5 días corridos juego de esta segunda consulta ["periodo de reflexión"].

3-Consulta con ginecología, IVE 3: En la tercera consulta con ginecología se valora según criterios médicos, la manera y el lugar donde debe ocurrir el aborto. Una vez elegido el método se asesora a la mujer sobre modo de uso, signos y síntomas de riesgo y consulta precoz. Por último, se fija consulta postaborto en un plazo no mayor a 10 días.]

- Institucionalización de la consulta postaborto como parte del proceso IVE.

Dentro de los indicadores propuestos para valorar la práctica se incluyen:

1. Número de equipos, centros y cobertura en territorio.
2. Número de procedimientos realizados por despacho de medicación.
3. Número de mujeres que debieron concurrir a otro nivel de atención para IVE
4. Existencia y difusión de mapas de ruta locales.

## Resultados

La RAP cuenta con un alto número de profesionales y funcionarios/as no técnicos/as sensibilizados/as en la temática que habilitan que todas las unidades asistenciales sean efectivas al recibir a una mujer en situación de embarazo no intencional y realizar una derivación oportuna.

En todos los casos se favorece la adopción de procedimientos y requisitos lo más simples posibles para el acceso y evitar la participación de profesionales o esquemas que dilaten la provisión de servicios de manera innecesaria, minimizando los sesgos personales y subjetivos.

En cuanto a IVE 1, se cuenta con 118 puntos de contacto, contabilizando todos los consultorios médicos, en particular de medicina familiar y comunitaria y de obstetras parteras. Los mismos están provistos de los documentos para iniciar la ruta, además de solicitar, con carácter urgente, ecografía y grupo sanguíneo.

La extracción para el grupo sanguíneo se realiza en el día o al día siguiente dependiendo del horario de la consulta. El resultado del mismo se encuentra a disposición, a través del sistema informático, en 24 horas. La ecografía, se trabaja a través de las unidades de enlace<sup>2</sup>, quienes cuentan con mecanismos de comunicación eficientes, para asignar cita en el correr de los días, ya sea con proveedor interno como externo.

En lo que respecta a IVE 2 se conforman varios equipos, distribuidos en diferentes regiones del área metropolitana. Están integrados por personal sensibilizado, capacitados y sin

.....

1 Este documento da cuenta del trabajo de toda la Red de atención primaria metropolitana de ASSE, que en el contexto de la Primera edición de Reconocimiento de Buenas Prácticas de Atención en el Primer Nivel de atención MS-OPS, quien fue en representación de la institución y quien recibió el premio fue el Centro de Salud Sayago.

2 Las unidades de enlace son estructuras de gestión clínica-administrativa que tienen como cometido garantizar la continuidad asistencial y priorizar la demanda.

condicionantes negativos conocidos y/o manifiestos en este tema. La RAP Metropolitana cuenta con 14 equipos, 3 de ellos interinstitucionales junto a Banco de Previsión Social (BPS) e Intendencia Municipal (IM). Las mujeres pueden agendarse a través de recepción o bien por consulta espontánea, concurriendo al centro el día y hora en que funciona el equipo. Esto, además de ampliar la oferta, habilita a las mujeres a realizar el proceso donde consideren oportuno, cerca o lejos de su residencia, junto a técnicos conocidos o no. A los equipos integrados según normativa, se suman otras disciplinas como licenciadas en enfermería, enfermería y parteras.

Los centros de salud son: Cerro, Ciudad Vieja, Maroñas, Jardines del Hipódromo, Badano Repetto, Claveaux, Giordano, Sayago, Ciudad de la Costa, La Cruz, y Ciudad del Plata, a los que se suma: Centros Cordón y Cerro del BPS y Los Ángeles de IM (Figura 1).

Toda la red, así como las oficinas de atención al usuario, cuentan con la información de los días y horarios, así como las vías de acceso.

En cuanto a IVE 3, aun frente a un porcentaje de ginecólogo/as objetores de conciencia de 42,8% (15 de 35) del total de ginecólogo/as de la unidad, todos los centros de salud garantizan la etapa ya sea con recursos propios o mediante convenios interinstitucionales o entre centros de salud. La medicación se encuentra disponible en todas las farmacias de los centros de salud y las usuarias pueden retirarla en cualquier centro, independiente de donde fue hecha la prescripción.

Conjuntamente con el centro de referencia de tercer nivel<sup>1</sup>, se protocolizaron criterios de referencia, que incluyen, por ejemplo, edades gestacionales límite y/o necesidad de IVE en internación. Dentro de la estrategia utilizada para minimizar posibles barreras a la hora de una referencia, se realizó una jornada de trabajo entre los/as integrantes del primer y del tercer nivel. Este encuentro permitió conocer y vivenciar el funcionamiento y recorrido que deben hacer las mujeres dentro del hospital, aclarar dudas respecto a protocolos y estrechar vínculos profesionales.

En cuanto a la ruta asistencial post aborto, cobran un rol fundamental las licenciadas en enfermería, en cuanto a favorecer la continuidad asistencial, brindar apoyo y seguimiento. Por otro lado, se añade a la ficha IVE<sup>2</sup>, un cuarto sector que es llenado y entregado a la mujer en la consulta IVE 3, conteniendo los datos de la consulta postaborto: lugar, día, hora y profesional.

La formación al personal se integra a las actividades periódicas de los centros de salud. Las/os participantes incluyen: médicos/as de todas las especialidades, gestores/as, obstetras-parteras, administrativos/as, licenciados/as en enfermería, licenciados/as en psico-

.....  
**1** Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

**2** Ficha IVE: documento elaborado por el Ministerio de Salud, en donde se registra cada una de las 3 consultas de la ruta IVE, los requisitos y que acompaña a la mujer hasta el final del proceso.

logía, auxiliares de enfermería, personal de limpieza, practicantes, oficina de atención a usuarios y farmacia.

Asimismo, se llevan a cabo actividades periódicas de capacitación con enfoques específicos. Se han realizado actividades de profundización en IVE vinculado a: aspectos éticos y medicolegales, ecografía, tratamiento farmacológico, patología mental, discapacidad intelectual, violencia, menores de 14 años, perspectivas de las usuarias.

Por otro lado, se instituyó un espacio bimensual de trabajo periódico de, con y para los/as técnicos/as integrantes de los equipos de atención directa, donde se: actualiza información, revisa y reflexiona sobre las prácticas y afectaciones, se identifican barreras y manera de derribarlas, socializa prácticas y/o acciones positivas replicables, se analizan casos complejos y genera soporte afectivo y emocional para una práctica que estigmatiza no solo a mujeres sino también a equipos.

De abril de 2013 a diciembre de 2018 un total de 2770 mujeres pudieron realizar la IVE en el primer nivel de atención, lo que corresponde a un 10% de todos los IVE realizados en el subsector público de salud de todo el país. La Tabla 1 muestra este dato, así como la frecuencia absoluta en función de la edad de las mujeres.

**Figura 1.** Mapa de distribución de los Equipos IVE 2 en la RAP Metropolitana.



Fuente: elaboración propia.

**Tabla 1.** Mujeres que realizaron IVE en RAP Metropolitana, por rango etario. Abril 2013-diciembre 2018

| Edad         | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|
| menos de 15  | 1    | 3    | 2    | 4    | 6    | 0    |
| 15 a 19 años | 61   | 85   | 95   | 114  | 100  | 81   |
| mayor de 19  | 179  | 321  | 400  | 461  | 443  | 414  |
| Total        | 241  | 409  | 497  | 579  | 549  | 495  |

**Tabla 2.** Proporción de IVE realizada en la RAP Metropolitana sobre total de IVE realizado en el subsector público de todo el país. 2013 – 2017\*

| indicador  | 2013 | 2014 | 2015  | 2016  | 2017  |
|--|------|------|-------|-------|-------|
| N° IVE realizados en la RAP Metrop. / total de IVE del subsector público del país expresados en porcentaje | 7,4% | 9,8% | 10,8% | 11,2% | 11,1% |
| Total de IVE del subsector público del país  | 3241 | 4148 | 4607  | 5148  | 4969  |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Departamento de Información de la RAP Metropolitana (SGA) y Tablas de MSP sobre IVE.

\* A la fecha de la redacción de este trabajo, no se difundieron los datos 2018 del total del país.

## Conclusiones

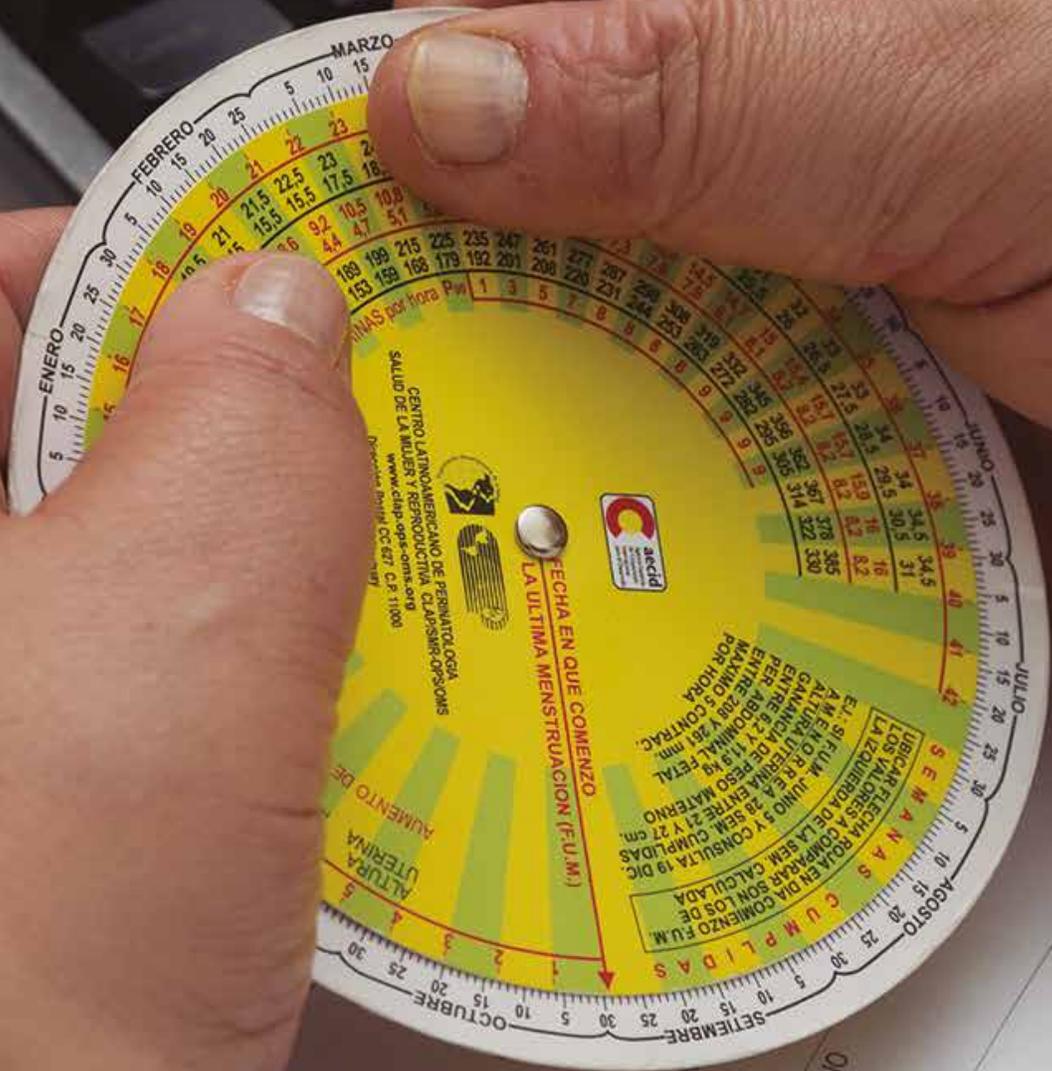
El embarazo no intencional constituye una situación de riesgo para la salud y, eventualmente, puede enmascarar otras vulneraciones a las que las mujeres están expuestas.

El PNA, en el marco de la reforma del sistema de salud, tiene como desafío estructural el de mejorar la accesibilidad y la calidad de sus servicios desde la humanización de sus prácticas en un marco de derechos. Sustener la prestación IVE en PNA constituyó una

oportunidad para materializar estos principios.

El gran número de profesionales, en particular Médicos/as de familia y comunitaria y parteras, distribuidos ampliamente en todo el territorio, que dan respuesta oportuna y con celeridad a una primera consulta por embarazo no intencional, junto a una estructura administrativa que asegura el cumplimiento de los plazos legales de la ruta y a una estratégica distribución geográfica y temporal de los equipos IVE 2 y de ginecología para IVE 3, demuestran que la RAP Metropolitana es accesible a las mujeres que deciden interrumpir un embarazo. Profesionales altamente capacitados, que trabajan en base a protocolos nacionales, apoyados por procesos institucionalizados de formación continua, con insumos tecnológicos apropiados, protocolos de referencia a niveles hospitalarios especializados, dan garantía de una asistencia de alta calidad, completa y segura. La inclusión de IVE dentro de servicios de atención integral a la SSySR permite disminuir la probabilidad de un nuevo embarazo no intencional.

Entre los desafíos que quedan por delante se encuentran: mejorar la construcción y registro de indicadores que posibiliten un monitoreo más ajustado del proceso global IVE. En el mismo sentido, construir datos conjuntos con el tercer nivel para conocer la demanda de mujeres del área Metropolitana que eligen ese servicio el proceso IVE.



CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA  
SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA CLAPSR-OPSIONS  
www.clap-ops.com.ve  
Proyecto Digital CC 67 (2017)



FECHA EN QUE COMIENZO LA ULTIMA MENSTRUACION (F.U.M.)

SEMANAS  
CUMPLIDAS  
UBICAR FECHA ROJAS EN DIA COMIENZO F.U.M. LOS VALORES A COMPARAR SON LOS DE LA IZQUIERDA DE LA SEM. CUMPLIDAS  
E.I. SI F.U.M. JUNIO 5 Y CONSULTA 19 DIC. AM E.I. O R.E.A. 18 SEM. CUMPLIDAS  
GANANCIA UTERINA EN RE 21 Y 27 CM.  
PER ABDOMINAL EN RE 21 Y 27 CM.  
ENTRE 208 Y 261 mm.  
MAXIMO 5 CONTRAC.  
POR HORA

DOMICILIO  
TELEFONO  
LOCALIDAD



la a  
édica.

## Referencias bibliográficas

1. Carino G., González Vélez A., Durán, J. Regulaciones Sanitarias Comparadas. Un análisis en América latina y algunos países de Europa y África. Federación Internacional de Planificación de la Familia. Región hemisferio occidental: Ed. Cotidiano Mujer; 2007.
2. Grossman, D. Métodos médicos para el aborto en el primer trimestre: Aspectos prácticos de la BSR. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra; 2004.
3. Bergsjö P. Safe Motherhood Strategies: a Review of the Evidence. Reproductive Health Library, ISSUE 2. WHO; 1999.
4. Bergsjö P. Safe Motherhood Strategies: a Review of the Evidence. WHO; 2001.
5. Constitución de la República Oriental del Uruguay. 2004. Poder Ejecutivo. Ley N.º 17826 Código de la Niñez y la adolescencia del 7/09/04. Uruguay.
6. Constitución de la República Oriental del Uruguay, 2008. Poder Ejecutivo. Ley N.º 18.426. Derechos en Salud Sexual y Reproductiva. Ref. 1/12/2010, Uruguay.
7. Constitución de la República Oriental del Uruguay, 2012. Poder Ejecutivo. Ley N.º 18.987. Despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo hasta las 12 semanas. ref: 001-3/8168/2012. Uruguay.
8. IMPO (2008). Ley N.º 18.426 sobre derecho a la Salud sexual y salud reproductiva. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>
9. IMPO (2012). Ley N.º 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012/3>
10. Kulier R, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng LN, Campana. Métodos médicos para el aborto en el primer trimestre. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus. Número 2; USA. 2008
11. Ministerio de Salud Pública. Decreto 375/012, 2012. Manual y Guía Técnica para interrupción Voluntaria del Embarazo. Decreto 375/012. Uruguay.
12. Ministerio de Salud Pública Dirección General de Secretaría. Departamento de Programación Estratégica en Salud. Decreto reglamentario n 293/10. 2010. Guía para implementar servicios para la atención de la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones prestadoras de salud. Uruguay.
13. Ministerio de Salud Pública, 2004. Modelo Uruguayo de Iniciativas Sanitarias Contra el aborto Provocado en Condiciones de Riesgo. Medidas de Protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo. Ordenanza N.º 369/04, Uruguay.
14. Ministerio de Salud, 2018. Informe IVE 2013 - 2017. [www.msp.gub.uy/programa/informe-ive-2013-2017](http://www.msp.gub.uy/programa/informe-ive-2013-2017). Uruguay.
15. Women's link Worldwide. Lineamientos constitucionales para el derecho al aborto en Colombia. Manual constitucional para la práctica de IVE. Colombia: Ed. Exilio Gráfico; 2010

# Capítulo 15: Atención Integral a las personas trans en un servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Saint Bois. ASSE- UDELAR

Daniel Márquez<sup>1</sup>, Mónica Reina<sup>2</sup>, Clara Niz<sup>3</sup>, Facundo Taboada<sup>4</sup>, Mónica Olinisky<sup>5</sup>, Julio Vignolo<sup>6</sup>, Sebastián Ben<sup>7</sup>, Carlos Arrué<sup>8</sup>, María Fernanda Nozar<sup>9</sup>, María Clara Tapia<sup>10</sup>, Luciana Sánchez<sup>11</sup>, Esteban Moreira<sup>12</sup>, Valentina Plachin<sup>13</sup>, Roberto Puente<sup>14</sup>, Leonel Briozzo<sup>15</sup>

## Resumen

La experiencia se desarrolla desde el año 2014 hasta la fecha. En este artículo se describe lo comprendido entre su inicio y 2018. El objetivo de esta iniciativa es brindar una atención integral a las personas trans en el marco de un servicio de medicina familiar y comunitaria. El equipo interdisciplinario de primer nivel se basó en una premisa fundamental que puede sintetizarse como “despatologización de las identidades”. El proceso de atención se implementó con el apoyo de un instrumento denominado “Escalera de abordaje”. Este instrumento esquematiza el referido proceso, facilita la comunicación con los usuarios, facilita el conocimiento de los pasos a seguir y contribuye a la adherencia. La escalera consta de 4 escalones: anamnesis, examen físico, hormonización y consulta con ginecología, cirugía plástica, urología. En cuanto a los resultados, se captaron 210 personas trans.

- 1 Médico. Asistente en el Depto. MFyC. Fac. de Medicina. Udelar
- 2 Lic. Psic. Mag. Prof. Adj. Clínica Psiquiátrica. Salud Mental en Comunidad. Fac. de Medicina. Udelar
- 3 Médica. Prof. Agda. del Dpto. MFyC. Fac. de Medicina. Responsable UDA Saint Bois. ASSE-Udelar
- 4 Médico. Asistente en el Depto. MFyC. Fac. de Medicina. Udelar
- 5 Médica. Prof. Adj. del Dpto. MFyC. Fac. de Medicina. Udelar
- 6 Médico. Prof. Director del Depto. MFyC. Fac. Medicina. Udelar.
- 7 Médica. Prof. Adj. Clínica Ginecológica A Facultad de Medicina. Udelar
- 8 Médico. Especialista en Cirugía Plástica y Reparadora
- 9 Médica. Prof. Adj. Clínica Ginecológica A. Facultad de Medicina. Udelar
- 10 Lic. en Ciencias Sociales Universidad Jacobs de Bremen- Alemania
- 11 Médica. Especialista en Endocrinología y Metabolismo
- 12 Licenciado en Fonoaudiología
- 13 Médica. Residente de Urología
- 14 Médico. Ex Prof. Director de la Cátedra de Urología, Facultad de Medicina. Udelar
- 15 Médico. Prof. Director Clínica Ginecológica A. Facultad de Medicina. Udelar



Se formaron 61 profesionales nacionales e internacionales de Brasil, España, Paraguay y Perú. Se realizaron 189 intervenciones psicológicas. Se remitieron al segundo y tercer nivel de atención 32 personas trans para la readecuación corporal. A 30 usuarios se les realizó readecuación de voz. Conclusiones: Este modelo permitió el aumento del acceso de las personas trans al sistema de salud. Se conformó un equipo interdisciplinario, se coordinó entre los diferentes niveles de atención, permitiendo el acceso a la hormonización y a la cirugía. Se garantizó la continuidad de la atención.

**Palabras clave:** *Accesibilidad a los servicios de salud, transexualidad, primer nivel de atención*

## **Introducción**

En los últimos años, Uruguay ha realizado el abordaje de los derechos humanos de diferentes poblaciones vulneradas [1-3]. La población trans históricamente ha sido postergada en sus derechos, en su identidad y en las prestaciones sociales en general. El área de la salud no ha quedado exenta de este contexto. Estos usuarios se han visto relegados en el acceso a la salud, así como en la continuidad de la atención sanitaria, en los diferentes servicios prestadores [4-7].

El rechazo social a esta población explica en parte la escasa formación en la temática, lo que, a su vez, impide la sensibilización de los integrantes de los equipos de salud en tal sentido, no permitiendo derribar las barreras existentes en la accesibilidad a los servicios de esta población. Estos factores son los que básicamente han contribuido a la marginación sufrida por las personas trans en la salud [7]. Entre los problemas de esta población se puede destacar una esperanza de vida al nacer menor a 40 años [8, 9].

En febrero de 2014, se implementó un proceso de respuesta a sus demandas específicas, en la Unidad Docente Asistencial (UDA) Saint Bois de medicina familiar y comunitaria, bajo una premisa fundamental: la despatologización de las identidades. [10, 11]

El equipo del Primer Nivel de Atención (PNA) [12], se encuentra conformado por técnicos de medicina familiar y comunitaria, psicología, nutrición, fonoaudiología, enfermería y personal administrativo. Dentro de las características del equipo se destaca: el abordaje interdisciplinario e intersectorial, su inclusión en un servicio de Medicina Familiar y Comunitaria [10] que aborda la despatologización de la identidad de género y la coordinación entre los diferentes niveles de atención [6].

La experiencia se desarrolló con el objetivo general de brindar atención integral a personas trans en el marco de un servicio de medicina familiar y comunitaria, cuyos objetivos específicos pueden sintetizarse así: facilitar su acceso a los servicios de salud; mejorar la resolutivez de los problemas de salud de esta población; atender a las personas trans con un enfoque interdisciplinario e intersectorial; dar respuesta a necesidades específicas como hormonización e intervenciones quirúrgicas; sensibilizar y capacitar progresivamente a los técnicos que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en el abordaje a la salud. [1, 6, 7]

## Descripción:

La vía de ingreso de los usuarios es a través de la policlínica del PNA de la UDA Saint Bois de Medicina Familiar y Comunitaria [12]. Este servicio es interinstitucional e interdisciplinario y se encuentra establecido en el marco del convenio entre la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. La unidad tiene como propósito la atención de la población de referencia y la formación de recursos humanos de grado y postgrado orientado para su desempeño en el marco del SNIS. [10]

La población trans recibe una atención integral en la que se abordan la diversidad de problemas de salud que presenta. Esta población no queda por fuera de la realidad epidemiológica nacional en referencia a la prevalencia de las enfermedades no transmisibles, agravadas por las dificultades en el acceso histórico a los servicios de salud. A esto se agrega la concomitancia con problemas específicos de esta población o de mayor prevalencia, como ser: inyección de sustancias tóxicas, lesiones de piel, enfermedades de transmisión sexual, disfonías, patología de columna, violencia doméstica, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias, comportamiento suicida, autolesiones, entre otras [11, 13, 14]. La alta tasa de desempleo y la escasa escolarización de esta población son aspectos que condicionan también el acceso a la atención [8].

El ingreso a la atención en el servicio está previsto por un sistema de agenda telefónica, con un tiempo de espera que ha sido variable pero nunca mayor a tres meses. Los usuarios pueden solicitar la consulta o pueden venir referidos por su médico tratante. La primera consulta es con el médico de familia y comunidad y con el psicólogo. En la misma se realiza una valoración general.

El proceso de atención se esquematiza en un instrumento diseñado por el servicio que es la "Escalera de Abordaje" [13]. Este instrumento esquematiza el proceso de atención y facilita la comunicación con los usuarios, permite el conocimiento de los pasos a seguir involucrando al usuario, lo que facilita la toma de decisiones compartida. La Escalera de Abordaje sirve, además, para ordenar el proceso [11].

En el **Escalón 1** o primer encuentro se realiza la anamnesis, entrevista clínica que tiene como objetivo conocer al usuario más profundamente. La entrevista es semidirigida y se abordan datos biográficos, antecedentes personales y familiares, factores de riesgo, hábitos higiénicos, dietéticos y tóxicos, y la salud laboral, entre otros. En un espacio continente y libre de discriminación, se indaga y habilita la emergencia de afectaciones posibles. Se realiza también el cribado según sexo biológico y edad.

En este primer encuentro se presenta al equipo de salud, describiéndole los roles de cada integrante, así como el método de trabajo y se le entregan los números telefónicos del servicio. Además, se le manifiesta al usuario que el equipo estará disponible para cual-



ga

nuances road cut is

station powers nature star excellence trade

rk the colour

c extreme



quier consulta, esté relacionada o no con su identidad de género. Así mismo se realiza un examen clínico general, excluyendo el examen genital que se pospone para la segunda instancia (Escalón 2.)

En el Escalón 2 o segundo encuentro se realiza un examen físico completo con especial énfasis en el aparato genital, además de identificar lesiones vinculadas a prácticas sexuales, así como infecciones de transmisión sexual y prácticas de modificación corporal a las que se expone esta población (inyección de productos tóxicos, compresión mamaria). En esta instancia también se solicita la paraclínica pertinente.

En el Escalón 3 o tercer encuentro se procede a la devolución de los resultados de la paraclínica y, en el caso de que exista interés del usuario, se evalúa la posibilidad de iniciar la hormonización. En esta oportunidad se entrega el consentimiento informado que será abordado en la siguiente consulta, lo que facilita el análisis y comprensión del mismo por parte del usuario. Luego de valorar la paraclínica y de hacer una completa evaluación psicológica, se podrá definir si está o no en oportunidad de hormonización. Es clave tener presente en todo momento que la atención siempre debe estar centrada en la persona. En el caso que se considere o que se evalúe que no están dadas las condiciones para iniciar el proceso de hormonización, es necesario considerar que esto puede generar mucha frustración, ira o agresividad en el usuario, quien puede tender, como consecuencia de ello, a alejarse nuevamente de los servicios de salud. En ese momento el gran desafío es mantenerlo vinculado al servicio y ofrecer la respuesta adecuada y oportuna. En caso de que se considere que se está en oportunidad de iniciar hormonización se pasa al Escalón 4.

En el Escalón 4 se rectifica o ratifica la voluntad de iniciar hormonización (13-16) o continuarla si la misma ya hubiera sido iniciada.

En caso de iniciada, se acuerda la forma de monitoreo de los eventuales efectos no deseados. Se realizarán, además, controles paraclínicos periódicos posteriores al inicio del proceso. Inicialmente los controles mencionados serán cada tres meses, luego cada seis meses y finalmente serán de una frecuencia anual.

Es de destacar que todo el proceso de hormonización, desde la valoración previa, la indicación, el seguimiento y monitoreo de la evolución valorando los efectos esperados y eventuales efectos adversos, es realizado en su totalidad por especialistas en medicina familiar y comunitaria en el servicio. Este seguimiento se hace con el apoyo de un protocolo de hormonoterapia cruzada que fue elaborado por técnicos del servicio de las distintas disciplinas.

Luego, dependiendo de la demanda de cada usuario y transcurrido al menos un año de hormonización, se considerará la consulta con ginecología, cirugía plástica, urología orientadas a la readecuación genital. Es de destacar que para el acceso a estos servicios se requiere de la valoración previa y de la referencia desde el servicio de Medicina Fami-

liar y Comunitaria. Para garantizar la continuidad de atención del usuario, es necesario mantener una estricta coordinación entre los servicios y el seguimiento longitudinal por el equipo del primer nivel.

## **Resultados**

Se logró establecer, desarrollar y mantener un servicio inclusivo especializado e integrado a un servicio de Medicina familiar y Comunitaria, de referencia internacional.

Desde febrero de 2014 hasta abril de 2018 se captaron 210 personas trans, en todos los casos intervinieron especialistas de medicina familiar y comunitaria, realizando interconsultas con especialistas en salud mental, endocrinología, fonoaudiología y nutrición.

Se dio capacitación a 61 profesionales nacionales y extranjeros de Brasil, España, Paraguay Argentina y Perú, para la atención integral de personas trans.

Se realizaron 189 intervenciones psicológicas abordando identidad de género, expresión de género, identidad sexual y parentalidad, acompañando los distintos procesos individuales, familiares y sociales [15].

Fueron referidas al 2do y 3er nivel de atención 32 personas trans, para la readecuación corporal. A su vez, 30 personas trans realizaron readecuación de voz (cuidado de la voz en la búsqueda de la identidad vocal).

## **Conclusiones**

Mediante el desarrollo de esta experiencia en Uruguay se logró un modelo innovador basado en la despatologización de la transexualidad y en la inclusión. El desarrollo de este modelo permitió, entre otros logros: aumentar el acceso al sistema de salud de la población trans; contar con un equipo interdisciplinario de referencia en el PNA y prestar una atención centrada en la persona.

La coordinación entre los diferentes niveles permite la continuidad de la atención independientemente del nivel donde se esté realizando la consulta. Acceder a intervenciones específicas, requeridas y necesarias, como lo son las cirugías y la hormonización, impactan significativamente en la salud y en la calidad de vida.

La instrumentación de un fuerte sistema de referencia y de contrarreferencia entre el primer nivel de atención (Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria) y el segundo nivel (Clínica Ginecotocológica y Cirugía Plástica del Centro Hospitalario Pereira Rossell, Urología del Hospital de Clínicas de la Universidad de la República) fue relevante para garantizar la continuidad en la atención. El protocolo de hormonoterapia cruzada, para el PNA, significó también una gran contribución a la resolución de los problemas que surgían como consecuencia de una hormonización inadecuada [11, 16].

A partir de esta experiencia se generó una gran demanda de pasantías para la formación en el servicio, tanto a nivel nacional como internacional, lo que revela el gran interés que despertó la misma. Esto, por un lado, implica un gran estímulo para continuar ampliando las posibilidades de atención a este colectivo y, a su vez, la escasez de material referente a la atención adecuada a la salud de las personas trans conlleva a realizar actividades que contribuyan a profundizar en el conocimiento de esta área.

## Referencias bibliográficas

1. Fondo de Población de Naciones Unidas. Experiencias en políticas de Diversidad sexual en Uruguay. Uruguay. Año 9. N 8. 2015
2. Uruguay. Registro Nacional de Leyes y Decretos. Ley sobre salud sexual y reproductiva. Nº 18.426. Uruguay: IMPO [10/12/2008] [en línea]. [fecha de acceso 2 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>.
3. Uruguay. Registro Nacional de Leyes y Decretos. Regulación del derecho a la identidad de género, cambio de nombre y sexo registral. Nº 18.620. Uruguay: IMPO [17/11/2009] [en línea]. [fecha de acceso 28 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18620-2009/4>. Posteriormente sustituida por: LEY INTEGRAL PARA PERSONAS TRANS. Nº 19.684. Uruguay: IMPO [07/11/2018] [en línea]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19684-2018>
4. Lukomnik J. La identidad de género en las políticas sociales: informe de monitoreo de las políticas de inclusión de la población trans. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social; 2013.
5. Ministerio de Salud Pública. Unidad de Gestión Proyecto Fondo Mundial para el SIDA-MSP y grupo RADAR con apoyo financiero del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Situación y desafíos para la inclusión social y el derecho a la salud de las personas trans femininas en Uruguay. Montevideo. MSP; 2013
6. Ovejas Negras, Ministerio de Salud Pública, Asociación de Servicios de Salud del Estado y Fondo de Población de Naciones Unidas. Salud y Diversidad Sexual: Guía para Profesionales de la Salud. Montevideo. 2015.
7. Eli Coleman, et. al Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero [WPATH]. [www.wpath.org](http://www.wpath.org); 2012. [consultado 21 de abril 2018]. Disponible en <https://docplayer.es/9349965-Normas-de-atencion-para-la-salud-de-personas-trans-y-con-variabilidad-de-genero-la-asociacion-mundial-para-la-salud-transgenero-www-wpath.html>
8. Ministerio de Desarrollo Social. Uruguay. Primer Censo Trans en el Uruguay [en línea]. 2016. Disponible en: <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/61896/3/innova.front/primer-censo-de-personas-trans-en-uruguay>
9. Banco Mundial [Internet]. Washington D. C. Esperanza de vida al nacer, total [años] | Data [Internet]. [Datos.bancomundial.org](http://datos.bancomundial.org). 2014 [consultado 21 de abril 2018]. Disponible en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?locations=UY>
10. Centro de salud Saint Bois - Proyecto de creación de Unidad Docente Asistencial.

Montevideo: Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria; 2010. [consultado 21 de Abril 2018]. Disponible en <http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/Proyectos/udas/UDA%20en%20PCLA.pdf>

11. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Guía Clínica de hormonización en Personas Trans. Uruguay 2016.
12. Registro Nacional de Leyes y Decretos. Uruguay. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Nº 18.211. Uruguay: IMPO [13/12/2007] [en línea]. [fecha de acceso 28 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>
13. Márquez, D. Atención Integral a Personas Trans. Presentación realizada en desayuno de trabajo: Hacia una política de salud integral, inclusiva y de calidad para las personas LGBTI. 2015. Montevideo.
14. American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagnéy Lifante, A. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [5a ed.]; 2014.
15. Reina M. Capítulo 2 Personas Trans, transexualidad y familias p. 25-40. En el Libro: Familias y diversidad sexual. Sistematización de la Reunión Satelital realizada en el marco del IV Encuentro Universitario de Género, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos: nuevos retos para la investigación y la política pública. Financiado por UNFPA. Montevideo 2015.
16. RAP ASSE, Udelar, MFyC. Protocolo de Hormonoterapia Cruzada. 2016. Disponible en: <http://www.asse.com.uy/contenido/Protocolo-de-Hormonoterapia-Cruzada-8224>

# Capítulo 16: Mejora de la accesibilidad a estudios de laboratorio en el Primer Nivel de Atención

Rosario San Martín<sup>1</sup>, Judith Navas<sup>2</sup>

## Resumen

Con esta práctica se contribuye a mejorar la resolutivez de los efectores de la RAP metropolitana a través de la recepción de muestras de laboratorio en territorio y el envío de resultados en forma rápida y oportuna. Incluye determinaciones provenientes de consulta ambulatoria no urgente, de domicilio y consulta urgente centralizada. Las muestras son transportadas desde los puestos de recolección en condiciones de bioseguridad al laboratorio central para su procesamiento. Los resultados llegan a las unidades asistenciales a través del sistema informático, siendo incorporados en la historia clínica electrónica. Para esto, se incrementaron los puestos de extracción y como resultado aumentó el número de estudios realizados. Se aseguró el acceso a informes de resultados en tiempos óptimos y de forma segura. Por último, contar con la extracción de muestras y resultados en territorio optimiza la referencia a especialistas, que cuando ocurre es resultado de una valoración completa que incluye clínica y paraclínica. Cuando de esa valoración completa se concluye que las condiciones de salud implican que el problema de salud puede ser resuelto en el PNA mejora además el seguimiento ambulatorio y la satisfacción del usuario con servicios de cercanía.

**Palabras clave:** *Accesibilidad a los servicios de salud, bioseguridad, derivación y consulta, continuidad de la atención al paciente.*

## Introducción

La Red de Atención Primaria (RAP) Metropolitana de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), brinda servicios de Primer Nivel de Atención (PNA) a aproximadamente 372 000 afiliados residentes en el área Metropolitana del Uruguay que abarca todo el departamento de Montevideo y parte de Canelones. La atención se realiza a través de 14 Centros de Salud (CS), 6 de ellos con servicio de urgencia. Cada CS tiene a su cargo un área determinada con sus correspondientes policlínicas, 95 policlínicas propias dependientes de estos CS y 21 policlínicas municipales.

---

<sup>1</sup> Médica laboratorista. Jefa del Laboratorio de la RAP metropolitana. ASSE

<sup>2</sup> Licencia en Enfermería. Coordinadora región centro. RAP metropolitana. ASSE



En el marco del plan estratégico de la Unidad con el fin de fortalecer y readecuar los servicios de apoyo asistencial y dar cumplimiento a las metas asistenciales definidas por la autoridad sanitaria, se elabora un plan para la mejora de la accesibilidad a la realización de estudios de laboratorio. Este plan busca contribuir a mejorar la resolutivez de los efectores de la RAP a través del envío y recepción en forma rápida y oportuna de los resultados de estudios solicitados. El objetivo general es mejorar la resolutivez del PNA a través del acceso a estudios de laboratorio.

Los objetivos específicos son:

1. Asegurar el acceso a la recolección de muestras en toda el área de influencia.
2. Garantizar a los usuarios la prestación en tiempos adecuados.
3. Asegurar la llegada de los informes de resultados a los efectores correspondientes en los tiempos adecuados.

## **Descripción**

El laboratorio de la RAP Metropolitana fue creado en 1997. En 2016 se inaugura una nueva planta física, se renueva equipamiento y se comienza la implantación y puesta en marcha del nuevo sistema informático de laboratorio. Se brindan servicios de análisis clínicos a la Red propia y al Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología. Funciona las 24 horas los 365 días del año. Atiende un promedio de 600 pacientes por día y una demanda mensual promedio de 120.000 estudios, incluyendo determinaciones provenientes de la consulta ambulatoria no urgente, de domicilio y de la consulta urgente centralizada.

El equipo de trabajo del servicio incluye el personal del laboratorio central, los extraccionistas y administrativos de todos los centros de salud de la RAP y de las policlínicas donde se realiza la obtención y recolección de muestras. Las muestras son transportadas desde los puestos de obtención y recolección de muestras hasta el sector de recepción de muestras del laboratorio, desde donde se distribuyen a las distintas áreas funcionales para su procesamiento. El laboratorio es responsable de la derivación a otros laboratorios de ASSE de las muestras para estudios que no se realizan en el laboratorio central. El sistema de transporte de muestras asegura la logística en condiciones de bioseguridad. Los resultados llegan a las unidades asistenciales a través del sistema informático del laboratorio [PLEXUS LAB].

Se describen a continuación las actividades por objetivo:

### ***Objetivo 1. Asegurar el acceso a la recolección de muestras en toda el área de influencia.***

Se realizó un relevamiento para identificar los puntos con mayor demanda del servicio y los recursos necesarios. Se redistribuyó el personal a cargo de extracciones y transporte

de muestras. Ocho auxiliares de enfermería se incorporaron a los CS con mayor demanda asistencial. Se reorganizó la extracción de muestras de modo que el equipo de extraccionistas de cada centro pudiera concurrir a las policlínicas de referencia, con una frecuencia semanal, quincenal o mensual según las necesidades del servicio. Se incorporó personal de las policlínicas municipales a la extracción de muestras.

Se actualizaron y distribuyeron los procedimientos para obtención, acondicionamiento y transporte de muestras.

Se realizó la capacitación a todo el personal a cargo de extracciones de la RAP e Intendencia municipal y a los transportistas encargados del traslado de muestras.

### ***Objetivo 2. Garantizar a los usuarios la prestación en tiempos adecuados.***

Se realizó la capacitación para la utilización del módulo de agenda del sistema informático de laboratorio a todo el personal de los centros de salud y las policlínicas a cargo de la gestión de citaciones de laboratorio.

La utilización del sistema permitió reducir a un solo paso el procedimiento de agenda y entrega de indicaciones a los usuarios: cuando se agenda al paciente y se ingresan los estudios solicitados en la orden, el sistema imprime un volante con las instrucciones de preparación del paciente y muestras y, si corresponde, la entrega de contenedores para muestras de orina y/o materia fecal. Esta se hace en el mismo momento para evitar repeticiones por preparación inadecuada y que se adjudiquen para el mismo día determinaciones que requieren condiciones incompatibles de recogida en tiempo y forma. Además, se evitan al usuario las incomodidades y gastos que generaba concurrir a solicitar día y hora en una ventanilla y luego concurrir (muchas veces en otro horario) a otro sector para la entrega de indicaciones y contenedores de muestras.

### ***Objetivo 3. Asegurar la llegada de los informes de resultados a los efectores correspondientes en los tiempos adecuados.***

Se elaboró una guía de uso del sistema informático de laboratorio para la consulta e impresión de resultados y se distribuyó a todos los efectores.

En 2016 se habilitó la consulta e impresión de resultados de laboratorio en todos los CS. En 2017 se extendió a policlínicas de la RAP y en 2018 a policlínicas municipales. A partir de 2017 los resultados de laboratorio pueden visualizarse en la historia clínica electrónica. Los indicadores priorizados fueron: número de puestos de obtención y recolección de muestras, porcentaje de centros de salud donde se utiliza la agenda del sistema informático de laboratorio, porcentaje de centros de salud que acceden a consulta de resultados a través del sistema informático de laboratorio.

## Resultados

En el período 2017-2018 la RAP incorporó 20 puestos de toma de muestras, pasando de un total de 30 en 2017 a 50 puestos en 2018. Para ese mismo período se registró un incremento del número de estudios realizados de aproximadamente 20.000 estudios por mes y el porcentaje de servicios que accede a resultados a través del módulo de consulta del sistema informático del laboratorio llegó al 100%. Esto incluye todos los centros de salud, todas las puertas de urgencia y policlínicas de la RAP e Intendencia de Montevideo. En cuanto al acceso a resultados de laboratorio a través de la historia clínica electrónica, estos están disponibles en todas las unidades asistenciales informatizadas.

Se estandarizaron procesos en todos los puestos de extracciones, y las capacitaciones incluyeron a todos los integrantes del equipo involucrado en el proceso preanalítico. Se fortaleció la complementariedad de servicios con las policlínicas municipales.

Se aseguró el acceso a informes de estudios en tiempo real, de forma segura, utilizando herramientas informáticas accesibles.

## Conclusiones

Haber extendido la extracción de muestras de laboratorio y la entrega de resultados de exámenes de laboratorio al territorio donde la persona se asiste en el PNA ha facilitado en gran medida la accesibilidad dado que los usuarios no requieren trasladarse ni a hospitales ni a CS a veces alejados con los consiguientes costos y tiempo, mejorando la continuidad en la atención, así como la satisfacción con el servicio. Por otro lado, optimiza la referencia a especialistas ya que la decisión de dicha derivación se realiza luego de una valoración completa y se evita cuando el problema de salud -según evaluación clínica y paraclínica- puede ser resuelto en su totalidad por el equipo del PNA. Asimismo, mejora el seguimiento ambulatorio para aquellos pacientes con problemas de salud pasibles de ser resueltos íntegramente en el PNA.

El proyecto además permitió detectar problemas no considerados al inicio, realizar ajustes y generar equipos de trabajo que revisaron sus prácticas transfiriendo su experiencia a otros equipos.

## Referencias bibliográficas

1. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012 Proyecto AP-21
2. Estrategias para la mejora de la Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007\\_2012.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf)
3. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Población afiliada a ASSE por tipo de afiliación a diciembre de 2018: datos proporcionados por el Sistema Nacional de Información. [en línea]. 2019 [accesado 30 Ene 2019]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/poblacion-afiliada-asse-por-tipo-de-afiliacion-diciembre-2018>
4. Doménech D, Strozzi D, Oliveira L, Antúnez M, Castro G, Álvez J et al. Capacidad resolutive del primer nivel de atención: experiencia de la Unidad Docente-Asistencial de Medicina Familiar y Comunitaria de Paysandú [2014]. Rev. Méd. Urug. [En línea]. 2016 Sep [accesado 22 Abr 2019]; 32(3):137-144. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902016000300002&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902016000300002&lng=es).
5. Pardo L, Zabala C, Gutiérrez S, Pastorini J, Ramírez Y, Otero S et al. Sistema de referencia-contrarreferencia en pediatría. Análisis de la situación en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Rev. Méd. Urug. [en línea]. 2008 Jun [accesado 22 Abr 2019]; 24(2): 69-82. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902008000200002&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902008000200002&lng=es).

# Capítulo 17: Organización de una unidad asistencial luego de realizar un diagnóstico de situación de salud

Alejandra Paulo<sup>1</sup>, Santiago Rijo<sup>2</sup>, Mariana Pose<sup>3</sup>, Fany Malvarez<sup>4</sup>, Patricia Mautone<sup>5</sup>

## Resumen

El presente trabajo describe la organización y resultados de una Policlínica Rural perteneciente a la Administración de Servicios de Salud del Estado, Red de Atención Primaria de Maldonado, Uruguay en Balneario Buenos Aires luego de la realización de un diagnóstico participativo de situación de salud. Se elaboraron 3 protocolos de actuación con una mirada y un trabajo desde la micro gestión y desde el equipo de salud: Atención de personas que conviven con VIH, Abordaje y seguimiento de la realización de la Colpocitología Oncológica, Proyecto de Triage adecuado al Primer Nivel de Atención. Se logró una adecuada organización del equipo para el seguimiento en calidad de los usuarios/as mejorando la accesibilidad e incrementando la resolutivez. Se incursionó en una modalidad de responsabilidad compartida entre todos los integrantes del equipo obteniendo indicadores de mejora en problemas de salud prevalentes.

**Palabras clave:** *Gestión clínica; integralidad en salud; atención primaria de salud; accesibilidad a los servicios de salud*

## Introducción

El presente trabajo describe la organización de una policlínica rural en el Balneario Buenos Aires, Maldonado, Uruguay, luego de la realización de un Diagnóstico Participativo de Situación de Salud [DPSS] (1). Esta policlínica pertenece a la Administración de Servicios de Salud del Estado [ASSE], Red de Atención Primaria [RAP] de Maldonado. El Balneario se encuentra ubicado a 25 km de Maldonado, sobre las costas del océano Atlántico. Está conformado por 1551 habitantes. Presenta una extensión de 3,7 km y es un espacio geográfico cosmopolita, que ha ido desarrollándose como un lugar para vivir con escasa organización

- 1 Esp. en Medicina Familiar y Comunitaria, policlínica Balneario Buenos Aires, RAP- ASSE Maldonado.
- 2 Licenciado en Enfermería, policlínica Balneario Buenos Aires, RAP- ASSE Maldonado
- 3 Res. de Medicina Familiar y Comunitaria, policlínica Balneario Buenos Aires, RAP- ASSE Maldonado
- 4 Licenciada en Psicología, policlínica Balneario Buenos Aires, RAP- ASSE Maldonado
- 5 Pos. de Medicina Familiar y Comunitaria, policlínica Balneario Buenos Aires, RAP- ASSE Maldonado



y urbanización territorial (2). Es un punto neurálgico de ingreso al departamento para la población migrante interna y externa en búsqueda de oportunidades laborales (construcción y servicio doméstico). En los últimos años ha presentado un crecimiento demográfico sostenido y explosivo, configurando un espacio con escaso soporte de servicios públicos. La policlínica se encuentra localizada geográficamente en el Balneario, si bien recibe usuarios/as de hasta 13 km a la redonda. Funciona de lunes a viernes de 8 a 18 horas. Los usuarios pueden agendarse en el horario de funcionamiento presencial o telefónicamente. Se cuenta con 2200 historias clínicas electrónicas ambulatorias (HCEA).

Este centro de salud inicia su desarrollo en el año 2011 siguiendo un modelo de trabajo basado en los pilares de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), conformando un equipo de forma paulatina. En el año 2013 se suma a una Unidad Docente Asistencial Rural de MFyC, fortaleciendo actividades de docencia, investigación, asistencia y de extensión universitaria. El equipo de salud realiza en el año 2016 un DPSS, dado que no existían antecedentes de realización de DPSS, por otro lado, el crecimiento demográfico obligaba a recabar información pertinente y priorizada para poder elaborar propuestas y estrategias locales en salud. A su vez esta metodología de trabajo contribuiría a la formación del propio equipo de salud. Las principales características que se destacan del mismo y que justificaron elaborar la propuesta de trabajo enmarcada en el cambio de modelo de gestión y atención fueron: la alta proporción de jóvenes de la población y de usuarios del servicio en relación al departamento de Maldonado y al país, con un crecimiento demográfico permanente y sostenido; un flujo de consulta espontánea diario y permanente de variada complejidad que obligaba al servicio a responder de manera organizada y resolutive, dada la escasa accesibilidad geográfica a otros centros de atención.

La instrumentación de un sistema de triage se consideró una herramienta alternativa para clasificar y reorientar las consultas en los servicios de atención. Tanto en los servicios de urgencias hospitalarios como en los servicios de emergencias extrahospitalarios los sistemas de triage están claramente implantados. Sin embargo, en los servicios del primer nivel de atención (PNA) este proceso está siendo más lento, en parte por existir escasas herramientas y tener que utilizar sistemas creados para los servicios hospitalarios, lo que limita su utilidad (3).

La policlínica acondicionó e incrementó sustancialmente su planta física en julio 2017, lo que ocasionó un aumento sostenido de usuarios/as con problemas de salud prevalentes, entre ellos usuarios que convivían con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o mujeres con alteraciones en su colpocitología oncológica (PAP) cuya asistencia se veía fragmentada y centralizada y eso era una preocupación para el equipo de salud que se sumaba a los resultados del diagnóstico.

Recientemente se asume al VIH como enfermedad crónica y la importancia de una correcta organización, no solo estructural, que permita todas las áreas de su prevención, sino desde la promoción de salud basada en derechos (4). Por otra parte, el cáncer cer-

vicouterino es el tercero en incidencia y quinto en mortalidad, con baja cobertura a nivel nacional, a pesar de ser una reconocida medida de screening de lograrse una adecuada participación [5].

En función de los problemas identificados y priorizados por el equipo de salud se seleccionaron 3 experiencias que se enumeran y describen a continuación.

- A.** Se instrumentó un proyecto de triage adecuado al PNA.
- B.** Se elaboró un protocolo local de atención vinculado a la atención y seguimiento de personas que conviven con VIH.
- C.** Se elaboró un protocolo local para el abordaje y seguimiento de la realización de PAP.

## **Descripción**

### **A. *Protocolo de Triage***

Los objetivos del proyecto fueron priorizar y clasificar las consultas espontáneas. Por otro lado, se buscó capacitar al personal de enfermería en manejo y clasificación de consultas, promover un uso eficiente del servicio por partes de los usuarios y disminuir la consulta en servicios de urgencia. Se realizó un proyecto piloto a partir de un programa de triage para valorar la viabilidad de la implementación de un sistema de triage adaptado.

Claramente se vio reflejada la necesidad de poder confeccionar instrumentos y lógicas acordes al equipo y a los motivos de consulta específicos, pero también a las características de la zona de influencia.

Se seleccionó el equipo responsable, se elaboró un instrumento para poder recolectar los datos de interés y poder caracterizar en un primer momento esas consultas. El equipo se conformó por un licenciado en enfermería y un médico.

Se destinaron inicialmente dos días a la semana en el horario de 13 a 18 horas en un periodo de prueba de 3 meses (junio-setiembre 2017). Todas las consultas espontáneas, previo aviso en la recepción, fueron recibidas por un licenciado en enfermería o un auxiliar de enfermería. Se realizaba un breve interrogatorio, se registraban los signos vitales y con apoyo del médico se calificaban las consultas espontáneas en función de un color.

El resto de los días que concurrían las consultas espontáneas, se atendían igual en el servicio, pero sin esta metodología de educación y clasificación, sino que se asistían a medida que el médico tenía un espacio en su consulta. Cuando el triage se encontraba operativo, las consultas clasificadas como rojas requerían una atención de emergencia inmediata por el equipo de salud ej.: convulsión, corte con sangrado importante, intento de autoeliminación grave. Las amarillas eran consultas que se iban a resolver en el turno de 8 a 18 ese mismo día, pero no necesariamente de forma inmediata ej.: fiebre de reciente inicio, usuaria que consulta por interrupción de embarazo, captación de embarazo, odinofagia.

Las verdes se resolverían en el marco de una consulta programada con 7 días máximo de espera y se explicaba al usuario la razón de esta decisión. Algunos ejemplos de este tipo de consulta son: mostrar resultados de análisis, renovar medicación, dolor muy leve sin elementos de alarma, control en salud.

Durante el periodo 1/6/2017 al 30/9/2017 durante dos días a la semana en turno de 13 a 18 horas se midieron los siguientes indicadores: número de protocolos de atención armados en función de motivos de consulta, consultas totales, porcentaje de consultas espontáneas, número de consultas derivadas a otros niveles de atención y motivos de derivación.

### **B. *Protocolo atención a personas que viven con VIH***

Desde el equipo se trabajó en la estrategia de “prevención combinada” buscando la mejora en la calidad de atención, promoviendo la adherencia a un equipo de referencia desde el PNA, la longitudinalidad y continuidad y evitando traslados innecesarios a otros niveles de atención [6].

Se elaboró un protocolo de atención en conjunto con enfermería y MFyC teniendo como guía técnica de referencia la Pauta Nacional de VIH [6], pero adaptado a la realidad local administrativa y geográfica. Este protocolo se presentó en reuniones de equipo en conjunto con talleres de sensibilización sobre el tema haciendo hincapié en secreto profesional y roles de cada uno de los integrantes. En el mismo se plantearon responsables en varias etapas del desarrollo como: mapa de ruta para diagnóstico, recursos materiales y humanos necesarios, uso del sistema informático para cada etapa del mismo, responsables de solicitud y entrega de medicación y tabla diseñada para seguimiento de pacientes. A través del uso de la historia clínica electrónica ambulatoria (HCEA) se capacitó en formas de acceso a aspectos del seguimiento (por ejemplo, resultado de paraclínica).

Se elaboró una carpeta con el protocolo, la grilla de seguimiento de pacientes, y la guía nacional, de modo de facilitar el acceso a documentos de forma práctica. Cada usuario tiene un médico de referencia, quien es el encargado del seguimiento del paciente y quien completa la grilla de seguimiento. A su vez, cada integrante del equipo asume la responsabilidad de actuación en algún ítem del protocolo, lo que nos permite el compromiso de todos y la mirada sistémica del proceso. Mensualmente, en las reuniones de equipo, se revisa el protocolo y se actualizan los indicadores priorizados.

Se contabilizó durante el periodo 01/01/2017 al 30/07/2018 el número de personas que se asistían en el servicio y que vivían con VIH, cuántas de ellas levantaban la medicación en el servicio, cuántas tenían su paraclínica al día según pauta, cuántas accedían a infectólogo en algún momento, y cuántas habían logrado una carga indetectable. Por otro lado, se contabilizó cuántas instancias de capacitación y sensibilización de equipo se habían realizado y cuántas reuniones de ajuste de protocolo se habían realizado.

### **C. Protocolo de PAP**

Se elaboró un protocolo de actuación y seguimiento en conjunto con MFyC y Lic. en Enfermería en función de la Guía Nacional [7], adaptado a la realidad local.

Se nombraron responsables en cada etapa del mismo, desde el momento en que se indica un PAP hasta que se entrega el resultado o se indica un estudio complementario. Se elaboró una carpeta con el protocolo, la grilla de seguimiento de pacientes, y la guía nacional, de modo de facilitar el acceso a documentos de forma práctica. Los objetivos fueron aumentar la cobertura de la prestación, fortalecer el seguimiento longitudinal y la continuidad del proceso de las usuarias y mejorar la calidad del screening.

Se realizaron acuerdos en el equipo: la indicación del mismo se realiza según la Guía Nacional [7] evitando el sobretamizaje. El sistema de agenda se adapta según las preferencias de las usuarias, la muestra se realiza en el mismo servicio y el resultado no se entrega por ventanilla sin previamente haber tenido una consulta con un integrante técnico quien explica el resultado a la usuaria y despeja dudas. Todos los resultados de las muestras son descargadas desde un sistema informático nacional en el mismo servicio. Las patológicas se clasifican según la Guía Nacional, introduciéndose a las usuarias en planilla de seguimiento interno para ser convocadas al servicio y comenzar el seguimiento según corresponda. Mes a mes, el equipo encargado revisa nuevos resultados y actualiza la lista. La colposcopia y la consulta con ginecólogo se coordinan en el propio servicio y se realizan en otro nivel de atención.

Se capacitó a todo el equipo en el objetivo de promover la realización de PAP, así como en la Guía Nacional según evidencia disponible. Mensualmente en reuniones de equipo se van presentando los datos y se ajusta el protocolo.

Se confeccionaron los siguientes indicadores: cobertura en el periodo 30/06/2015 al 30/06/2018, número de PAP realizados en el periodo 30/06/2015 al 30/06/2018, número de PAP realizados y número de PAP patológicos, así como patológicos en seguimiento, porcentaje de insatisfactorios, reuniones de equipos para capacitación y reuniones de equipo para reporte de indicadores en el periodo 1/01/2017 al 30/06/2018.

## **Resultados**

### **A. Protocolo de Triage**

En el período desde el 1ero de junio al 30 de setiembre de 2017 (2 días a la semana en turno de 13 a 18 horas) se atendieron un total de 420 consultas, con 143 consultas espontáneas (34%). 131 fueron catalogadas como verdes. De las consultas espontáneas (143) solo 10 fueron derivadas a otro nivel de atención. De éstas, 4 eran de usuarios de otro prestador de salud, y los 6 restantes fueron: celulitis de cara en niño, convulsión en niño, intento de

# COMUNITARIA EN S COMUNITARIOS LTADOS



**Resumen**

Se realizó un diagnóstico de las expectativas de los actores de la comunidad y se elaboró un plan de intervención comunitaria para promover hábitos saludables en la escuela N° 102.

- Participación del comité de Promoción de la Salud de la Escuela N° 102
- Capacitación de los actores de la comunidad
- Elaboración de un plan de intervención comunitaria
- Ejecución de las actividades de intervención
- Evaluación de los resultados



## Promoción de Hábitos Saludables: cuidado ambiental, corporal y alimentación saludable en la Escuela N° 102

Agosto- Noviembre del 2017, Balsemao Buenos Aires

### Introducción:

Se realizó una intervención comunitaria con los alumnos de la Escuela N° 102, con el objetivo de promover hábitos saludables. En conjunto con los actores de la comunidad se priorizaron las problemáticas de intervención y se llevaron a cabo tres talleres sobre cuidado ambiental, corporal y alimentación saludable.

### Objetivo general

Promover hábitos saludables en relación al cuidado ambiental, corporal y alimentación saludable, en los estudiantes de la Escuela N° 102 de Balsemao Buenos Aires.

### Estrategia de Intervención

Se elaboraron tres talleres de intervención educativa con la participación de los docentes y los niños de la escuela. Cada taller se evaluó a través de una encuesta de satisfacción.

### Resultados y conclusiones

Se cumplieron los objetivos planteados en el plan de intervención durante el primer semestre. Los talleres motivaron a los niños, en todas las temáticas trabajadas. El vínculo positivo generado entre cada subgrupo y la clase asignada. Las dificultades presentadas respecto a las edades y nivel educativo de los niños, se abordaron en la planificación de los talleres y se recomienda para el próximo año continuar con los talleres y abordar otras problemáticas.

Locandad: Balsemao Buenos Aires  
Unidad Docente Asesorada: Medicina Familiar y Comunitaria  
Institución de la Unidad Docente: Escuela N° 102  
Tutores: Mary Dora López, María José Rodríguez, Carolina Rodríguez, David Paredes



## ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE SALUD EN LA ESCUELA N° 102 DEL BALNEARIO BUENOS AIRES, AGOSTO-NOVIEMBRE 2018

Aprendizaje en territorio II, Doña Estela Ciarra, Coordinadora y Directora  
Balneario Buenos Aires, Maldonado, UDELAR, Maldonado nivel 0729

### INTRODUCCIÓN:

En conjunto con referentes comunitarios se concientiza a la población. En base a esto se propone enfocar nuestra intervención comunitaria en actividades de promoción de salud, que consistieron en talleres de seguridad vial, contaminación ambiental e higiene para los alumnos de la escuela. Anteriormente la Facultad de Medicina ya había trabajado con la institución.



### ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN:

El equipo universitario se subdivide, realizando una actividad con un determinado grupo escolar. Definiendo la metodología según la edad y la cantidad de alumnos.

La intervención se realizó bajo nuestra responsabilidad académica, obteniendo previamente el consentimiento de la institución. En todo momento se buscó colocar a la comunidad como fin y no como un medio para beneficio del equipo.

### OBJETIVO GENERAL:

El objetivo de la intervención fue ampliar conocimientos y habilidades acerca del cuidado salud-ambiente para informar y concientizar a los niños de la Escuela N° 102 del Balneario Buenos Aires en el periodo agosto-noviembre del 2018 por el grupo 59 de la Facultad de Medicina.



**RESUMEN**  
Este trabajo de investigación describe la experiencia de un grupo de estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, quienes realizaron una intervención comunitaria en la Escuela N° 102 del Balneario Buenos Aires, Maldonado, Uruguay, durante el periodo agosto-noviembre del 2018. El objetivo de la intervención fue ampliar conocimientos y habilidades acerca del cuidado salud-ambiente para informar y concientizar a los niños de la Escuela N° 102 del Balneario Buenos Aires en el periodo agosto-noviembre del 2018 por el grupo 59 de la Facultad de Medicina.



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY



Interventor: M. Basso, L. Carré, M. Corbelli, E. De Juan, M. De La Cruz, F. H. Ramírez, N. García, C. Jover, C. Lantini, M. López, N. Martínez, B. Nóbil de Tolo-Ducasse & Facultad de Medicina, Universidad de la República.

autoeliminación, 3 odontalgias intensas con necesidad de atención odontológica. Las seis consultas tenían claros motivos de derivación a otro nivel asistencial para resolución. El resto se resolvió in situ.

### **B. Protocolo atención a personas que viven con VIH**

En el período del 1ero de enero de 2017 al 30 de julio de 2018 se realizó el seguimiento de 4 personas que viven con VIH. Los 4 levantan la medicación en el servicio, acceden a consulta con infectólogo. Es de destacar que los 4 tienen la paraclínica al día según las pautas nacionales y que todos tienen carga viral indetectable. Se realizaron 2 instancias de sensibilización para el equipo de la policlínica y 2 reuniones de equipo para presentar el protocolo y alcanzar acuerdos de funcionamiento. También se realizó un seminario clínico académico para discusión de casos. Al momento de escribir este capítulo (mayo 2019) contamos con 9 personas en seguimiento, 8 con carga indetectable.

### **C. Protocolo de PAP**

Se realizaron en el periodo del 30 de junio de 2015 al 30 de junio de 2018 366 PAP, con un porcentaje de cobertura calculado a partir del padrón de usuarias de ASSE con edades comprendidas entre 21 y 69 años de 65%.

Entre el 1/01/2017 y el 30/06/2018 se realizaron 142 PAP, de ellos 17 fueron patológicos (12%) y 9% fueron insatisfactorios. Se logró 100% de seguimiento de los 142 realizados. Se realizaron 2 capacitaciones de equipo y 3 reuniones de reporte de indicadores y mejora del protocolo.

## **Conclusiones**

Se logró una adecuada organización del equipo para el seguimiento en calidad de los/as usuarios/as, aportando a disminuir la referencia a otros especialistas y disminuyendo la movilidad de los usuarios.

La responsabilidad compartida entre los integrantes del equipo de salud en todos los ítems de los protocolos afianzó el trabajo en el equipo y la confianza entre sus integrantes, apostando a una gestión participativa desde la microgestión.

Se logró una mejoría sustancial en el seguimiento de las usuarias que se realizan PAP con una longitudinalidad y continuidad de calidad.

Dado el incremento de usuarios que se acercan y optan a participar de esta modalidad de trabajo será un desafío ajustar las pautas de funcionamiento e ir adaptando los recursos a la demanda que av ecina. También será importante realizar una evaluación de satisfacción de los usuarios y del propio equipo.

## Referencias bibliográficas

1. Paulo A. Diagnóstico Participativo de Salud Balneario Buenos Aires Maldonado; 2016. [trabajo final módulo epidemiología comunitaria, postgrado epidemiología]. Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay. 2016.
2. Instituto Nacional de Estadística [en línea]. 2011. [fecha de último acceso: mayo 2019]. Población por grupo decenal de edades, según área, localidad y sexo. Maldonado. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/web/guest/indicadores-demograficos>
3. De Mattos C, Soutto R, Pinho G. Welcoming Services: Triage or Strategy for Universal Health Access? *Rev Min Enferm* [en línea]. 2014;18(4):815–22. Disponible en: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1415-2762.20140060>
4. Gol-Montserrat J, Del Llano J, del Amo J, Campbell C, Navarro G, Segura F, et al. Vih En España 2017: Políticas Para Una Nueva Gestión De La Cronicidad Más Allá Del Control Viroológico. *Rev Esp Salud Pública*. 2018; 92: e1–9.
5. Barrios E, Garau M. Cáncer: magnitud del problema en el mundo y en Uruguay, aspectos epidemiológicos. *AnFaMed*. 2017; 4(1):9–46. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/afm/v4n1/2301-1254-afm-4-01-00007.pdf>
6. Ministerio de Salud. Pautas de Atención a personas que viven con VIH en el Primer Nivel de Atención. Uruguay: MS, 2016. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/pautas-de-atencion-personas-con-vih-en-el-primer-nivel-de-atencion>
7. Ministerio de Salud Pública. Guía de práctica clínica de tamizaje de cáncer de cuello de útero. Uruguay: MSP; 2014. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-de-practica-clinica-cuello-uterino>

# Capítulo 18: Gestión de riesgo en procesos de atención de embarazadas y niños en Red Atención Primaria. Canelones

Laura Capote<sup>1</sup>, Dione Carrasco<sup>2</sup>

## Resumen

El presente trabajo busca la mejora en la calidad de la atención y la implementación de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención de la mujer embarazada, niñas y niños menores de 6 años en servicios de salud del primer nivel de atención del departamento de Canelones, Uruguay. Esto se realizó mediante la metodología denominada Proceso de Gestión de Riesgo que analiza los procesos asistenciales, detecta las fallas más frecuentes y propone soluciones para las mismas. Se realizó el relevamiento de los procesos asistenciales en 6 unidades asistenciales de Canelones. Los equipos de salud de las unidades asistenciales relevadas junto con los equipos de gestión regionales elaboraron el plan de acción para implementar soluciones para las fallas detectadas en cada una de ellas.

**Palabras clave:** Atención primaria de salud, gestión de riesgo, calidad asistencial, seguridad del paciente.

## Introducción

Los usuarios de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) representan el 29% de la población del departamento de Canelones. Se describen a continuación algunos datos epidemiológicos de dicha población. La tasa bruta de natalidad tiene una tendencia a la disminución desde 2010 pasando de 13 a 11,7 en 2016. La tasa de mortalidad infantil en 2016 (fallecidos menores de 1 año sobre el total de recién nacidos vivos) fue de 6,48, siendo su componente neonatal de 4,62 y el postneonatal 1,85 [1].

En cuanto a los indicadores de la embarazada, el 22,6% de las embarazadas son adolescentes menores de 19 años. El primer control de la embarazada antes de las 12 semanas de gestación fue realizado en el 67,8% del total de embarazadas. El porcentaje de embarazadas con 5 o más controles de su embarazo, ascendió a 87,5% en 2016. El porcentaje de prematuridad del departamento es de 7,8%. El promedio de recién nacidos con algún factor

1 Licenciada Bioquímica. Especialización en Gestión de Servicios de Salud. COSEPA Central. ASSE.

2 Médica pediatra. Gerente de Gestión de Riesgo. RAP Canelones. ASSE.



FIRE CHIEF  
1st DISTRICT

Rescue

de riesgo es de 33,7% [1].

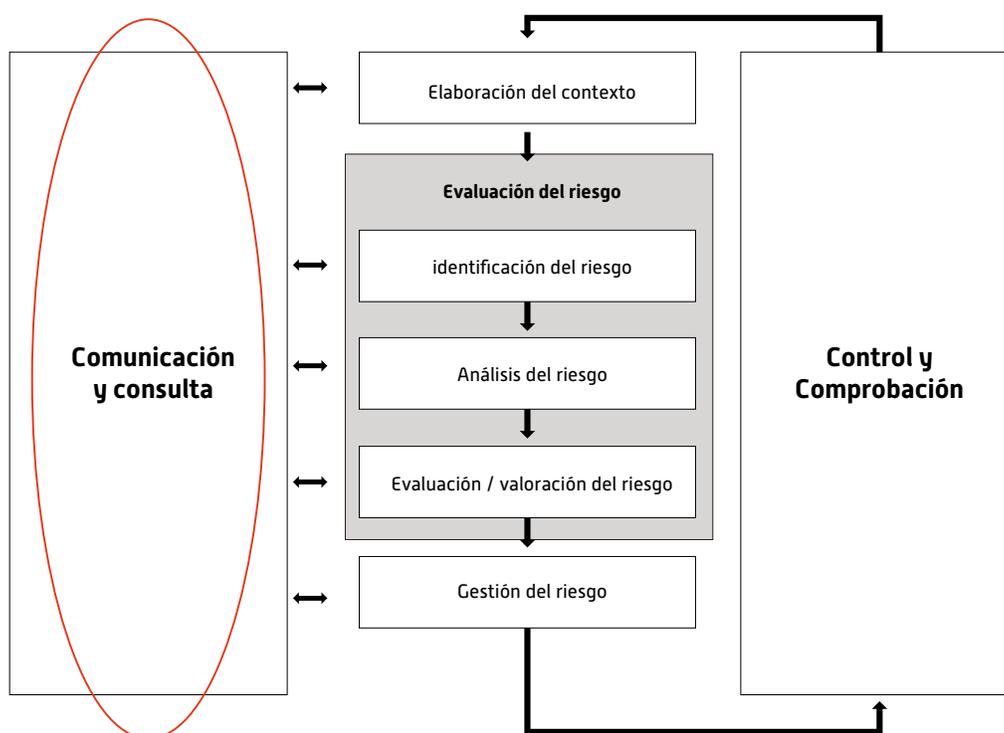
En el marco de mejora de la calidad de los procesos de atención y en particular de los procesos priorizados en los que se encuentra trabajando la Red de Atención Primaria [RAP] de Canelones desde 2015, es que se aplica la metodología del Proceso de Gestión de Riesgo [2]. Esta herramienta tiene como finalidad desarrollar la cultura de identificar, evaluar y gestionar todos los riesgos para disminuir la probabilidad de ocurrencia de fallas en el proceso asistencial. Permite reducir riesgos potenciales y reales e identificar oportunidades de mejora de la atención y de la seguridad del paciente en toda la Institución [3].

Con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de atención de embarazadas, niñas y niños, se decidió incorporar los aspectos que hacen a la Seguridad del Paciente. Esta se define como la disminución del riesgo de daño durante la provisión de asistencia sanitaria y es un componente esencial de la calidad del proceso asistencial [4]. En atención primaria implica tener en cuenta aspectos vinculados al uso seguro del medicamento, realización de diagnóstico oportuno, lograr una comunicación efectiva (dentro del equipo de salud y del equipo con los cuidadores) y asegurar la continuidad de los cuidados, entre otros [5].

## Descripción

Se describe a continuación el Proceso de Gestión de Riesgo [UNIT-ISO 31000:2009] [Figura 1] y su implementación en la RAP de Canelones para los procesos de atención de la salud de la embarazada y de niños y niñas menores de 6 años.

**Figura 1:** Proceso de Gestión de Riesgo. / Fuente: Norma UNIT- ISO 3100: 2009.



La primera etapa, de **comunicación y consulta**, se realiza a través de encuentros con los integrantes de los equipos de salud involucrados directamente en el proceso de atención. Con esa finalidad se conformó en marzo de 2018 un grupo interdisciplinario de profesionales de la RAP y de las Unidades Docentes Asistenciales del departamento para rediseñar el proceso de atención. Se tuvo como referencia la normativa vigente para los controles del niño y la embarazada y los aspectos vinculados a la seguridad del paciente en el Primer Nivel de Atención (PNA).

En la **elaboración del contexto** se articulan los objetivos, se definen los parámetros internos y externos a considerar al gestionar los riesgos y se establece el alcance, las metas y los criterios de riesgo.

Posteriormente, en la etapa de **identificación del riesgo** se realiza el Formulario de Relevamiento del proceso con la finalidad de poder establecer cuánto se aparta el proceso de atención con respecto al rediseño realizado y a las buenas prácticas en seguridad del paciente. Este formulario es completado mediante entrevista al personal de salud involucrado en los procesos de atención en las unidades asistenciales relevadas. Fue elaborado en forma conjunta por los especialistas en el proceso de gestión de riesgo y los referentes técnicos de cada proceso de atención. En este caso, los referentes técnicos fueron una médica pediatra y una médica ginecóloga.

En la etapa de **evaluación del riesgo** se utiliza la herramienta AMFE (análisis modal de falla y efecto) que consiste en la identificación de las fallas en el proceso de atención, su análisis y su valoración de acuerdo al criterio de riesgo. Para el cálculo de la frecuencia de la falla se considera el porcentaje de respuestas negativas en los Formularios de Relevamiento. Para el análisis de la falla este porcentaje se multiplica por la severidad de la misma, que se determina asignando un número definido dentro de una escala arbitraria del 1 al 5 (se asigna el valor 1 si la falla es sin impacto en el proceso y 5 si la falla es con impacto máximo). De esta multiplicación surge un valor denominado Número Priorizado de Riesgo (NPR) que nos permite comparar con el criterio de riesgo establecido.

El Criterio de Riesgo se define de acuerdo a criterios técnicos en el que se considera que para NPR entre 200 y 500 es RIESGO NO ACEPTABLE y se debe proponer y planificar acciones a corto plazo con el objetivo de eliminarlo o reducirlo al mínimo. Los NPR entre 51 y 199 se consideran RIESGOS A SER TRATADOS y se deben proponer y planificar acciones a mediano plazo con el objetivo de reducirlos al mínimo. Los NPR entre 1 y 50 son ACEPTABLES, por lo que se deben proponer y planificar acciones a largo plazo con el objetivo de reducirlos.

A modo de ejemplo, se detectó como falla la no realización de visitas domiciliarias a todos los recién nacidos de riesgo antes de los 7 días de vida. 40% de las respuestas en los formularios mostraron que no se realizaban dichas visitas domiciliarias. Y como el impacto de no realizar las visitas es alto (se le dio un puntaje de 5 en un rango de 1 a 5), el Número

Priorizado de Riesgo (NPR) es de 200 (40 x 5) (Ver Tabla 1).

En la etapa de **gestión del riesgo**, se realiza el Plan de tratamiento de riesgos o Plan de acción en el cual se detallan las actividades, los responsables, los recursos humanos, el tiempo de ejecución, los indicadores tempranos o del proceso y los indicadores de resultados. Las diferentes etapas del proceso de gestión de riesgo se llevaron a cabo en 6 unidades asistenciales pertenecientes a las tres subregiones de la RAP en el departamento en el período comprendido entre marzo y junio de 2018. La actividad de relevamiento fue coordinada con el equipo de gestión de cada unidad asistencial de forma de que en la entrevista esté presente el o los profesionales vinculados al proceso, el personal de apoyo y el propio equipo de gestión.

### Resultados:

A modo de resumen se presentan algunos de los resultados obtenidos correspondientes a la evaluación del riesgo de los procesos de atención de la mujer embarazada y de niños y niñas menores de 6 años cuyo NPR es igual o mayor a 51 que requieren tratamiento a corto y mediano plazo. Ver Tabla 1

**Tabla 1.** Análisis de riesgo – Número priorizado de riesgo – proceso seguimiento de niños 0-5 de años y atención de la embarazada en 6 unidades asistenciales de la RAP Canelones.

| Proceso atención del niño   |              |               |           |
|---|--------------|---------------|-----------|
| 1 - GESTIÓN   | Frecuencia % | Impacto [1-5] | NPR (Fxi) |
| No cuentan con mapa o flujograma del proceso.   | 67           | 5             | 335       |
| No acceden con facilidad a la información de recién nacidos derivados desde las instituciones públicas o privadas | 100          | 5             | 500       |
| No se realizan coordinaciones con otros servicios o instituciones para el abordaje de recién nacidos de riesgo    | 17           | 3             | 51        |
| No existe material para evaluación del desarrollo infantil  | 33           | 3             | 99        |
| No disponen en el servicio de los suplementos vitamínicos y medicamentos de indicación habitual                   | 17           | 3             | 51        |

|  |                     |                      |                  |
|--|---------------------|----------------------|------------------|
| No tienen definidos indicadores para evaluar la gestión del proceso  | 50                  | 4                    | 100              |
| <b>2 - ACTIVIDADES CLÍNICAS</b>  | <b>Frecuencia %</b> | <b>Impacto [1-5]</b> | <b>NPR [Fxl]</b> |
| La visita domiciliaria no se realiza a todos los recién nacidos de riesgo antes de los 7 días de vida                    | 40                  | 5                    | 200              |
| No tienen pautas de abordaje de las diferentes condiciones de riesgo con equipo interdisciplinario                       | 50                  | 5                    | 250              |
| No cuentan con procedimiento si es necesario repetir la muestra de sangre de pesquisa} neonatal                          | 50                  | 4                    | 200              |
| No se realiza dosificación de hierro en sangre entre los 8 y 12 meses de edad  | 50                  | 3                    | 150              |
| Los casos de sobrepeso u obesidad no se abordan en equipo multidisciplinario   | 17                  | 3                    | 51               |
| Tienen dificultades para realizar derivaciones a especialistas.  | 100                 | 5                    | 500              |
| No se realiza control oftalmológico a los niños entre los 36 y 60 meses  | 17                  | 5                    | 83               |
| Tienen dificultades en las coordinaciones con maestras y especialistas cuando se detectan alteraciones en el aprendizaje | 33                  | 4                    | 132              |
| <b>Proceso de atención de la embarazada</b>  |                     |                      |                  |
| <b>1 - GESTIÓN</b>   | <b>Frecuencia %</b> | <b>Impacto [1-5]</b> | <b>NPR [Fxl]</b> |

|  |                     |                      |                  |
|--|---------------------|----------------------|------------------|
| No está disponible la medicación necesaria según pauta para su dispensación en la unidad asistencial | 67                  | 4                    | 201              |
| No existe seguimiento de la asistencia de la embarazada a los controles pautados                     | 50                  | 4                    | 200              |
| No se dispone de interconsulta con salud mental ni trabajo social                                    | 33                  | 2                    | 66               |
| No hay reporte de errores en la prescripción o administración de medicamentos                        | 100                 | 4                    | 400              |
| <b>2 - ACTIVIDADES CLÍNICAS</b>  | <b>Frecuencia %</b> | <b>Impacto [1-5]</b> | <b>NPR [Fxl]</b> |
| Si desea interrumpir embarazo no se inicia IVE1* ni se coordina IVE2 **                              | 50                  | 5                    | 250              |
| No se indican fármacos y/o suplementos de rutina   | 17                  | 4                    | 68               |
| No se realiza comunicación efectiva de indicaciones sobre tratamiento a la usuaria                   | 17                  | 5                    | 85               |
| No hay protocolos de coordinación de interconsultas, derivaciones o ingresos hospitalarios           | 100                 | 4                    | 400              |
| Si se diagnostica Diabetes Gestacional no se cumple pauta de paraclínica e interconsultas            | 33                  | 3                    | 99               |
| No se solicitan todos los exámenes de rutina según pauta   | 50                  | 4                    | 200              |
| No se indica Progesterona si hay riesgo de Parto de Pretérmino.                                      | 33                  | 5                    | 165              |
| No se indica Calcio y AAS si hay riesgo de Preeclampsia  | 33                  | 3                    | 165              |

|   |     |   |     |
|---|-----|---|-----|
| No se realiza test rápido de sífilis ni VIH en la consulta de captación del embarazo  | 100 | 5 | 500 |
| Si se indica penicilina benzatínica, no se administra la primera dosis en la consulta | 50  | 5 | 250 |
| La usuaria no accede al servicio de referencia en VIH en menos de una semana          | 33  | 5 | 165 |

Fuente: elaboración propia. \*IVE1: Interrupción Voluntaria del Embarazo Etapa 1.

\*\* IVE2: Interrupción Voluntaria del Embarazo Etapa 2.

Con los resultados obtenidos se elaboró el Plan de tratamiento del riesgo que contiene las actividades de mejora, los recursos necesarios, el plazo de ejecución, los indicadores tempranos y de resultados. A modo de ejemplo se presenta el tratamiento de algunos de los riesgos analizados en ambos procesos de atención en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Plan de tratamiento de riesgo de los procesos de atención a embarazadas y niños menores a 6 años en las 6 unidades asistenciales de la RAP de Canelones.

| PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO PROCESO EMBARAZO  |                            |  |                     |  |   |
|--|----------------------------|--|---------------------|--|---|
| Actividad  | Resp.                      | RRHH y RRMM  | Tiempo de ejecución | Indicadores tempranos  | Indicadores de resultados                             |
| <b>1 - GESTIÓN</b>   |                            |  |                     |  |   |
| Realizar las gestiones de recursos para la adquisición de los test rápidos de diagnóstico de embarazo, VIH y sífilis | Equipo de gestión regional | Administrativa encargada de compras y química farmacéutica | 2 meses             | Solicitud de compra entregada a unidad ejecutora que realiza la compra | % de test distribuidos/ cantidad de tests solicitados |

## 2 - CLÍNICA

|   |   |   |         |  |  |
|---|---|---|---------|--|--|
| Elaborar el procedimiento para iniciar IVE1 en la primera consulta si la usuaria desea interrumpir el embarazo que Incluye coordinación de interconsultas y derivación a equipo de IVE. Capacitar en dicho procedimiento. | Ref. Área salud sexual y reprod. de la RAP. | Equipo de salud y horas disponibles asignadas al trabajo en la mejora del proceso<br><br>Espacio físico acondicionado para el desarrollo de la capacitación | 1 mes   | % de reuniones de equipo realizadas/ reuniones de equipo programadas<br><br>% de recursos humanos que fueron capacitados en un periodo de un mes | % de usuarias que desean interrumpir el embarazo que se inicia IVE1 en la primera consulta / usuarias que desean interrumpir el embarazo |
| Realizar protocolo para la utilización de test rápido de sífilis y VIH en la consulta de captación del embarazo y actuación según resultados con usuaria y parejas.<br><br>Capacitar en dicho protocolo                   | Equipo de gestión de la U. A                | Equipo de salud que formó parte de la elaboración de los protocolos.<br><br>Espacio físico acondicionado para el desarrollo de la capacitación.             | 2 meses | % de recursos humanos que fueron capacitados en un periodo de un mes.  | % de tests rápidos de sífilis y VIH realizados en consulta de captación en período x/ total de consultas de captación en igual período   |

## PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO PROCESO NIÑOS-NIÑAS

### 1 - GESTIÓN

|   |                            |   |  |   |   |
|---|----------------------------|---|--|---|---|
| Elaborar protocolo de enlace de los RN desde la maternidad y flujograma de atención longitudinal de los niños y niñas en el PNA | Equipo de gestión regional | Coordinadores regionales, referente pediatría RAP |  | Protocolo y flujograma elaborado para cada región de la RAP | % de UA en cada región con protocolo de enlace y flujograma de atención longitudinal implementado |
|---|----------------------------|---|--|---|---|

|   |                             |   |  |  |  |
|---|-----------------------------|---|--|--|--|
| Definir y planificar las acciones y recursos que garanticen el abordaje de situaciones de riesgo incluyendo la visita domiciliaria a los RNR antes de los 7 días de vida, coordinadas con la familia. | Equipo de gestión de la U.A | Personal administrativo<br>Pediatra,<br>Licenciado en Enfermería,<br>vehículo con chofer.<br><br>Guía de recursos en la comunidad   | 3 meses  | 100% de los protocolos de abordaje de situaciones de riesgo: biológico, social, violencia, salud mental elaborados en un periodo de 1 meses<br><br>100% de los protocolos de visita domiciliaria elaborados a los 3 meses de comenzada la actividad. | % de RNR con visita domiciliaria realizada a los 6 meses de implementado los protocolos.   |
| Realizar las gestiones de medicamentos e insumos necesarios de acuerdo a los requerimientos de la población objetivo  | Equipo de gestión regional  | Estimación del número de medicamentos e insumos necesarios de acuerdo al número de consultas en el último año.<br><br>Solicitud de compra y logística de distribución de insumos y medicamentos | 2 meses  | Solicitud de compra entregada a unidad ejecutora que realiza la compra   | % de medicamentos distribuidos/ cantidad de medicamentos solicitados<br><br>% de insumos distribuidos/ cantidad de insumos solicitados     |
| Capacitar al personal en Seguridad del paciente en el primer nivel de atención.   | Equipo de gestión de la U.A | Un integrante del equipo de gestión de la Unidad Asistencia   | El plazo establecido dependerá de las ofertas que brinden las instituciones que dictan dichos cursos | 100% del personal planificado, capacitado en seguridad del paciente en el primer nivel de atención.  | Nº de buenas prácticas en seguridad del paciente protocolizadas a los 3 meses de terminada la capacitación, e implementadas a los 6 meses. |

## 2 - CLÍNICA

|  |                             |  |       |   |  |
|--|-----------------------------|--|-------|---|--|
| Capacitar al personal en los protocolos de atención de niños y niñas de 0 a 5 años y evaluación del desarrollo | Equipo de gestión de la U.A | Equipo de salud que formó parte de la elaboración de los protocolos. Espacio físico acondicionado para el desarrollo de la capacitación. | 1 mes | % de recursos humanos que fueron capacitados en el período de un mes. | % de protocolos asistenciales implementados a los 3 meses de finalizada la capacitación. |
|--|-----------------------------|--|-------|---|--|

Fuente: Elaboración propia a cargo del equipo que desarrolla el trabajo.

Al elaborar el plan de acción se establecen las metas a alcanzar. A modo de ejemplo se mencionan las metas para el proceso de atención del niño:

**Meta 1:** Alcanzar el 100% de los protocolos definidos asociados al proceso asistencial en el periodo, establecidos con enfoque en seguridad del paciente de acuerdo a los riesgos del proceso.

**Meta 2:** Alcanzar el 100% de los recién nacidos de riesgo con visita domiciliaria según pauta y abordaje interdisciplinario de su situación de riesgo en el periodo establecido.

**Meta 3:** Resolver el 100% de las necesidades de medicamentos e insumos necesarios de acuerdo a los requerimientos de la población objetivo

**Meta 4:** Mejorar el proceso de atención incorporando herramientas de calidad (Proceso de Gestión de Riesgo) con el objetivo de brindar una mejor atención que repercuta directamente en mejorar la accesibilidad y resolutiveidad en el primer nivel de atención.

Una vez ejecutado el plan de tratamiento de riesgo en las unidades asistenciales relevadas se selecciona una muestra representativa de éstas con el objetivo de evaluar el efecto de la implementación de las propuestas de mejora en el proceso asistencial.

A partir de los datos del nuevo relevamiento se obtiene un nuevo valor de frecuencia de la falla y se determina el nuevo NPR. El valor del nuevo NPR deberá encontrarse dentro del entorno 0-50 de forma de estar en el rango de aceptable.

Si el nuevo NPR no se encuentra en el rango entre 0- 50 se comienza otra vez con el ciclo de mejora.



## Conclusiones

Se logró la participación activa de los equipos de gestión regionales y de los equipos de salud pertenecientes a cada unidad asistencial en la mejora de los procesos. Esto quedó demostrado en la actitud crítica y objetiva en la identificación de las fallas y sus causas y en la participación en las propuestas de mejora y elaboración del plan de acción.

Se logró sensibilizar al equipo de salud en la importancia de incorporar al proceso de atención los aspectos vinculados a la seguridad del paciente como componente esencial de la calidad asistencial. Esto se expresa en la identificación por parte del equipo de salud de la importancia de mejorar e incorporar aspectos vinculados al uso seguro del medicamento, al desarrollo de la comunicación efectiva (entre el equipo de salud, con los usuarios y familiares), al diagnóstico oportuno y a la continuidad de los cuidados.

Se incorporó la metodología del proceso de gestión de riesgo (UNIT-ISO 31000:2009) como herramienta de evaluación, análisis y mejora de la calidad del proceso de atención de la mujer embarazada de bajo riesgo y de los niños y niñas de menores de 6 años. Todos los integrantes del equipo de salud lograron comprender la necesidad de tener sistematizado el proceso asistencial como parte de brindar una atención de calidad y de la necesidad de realizar capacitaciones planificadas. Muchos manifestaron sentirse más seguros y respaldados a la hora de tomar decisiones.

La resolutivez en el PNA mejorará significativamente en la medida que se implementan las actividades del plan de acción para el tratamiento de los riesgos en cada unidad asistencial. De hecho, las actividades actualmente implementadas así lo demuestran: se inicia IVE1 en la primera consulta si la usuaria desea interrumpir su embarazo, se realiza el diagnóstico y tratamiento oportuno de sífilis a la usuaria y sus parejas sean o no usuarios de ASSE, se extraen y procesan las muestras para exámenes de laboratorio en plazos oportunos y se aumentó el número de visitas domiciliarias a los recién nacidos de riesgo, entre otros.

## Referencias bibliográficas

1. Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Dirección de Sistemas de información. Informes indicadores asistenciales de Canelones, año 2017.
2. Instituto Uruguayo de Normas Técnicas. Gestión del riesgo-Principio y directrices ISO 31000:2009, IDT. Edición 2014-05-15, Montevideo Uruguay
3. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Manual de uso y guía de aplicación de la herramienta de autoevaluación institucional para la seguridad del paciente. Uruguay: MSP, Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente [DECASEPA-MSP].
4. Organización Mundial de la Salud [en línea]. 2018. La investigación en seguridad del paciente. WHO/IER/PSP/2008.02. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/research/en>

5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de calidad. Sistema nacional de salud. APEAS, estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria en salud. Madrid, año 2008. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>
6. Ministerio de Salud. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Uruguay: MS, 2017. Disponible en: [https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1007:objetivos-sanitarios-nacionales-2020-hacia-donde-ira-la-salud-del-paa-s&Itemid=451](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1007:objetivos-sanitarios-nacionales-2020-hacia-donde-ira-la-salud-del-paa-s&Itemid=451)
7. Ministerio de Salud Pública, Uruguay. Instructivo Meta 1. Abril 2017- Mayo 2019. Disponible en: <https://www.msp.gub.uy/publicación/instructivo>

# Capítulo 19: Dispositivo de Atención al Paciente Crónico Complejo: una experiencia de integración docente – asistencial. Paysandú

Diana Domenech<sup>1</sup>, Lucía Antúnez de Oliveira<sup>2</sup>, Miryam Antúnez<sup>3</sup>, Rosario Durante<sup>3</sup>, Nury Guillemot<sup>2</sup>, Lucía Lanterna<sup>4</sup>, Noelia Orellano<sup>4</sup>, Mercedes Pereira<sup>5</sup>, Fabricio Rocca<sup>4</sup>, Daniel Strozzi<sup>6</sup>

## Resumen

La Policlínica Santa Mónica - Dr. Carlos Stagno, perteneciente a la Red del primer nivel de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), situada en el sureste de la ciudad de Paysandú, constituye un centro académico - asistencial donde conviven funcionarios de ASSE con docentes y estudiantes de la carrera de Doctor en Medicina y de la Escuela de Tecnología Médica. Basa su gestión en la realización de una reunión de equipo semanal. Respondiendo al abordaje de situaciones complejas multideterminadas, en abril de 2018 se implementa el Dispositivo de Atención al Paciente Crónico Complejo. Objetivo: atender integralmente, en domicilio, a aquellos usuarios que, por envejecimiento, discapacidad y/o dependencia presentan dificultades de accesibilidad a los servicios de salud. Descripción: 2 residentes y 2 docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, 1 auxiliar de enfermería y 1 trabajador social trabajan en base a un protocolo de atención que incluye el ingreso de usuarios según criterios específicos, primera visita y diseño de un plan de intervención. Resultados: durante abril – diciembre 2018 ingresaron 11 usuarios: 100% adultos mayores, 63,6% de sexo masculino, 63,6% con educación primaria, 100% por encima de la línea de pobreza y 63,6% viven en hogar biparental. 31 visitas domiciliarias fueron realizadas; en un 100% por Médicos de Familia, 26% por enfermería y 3% por la trabajadora social. Del total de consultas realizadas por estos usuarios en el período, 11,4% fue en el segundo nivel de atención. Conclusiones: dispositivo altamente resolutivo que brinda atención de calidad a usuarios complejos.

**Palabras clave:** Servicio de Atención Domiciliaria

- 1 Prof. Agda de Medicina Familiar y Comunitaria. Referente de la experiencia
- 2 Asistentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Responsables de la implementación de la experiencia
- 3 Ex residentes de Med. Familiar y Comunitaria. Integ. de la Unidad docente - asistencial de Paysandú
- 4 Resid. de Medicina Familiar y Comunitaria de ASSE. Resp. de la implementación de la experiencia
- 5 Resid. de Medicina Familiar y Com. de COMEPA. Integ. de la Unidad docente - asist. de Paysandú
- 6 Prof. Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Integ. de la Unidad docente - asist. de Paysandú



## Introducción

La Obra Social y Comunitaria Santa Mónica, ubicada en el barrio del mismo nombre, situado en la zona sureste de la ciudad de Paysandú (Departamento de Paysandú), inicia sus actividades en el mes de setiembre del año 2006. En diciembre de ese mismo año, por iniciativa de vecinos y vecinas del barrio, en la Capilla Santa Mónica, se formaliza la Obra Social con la participación de 60 socios fundadores que conformaron una Comisión con personería jurídica. Inicialmente centraron sus esfuerzos en la adquisición del predio donde actualmente asienta la policlínica; posteriormente se logró su construcción e inauguración. La Policlínica Santa Mónica – Dr. Carlos Stagno, fue cedida en comodato a ASSE, y se encuentra en funcionamiento desde el año 2010. Debe su nombre al barrio y a la figura de un médico pediatra sanducero, referente técnico y humano en el cuidado de la salud de los niño/as del departamento. La construcción de la policlínica fue posible gracias a donaciones, jornadas de trabajo de vecinos y la adjudicación de varios presupuestos participativos a través de la Intendencia Departamental de Paysandú [1].

La Unidad Docente Asistencial de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) denominada «Fortalecimiento y desarrollo de los núcleos académicos y asistenciales de Paysandú y Tacuarembó» fue aprobada por el Programa de fortalecimiento de los recursos humanos de los prestadores de salud en el año 2009, comenzando su funcionamiento en febrero de 2010. La radicación de sus docentes en Paysandú implicó la puesta en marcha de los objetivos trazados por la misma, que incluía «fortalecer las actividades de enseñanza de grado y postgrado, extensión, investigación y asistencia, en el primer nivel de atención en Paysandú y Tacuarembó, y su articulación con el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria» [2]. Para su implementación, la Dirección de la Red del primer nivel de ASSE del momento, designa a la Policlínica Santa Mónica como polo de desarrollo en Paysandú, convirtiéndose en el correr del tiempo en el principal centro académico - asistencial de la misma.

La Policlínica Santa Mónica está integrada por un equipo de trabajo donde conviven funcionarios de ASSE con docentes de la carrera de Doctor en Medicina y de la Escuela de Tecnología Médica (EUTM). En la actualidad, conforman dicho equipo: personal de enfermería (3 auxiliares y 1 licenciada), médicos (ginecóloga, pediatra, diabetóloga y especialistas en medicina familiar y comunitaria: 3 residentes, 1 jefa de residente y 4 docentes), licenciada en podología, interno de la carrera de fisioterapia, licenciado en trabajo social y auxiliar de servicio. Asimismo, de forma mensual se brinda servicio de vacunación a través de un dispositivo móvil. Dado que se trata de un centro académico - asistencial, se suman a diario, a los técnicos referidos, estudiantes de la carrera de Doctor en Medicina en sus distintos ciclos (CIMGI, CGI, Internado), y estudiantes de Podología de la EUTM. La policlínica funciona de lunes a viernes de 7 a 17.00 horas.

La estrategia de gestión de la policlínica es el trabajo en equipo, consolidado en la realización sistemática y semanal desde su apertura, de la reunión de equipo, en un tiempo y

espacio específico para la misma.

En instancias de discusión en el ámbito de la citada reunión de equipo, surge la inquietud por el abordaje integral de la población usuaria de la policlínica con dificultades en la accesibilidad. Datos extraídos del diagnóstico de situación de salud de la zona de influencia de la policlínica Santa Mónica [3], muestran que las enfermedades crónicas no transmisibles son las más prevalentes en la población, coincidiendo con la situación epidemiológica del país [4]. La hipertensión arterial, la obesidad, el sobrepeso, las dislipemias, la Diabetes Mellitus y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica son las patologías más frecuentes en la población usuaria de Santa Mónica. Estos pacientes suelen presentar frecuentes descompensaciones que implican reiteradas consultas en el primer nivel de atención (PNA) y en el segundo nivel de atención, tanto en los servicios de urgencia como en la consulta con especialistas, requiriendo muchas veces internaciones para el tratamiento de sus patologías.

Surge entonces esta iniciativa con el propósito de abordar la deficitaria atención del paciente crónico complejo (PCC), definido como aquel que presenta dificultades en la accesibilidad a los servicios de salud, producto de afecciones que impiden su desplazamiento y/o la presencia de múltiples patologías que complejizan su atención [5]. Nos proponemos generar un dispositivo para el abordaje eficaz y eficiente de estos usuarios en domicilio, estandarizando su asistencia y protocolizando el apoyo a estos usuarios y sus familias.

En el entendido de que la resolutivez del PNA es una cualidad fundamental de los sistemas de salud porque repercute en el funcionamiento de los otros niveles y en los servicios de urgencia [6], este dispositivo aportará en este sentido, evitando la sobrecarga asistencial que soportan los servicios del segundo nivel de atención y las puertas de emergencia. El Objetivo General fue garantizar cuidados integrales, coordinados y multidisciplinarios en domicilio al paciente crónico complejo.

Los objetivos específicos fueron:

- 1.** Incorporar a la práctica cotidiana el concepto de PCC por su jerarquía en la consulta del PNA
- 2.** Identificar a los pacientes con perfil de ingreso al Dispositivo de Atención al Paciente Crónico Complejo (DAPCC)
- 3.** Conocer las características sociodemográficas de los PCC
- 4.** Diseñar e implementar un protocolo de atención en domicilio que contemple los aspectos biopsicosociales del PCC a través de un equipo básico integrado por auxiliar de enfermería, trabajador social y médico de familia.
- 5.** Promover la realización de actividades de educación para la salud multifamiliares con cuidadores y familiares como un pilar fundamental de la atención en el DAPCC
- 6.** Prevenir y disminuir las complicaciones y/o descompensaciones del PCC priorizando el domicilio como ámbito de resolución
- 7.** Reducir el número de interconsultas con los servicios del segundo nivel de atención

## Descripción

Integran el DAPCC 2 residentes y 2 docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, 1 auxiliar de enfermería y 1 trabajador social, quienes tienen asignada 1 hora semanal para la atención de los PCC en seguimiento, en el horario de funcionamiento de la policlínica. Para la comunicación con el equipo se utiliza el teléfono de la policlínica, y para los traslados a domicilio se coordina la ambulancia con la Dirección de la Red del primer nivel. Si la complejidad del caso lo amerita, el equipo del DAPCC cuenta con un listado de especialistas del segundo nivel de referencia, con perfil de trabajo interdisciplinario, para el abordaje en conjunto de los usuarios.

Son beneficiarios de este servicio, los usuarios que cumplen con los siguientes criterios de inclusión:

- a.** Pertenecientes al área de referencia de la Policlínica Santa Mónica
- b.** Quienes se ajusten a la definición de PCC: aquellos con dificultad o imposibilidad de acudir al centro de atención de manera permanente o temporal debido a situaciones relativas al envejecimiento, la discapacidad, la dependencia y/o la interactividad asistencial [5]

Se definen como criterios de exclusión las siguientes condiciones:

- a.** Usuarios fuera del área de atención de Policlínica Santa Mónica
- b.** Usuarios viviendo procesos sociales que dificulten el acceso al Servicio de Salud, y que requieren la intervención únicamente del trabajador social
- c.** Pacientes con criterios de internación domiciliaria
- d.** Paciente que se niega a recibir este tipo de atención

Una vez determinado que el usuario cumple con los criterios de ingreso y exclusión al DAPCC, se coordina la primera visita en domicilio, a realizar por médico y/o auxiliar de enfermería. En la misma se lleva adelante la apertura de la historia clínica y la valoración integral multidimensional del usuario, con enfoque biopsicosocial. Se evalúan aspectos clínicos (revisión de diagnósticos médicos, reconocimiento de comorbilidades, signos y síntomas relevantes para posterior monitorización, parámetros de control de referencia, estado nutricional, valoración funcional y cognitiva); aspectos referidos al tratamiento farmacológico (drogas, dosis, adherencia, interacciones, efectos adversos; consumo de cannabis, productos de herboristería, etc.); aspectos socio-familiares (red familiar con especial énfasis en la salud del cuidador, red extrafamiliar, situación económica, entorno y movilidad, vivienda); actividad física y uso del tiempo libre.

En base a esta evaluación se elabora un Plan de intervención individualizado y consensado entre el equipo de salud, el usuario y su familia/cuidador. Este incluye: definición de signos y síntomas de descompensación de la/s enfermedades de base; educación al usua-

rio y a la familia /cuidador sobre los mismos para una detección temprana y oportuna, así como las actuaciones iniciales ante los signos de alarma; plan de cuidados de enfermería; recomendaciones sobre hábitos de vida y alimentación, y educación en autocuidado. Asimismo, el DAPCC prevé la conformación de Grupos de Orientación Multifamiliar dirigidos a los familiares que el usuario considere “significativos” en su cuidado, para promover su motivación y capacitación sobre procedimientos a realizar, capacidad de análisis de diferentes situaciones, identificación de necesidades y resolución, y salud de la familia.

Una vez establecido el Plan, se realiza un seguimiento del mismo por parte de los integrantes del equipo. Incluye la valoración del usuario y la familia con especial énfasis en detectar causas de descompensación o desgaste. El Plan de seguimiento pautado puede ser modificado en estas visitas, de acuerdo con la evolución del paciente. Se establece una frecuencia estándar de visitas de una cada 30 días para los pacientes con patologías crónicas compensadas, y más frecuentes en caso de pacientes con patologías en etapa terminal o frente a descompensaciones. El tiempo de cada visita es en promedio de 30 a 40 minutos, sin incluir el tiempo requerido para los respectivos desplazamientos.

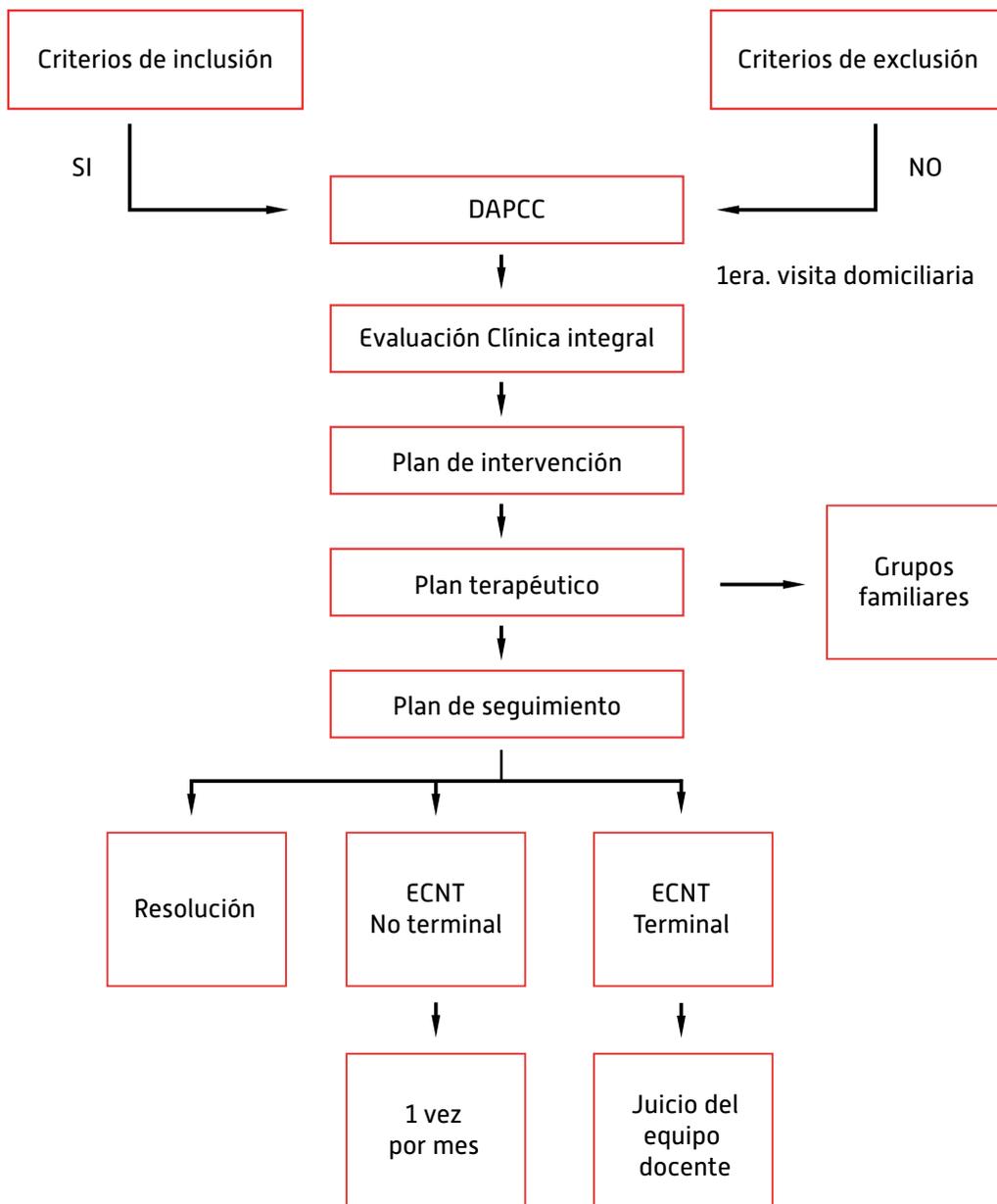
Los recursos materiales con los que cuenta el DAPCC para su funcionamiento, son: carpetas para historias clínicas, papelería, esfigmomanómetro, estetoscopio, termómetro, saturómetro, y botiquín para curaciones y procedimientos básicos.

El registro de lo realizado se lleva a cabo en Historias Clínicas específicas que comprenden: datos patronímicos del usuario, criterio de ingreso al DAPCC, lista de problemas agudos y crónicos, hojas de flujo, famiolograma y análisis de situación familiar. También se cuenta con un sistema de registro diseñado específicamente para el usuario y su familia, el cual queda en domicilio y donde de manera sencilla se tiene acceso al diagnóstico, fármacos indicados, principales cuidados, hoja de registro de signos de alarma y de eventos relevantes para el usuario y/o la familia – cuidador. En la Figura 1 se muestra el Algoritmo de funcionamiento del DAPCC.





**Figura 1.** Algoritmo de funcionamiento del dispositivo de atención al paciente crónico complejo.



Fuente: Algoritmo del DAPCC. Policlínica Santa Mónica - ASSE. Paysandú

## Resultados

Los siguientes datos surgen de los registros enumerados previamente. Para su presentación y análisis se usó el Programa Microsoft Excel 2007. Los mismos muestran el funcionamiento del DAPCC en el período de abril a diciembre de 2018.

De los 16 usuarios que consultaron en la Policlínica en el referido período y se identificaron como PCC, 11 ingresaron al DAPCC (FR 68,75%). El 100% de los mismos son adultos mayores, con una media de edad de 81,18 años (DS 9,19), predominando el grupo de 75 – 84 años (45,4%). El 63,6% (11 usuarios) son del sexo masculino. Respecto al nivel educativo, el 27,3% son analfabetos y el 63,6% cursaron primaria (3 y 7 usuarios respectivamente). El 63,6% viven en hogares biparentales, presentando porcentajes menores las restantes tipologías de hogar (9,1% monoparental; 9,1% unipersonal, y 18,2% biparental extensa). El 100% de los usuarios reciben ingresos por encima de la línea de pobreza. Los datos socio-demográficos descritos se muestran en la siguiente.



**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los usuarios del DAPCC. Policlínica Santa Mónica. Paysandú. Abril – diciembre 2018

| Características           | Hombres    | Mujeres | TOTAL     |
|---------------------------|------------|---------|-----------|
|                           | (n = 7)    | (n = 4) | (n = 11)  |
| <b>Edad</b>               |            |         |           |
| 65 – 74 años              | 2 (28,6%)  | 0(0%)   | 2 (18,2%) |
| 75 – 84 años              | 2(28,6%)   | 3 (75%) | 5 (45,4%) |
| 85 – 94 años              | 3 (42,8%)  | 0(0%)   | 3 (27,3%) |
| > 95 años                 | 0(0%)      | 1 (25%) | 1 (9,1%)  |
| <b>Nivel educativo</b>    |            |         |           |
| Analfabeto/a              | 1 (14,3%)  | 2 (50%) | 3 (27,3%) |
| Primario in/completa      | 5 (71,4%)  | 2 (50%) | 7 (63,6%) |
| Secundaria in/completa    | 1 (14,3%)  | 0(0%)   | 1 (9,1%)  |
| Terciaria in/completa     | 0(0%)      | 0(0%)   | 0(0%)     |
| <b>Tipología de hogar</b> |            |         |           |
| Unipersonal               | 1 (14,3 %) | 0(0%)   | 1 (9,1%)  |
| Monoparental              | 0(0%)      | 1 (25%) | 1 (9,1%)  |
| Biparental                | 5 (71,4%)  | 2 (50%) | 7 (63,6%) |
| Biparental extensa        | 1 (14,3%)  | 1 (25%) | 2 (18,2%) |

Fuente: Elaboración propia

En el citado período, 3 usuarios fueron dados de baja del DAPCC: dos por fallecimiento y uno por institucionalización. Se realizaron un total de 31 visitas de las cuales el 100% fueron realizadas por el equipo de MFyC, 26% por personal de enfermería y un 3% por la trabajadora social.

Los usuarios realizaron un total de 35 consultas; 31 fueron visitas domiciliarias del DAPCC y 4 (11,4%) fueron consultas en el segundo nivel de atención. No se realizaron actividades de educación multifamiliar grupal en el período.

## Conclusiones

El Dispositivo de Atención al Paciente Crónico Complejo surge a punto de partida de un análisis sensible y comprometido del equipo de Salud referido a una respuesta insuficiente de atención a situaciones complejas en tanto multideterminadas. El desafío fue y es poder cumplir con ese objetivo con los recursos humanos y materiales que dispone la unidad docente – asistencial. El diseño acordado del protocolo y algoritmo de actuación permitió definir criterios, rutas y roles. De los resultados es posible concluir que la mayoría de los usuarios crónicos complejos, adultos mayores todos ellos, están dentro de la órbita del dispositivo, con seguimientos mensuales, y un bajo porcentaje de consultas en el segundo nivel de atención desde entonces (11,4% del total de consultas realizadas). Este dato objetivo da cuenta del aporte del dispositivo a la resolutivez del primer nivel de atención. Concomitantemente se destaca el liderazgo del equipo de Medicina Familiar en la implementación del mismo. Es un deber la puesta en marcha de los Grupos de Orientación Multifamiliar, planificados para 2019, que serán el corolario de la atención integral en tanto trabajarán con el contexto más íntimo y determinante de la salud del usuario.

## Referencias bibliográficas

1. Odella K, Heinzen J. Informe de trabajo de la Comisión fomento Santa Mónica. 2013-2014. UDA N° 74. Paysandú. 2015
2. Domenech D, Strozzi D, Longo M, Benavides C. Fortalecimiento y desarrollo de los núcleos académicos y asistenciales de Paysandú y Tacuarembó. Unidad docente – asistencial. Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina – UDELAR. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Uruguay. 2009.
3. Grassi M. Goyeneche R. Diagnóstico de situación de salud de la zona de influencia de la policlínica Santa Mónica - Dr. C. Stagno – ASSE. Paysandú. 2010.
4. Ministerio de Salud Pública. Programa de Prevención de Enfermedades No Transmisibles. 2ª Encuesta nacional de Factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. Montevideo. 2013
5. Sociedad española de Medicina Familiar y Comunitaria. Abordaje del paciente con cronicidad compleja. Barcelona: Ed SEMFYC;2017
6. Doménech D et al. Capacidad resolutivez del primer nivel de atención: experiencia de la Unidad Docente– Asistencial de Medicina Familiar y Comunitaria de Paysandú (2014). Rev Méd Urug 2016; 32(3):137-144

# Capítulo 20: Reperfilamiento y fortalecimiento del Servicio Atención Domiciliaria del Centro de Salud Ciudad de la Costa

Cecilia Calvo<sup>1</sup>, Claudia Escayola<sup>2</sup>

## Resumen

El Centro de Salud de Ciudad de la Costa, debido por un lado a la distribución geográfica que presenta, y por otro lado a situaciones organizacionales que comparte con Paso Carrasco, se enfrenta a grandes problemas a la hora de brindar servicios a domicilio. Esto incluye los servicios de curaciones, oxigenoterapia, visita a recién nacidos de riesgo o niños con patologías graves, y también las visitas de los médicos de familia o de área a aquellos usuarios con patologías crónicas o agudas que no pueden concurrir al Centro o sus polí-clínicas para acceder a la atención. Se suma un tema muy sensible que son los cuidados paliativos a adultos y niños.

Brindar una atención integral y accesible a los usuarios que por diferentes razones no pueden trasladarse al Centro de Salud es una necesidad sentida en el equipo de salud. La dirección del Centro de salud Ciudad de la Costa se planteó en el año 2018 cinco objetivos en vistas a optimizar y fortalecer los servicios existentes, así como ampliarlos, tanto en territorio como en prestaciones.

Este trabajo presenta la primera fase de desarrollo de este proceso de mejora, desde fines del año 2017 hasta junio 2018, en que se implementó el servicio de atención domiciliaria.

**Palabras Clave:** Atención domiciliaria, cuidados paliativos, enfermería.

## Introducción

El Centro de Salud de Ciudad de la Costa brinda atención a más de 35.000 usuarios de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Su zona de influencia comprende la costa de Canelones desde el arroyo Carrasco (límite con Montevideo) hasta el Arroyo Pando, desde la rambla hasta la Ruta Interbalnearia, incluyendo Empalme y Colonia Nicolich.

1 Lic. en Enfermería. Ref. del Servicio de Atención Domiciliaria del Centro de Salud de C.de la Costa

2 Directora del Centro de Salud Ciudad de la Costa.



El Centro forma parte de la Red de Atención Primaria (RAP) Metropolitana, integrada por 14 Centros de Salud distribuidos en toda el área metropolitana. Si bien se está trabajando en unificar criterios y procedimientos, hay realidades muy diferentes entre los Centros. Un ejemplo es que no se cuenta con atención a domicilio de enfermería, al igual que en Paso Carrasco, ya que el Servicio de Atención Médica de Emergencia 105 (SAME 105) brinda este servicio dentro de los límites de Montevideo.

Esto ha generado una necesidad en la población referente a la atención en domicilio, para realización de curaciones, atención de pacientes crónicos, controles al alta hospitalaria, oxígeno, cuidados paliativos, etc.

Desde hace diez años se brinda el servicio de enfermería a domicilio, donde se prestan los servicios de oxigenoterapia, curaciones y seguimiento de pacientes crónicos que no pueden concurrir al Centro en coordinación con los médicos de familia y comunidad. Sin embargo, en vistas a mejorar la calidad de atención y a atender las pautas de ASSE – RAP, surgió la necesidad de realizar una renovación de este servicio en junio de 2018. Para esto, se conformó un equipo formado por Lic Cecilia Calvo, referente del servicio, Dr. Luis Guerrero subdirector del Centro de Salud y Q.F. Claudia Escayola directora del Centro de Salud. Con el objetivo de reperfilar y fortalecer el servicio de atención domiciliaria existente se formularon 5 objetivos específicos: brindar el servicio de cuidados paliativos a adultos y niños en Ciudad de la Costa y Paso Carrasco; brindar atención en domicilio por médicos de familia acompañados por enfermería en casos específicos; implementar control a pacientes al alta hospitalaria en menos de 48 horas; implementar control en domicilio con pediatra a recién nacidos de riesgo o con patologías graves y aumentar la zona de influencia a Paso Carrasco en los servicios de curaciones y oxigenoterapia.

## Descripción

Se desarrollaron diferentes estrategias para lograr los objetivos planificados, que se detallan a continuación por objetivo.

1. Brindar el servicio de cuidados paliativos a adultos y niños:
  - contar con un médico especializado en cuidados paliativos 12 horas semanales.
  - coordinar la agenda de derivación de los hospitales a través de la Licenciada en Enfermería del Servicio.
  - reestructurar la logística del móvil para poder trasladar al médico y al licenciado en enfermería a los domicilios que requieran cuidados paliativos.
  - coordinar la comunicación con policlínica Monterrey (Paso Carrasco) para brindar la cobertura a aquellos usuarios que lo requieran
2. Brindar atención a domicilio por médicos de familia acompañados por enfermería en casos específicos:

- desarrollar una logística de traslado para médicos de familia.
  - pautar los casos en que se trasladará dicho médico al domicilio del usuario con enfermería.
  - solicitar un cargo de auxiliar de enfermería de 36 horas para el servicio.
- 3.** Implementar control a pacientes al alta hospitalaria en menos de 48 horas:
- coordinar las altas programadas según pauta de RAP Metropolitana
  - redefinir la zona de influencia del médico de área que se incorporó al Centro.
  - redistribuir las horas del médico para destinar 12 horas a atención domiciliaria.
- 4.** Implementar control a domicilio con pediatra a recién nacidos de riesgo o con patologías graves:
- solicitar cargo de médica pediatra para visita domiciliaria, 12 horas por semana.
  - pautar los casos en que la pediatra deba concurrir a domicilio, según meta MSP
  - coordinar con Monterrey la derivación de usuarios.
  - pautar con equipo de licenciadas de enfermería de plan aduana del Centro de Salud la forma de trabajo: clasificación de usuarios, prioridad y frecuencia de visita, visitas en duplas (médico-licenciada enfermería)
- 5.** Aumentar la zona de influencia a Paso Carrasco en los servicios de curaciones y oxigenoterapia:
- definir junto al equipo de Monterrey (Paso Carrasco) el alcance del trabajo en conjunto, desde el territorio hasta las prestaciones brindadas.
  - pautar las formas de comunicación y los criterios de inclusión para el servicio de curaciones a domicilio.
  - pautar la comunicación con usuarios oxígeno dependientes
  - reunión con el Equipo de Atención Domiciliaria del Centro para definir el área de cobertura y las prestaciones brindadas.

Se definieron los siguientes indicadores por objetivo con su correspondiente valor aceptable, salvo en aquellos que se plantea lista de datos (Tabla 1).





**Tabla 1.** Indicadores utilizados por objetivo

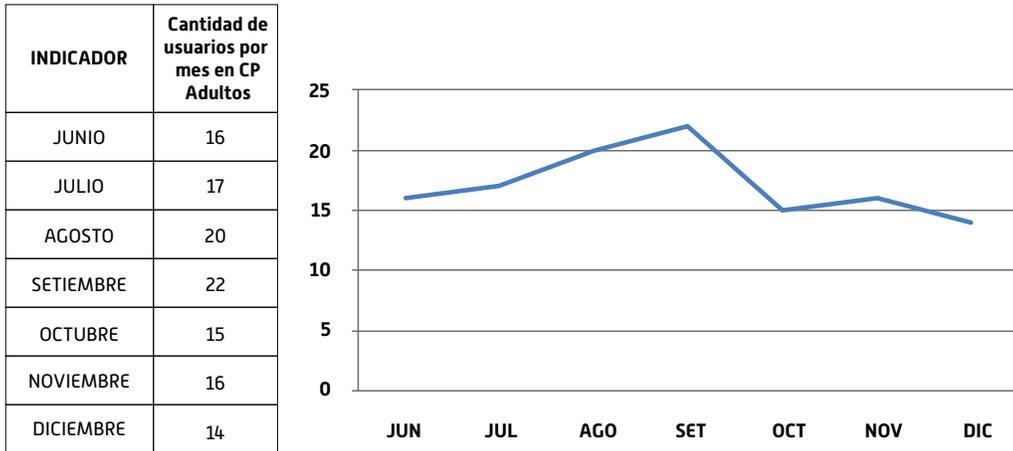
| Objetivo Específico   | Nombre  | Fórmula  | Valor aceptable |
|---|---|--|-----------------|
| 1. Brindar el servicio de Cuidados paliativos para adultos y niños de Ciudad de la Costa y Paso Carrasco.                                 | Cantidad de usuarios* por mes en Cuidados paliativos *discriminados niños de adultos    | Cantidad de usuarios* por mes en Cuidados paliativos *discriminados niños de adultos                         | -----           |
| 2. Brindar atención a domicilio por médicos de familia acompañados por enfermería en casos específicos.                                   | Cantidad de visitas a domicilio coordinada entre médico de familia y enfermería por mes | Cantidad de visitas a domicilio coordinada entre médicos de familia y enfermería por mes                     | -----           |
| 3. Implementar control a pacientes al alta hospitalaria en menos de 48hs.   | % Efectividad de respuesta a las altas programadas (por mes)                            | Cantidad de controles al alta realizados/ cantidad de controles derivados x 100 (por mes)                    | 100%            |
| 4. Implementar control a domicilio con pediatra a recién nacidos de riesgo o con patologías graves en Ciudad de la Costa y Paso Carrasco. | Cantidad de controles a domicilio realizados por mes                                    | Cantidad de controles a domicilio realizados por mes   | -----           |
| 5. Aumentar la zona de influencia a Paso Carrasco en los Servicios de Curaciones y Oxigenoterapia.  | % de curaciones realizadas en zona de Monterrey   | Cantidad de curaciones realizadas en Monterrey/cantidad de curaciones derivadas de Monterrey x 100 (por mes) | -----           |

Fuente: elaboración propia

## Resultados

Se analizan los resultados obtenidos en el período junio a diciembre de 2018 por objetivo planteado. Considerando brindar el servicio de cuidados paliativos a adultos y niños de Ciudad de la Costa y Monterrey se observa que se logra llegar a cubrir el territorio propuesto, así como la cantidad de usuarios referenciados. Solo se trabaja con adultos, ya que niños no fueron derivados. Se presentan los números en la Gráfica 1

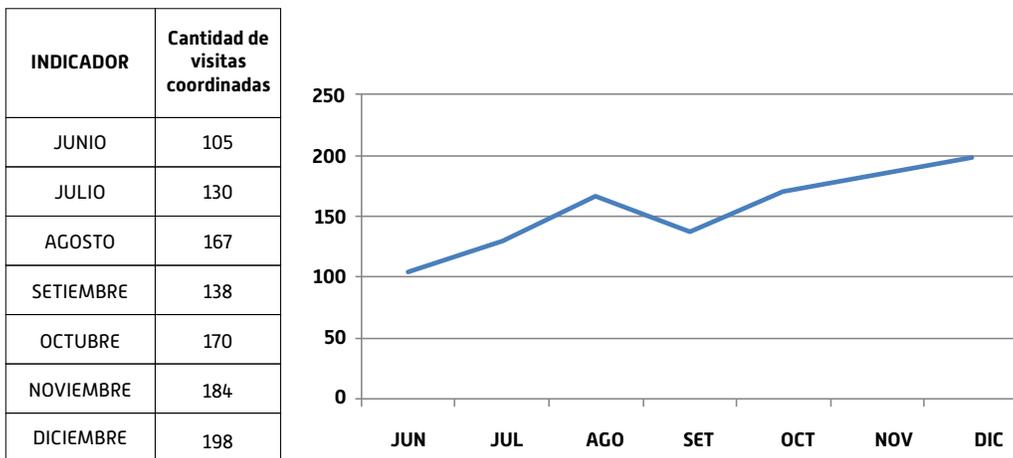
**Gráfica 1.** Número de visitas domiciliarias con pediatra a niños de riesgo o con patologías graves. junio a diciembre de 2018.



Fuente: Registro del equipo de Atención domiciliaria Centro de Salud Ciudad de la Costa

Referente a la atención en domicilio por médicos de familia acompañado por enfermería, se encontró muy buena receptividad por parte de la mayoría de los profesionales, ya que siete de nueve médicos optaron por realizar las visitas con la presente modalidad. Las visitas fueron en aumento, en el correr de los meses, a pesar de la baja en setiembre producto de las licencias de los médicos (Gráfica 2).

**Gráfica 2.** Número de pacientes atendidos en domicilio por médico de familia y enfermería. junio a diciembre de 2018

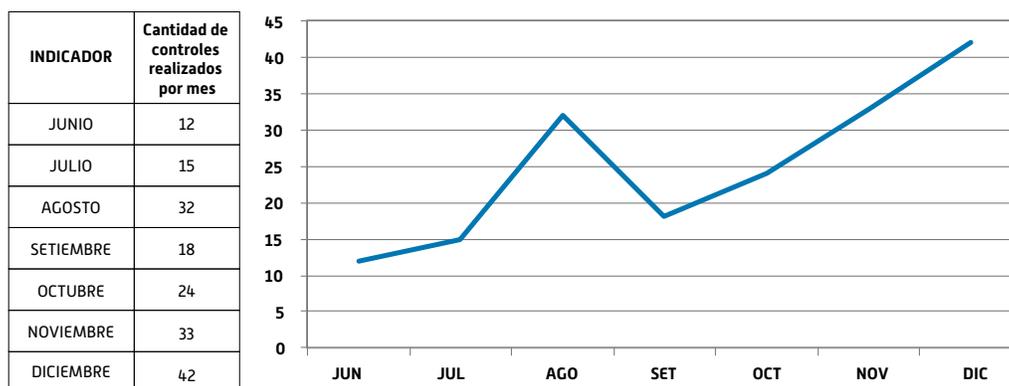


Fuente: Registro del equipo de Atención domiciliaria Centro de Salud Ciudad de la Costa

La implementación del control del paciente al alta hospitalaria en menos de 48 horas, se realizó en un 100% de las derivaciones realizadas según pauta de RAP Metropolitana, en los dos últimos meses del año. Esto se debió a que en esa fecha quedó operativa la derivación coordinada de pacientes desde el Hospital Pasteur.

La visita a recién nacidos de riesgo o con patologías graves por pediatra se logró cumplir, tanto en lo que respecta a la ampliación del territorio como en el 100% de las derivaciones realizadas desde el Hospital Pereira Rossell. Las visitas fueron en aumento en el correr de los meses, a excepción de setiembre en que la pediatra se encontraba con licencia reglamentaria [Gráfica 3].

**Gráfica 3.** Número de visitas domiciliarias con pediatra a niños de riesgo o con patologías graves, junio a diciembre de 2018



Fuente: Registro del equipo de Atención domiciliaria Centro de Salud Ciudad de la Costa

Todos los usuarios derivados de Paso Carrasco para la realización de curaciones o ser incluidos en el servicio de oxigenoterapia, fueron visitados por la licenciada referente y su equipo en los meses de junio a diciembre de 2019.

## Conclusiones

Con el reperfilamiento y fortalecimiento del servicio de atención domiciliaria se logró en el plazo estudiado brindar una atención integral, garantizando la continuidad asistencial a aquellos usuarios que por diferentes motivos no podían concurrir al Centro de Salud o sus policlínicas dependientes. Esto se traduce en una mejora de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención.

Son muchos los desafíos que se plantean luego del presente trabajo. Por ejemplo, aumentar las horas de visitas a domicilio por médico de familia acompañado por enfermería para

poder brindar dicho servicio a un mayor número de usuarios; reforzar el servicio con más horas de licenciadas en enfermería para mayor coordinación y disponibilidad para realizar visitas a domicilio en casos de curaciones, oxigenoterapia, así como en cuidados paliativos. Se plantea seguir el proyecto con la realización de una encuesta de satisfacción de usuarios sobre el servicio recibido, para poder obtener indicadores de mejora a aplicar.

También aspiramos a aumentar las horas de visitas a domicilio de médicos de familia y comunitarios acompañados por enfermería, para lograr llegar a un mayor número de usuarios.

### Referencias bibliográficas

1. Cruz M, García L, Mena A, Minué S, Ortega P, Pablo S, Propuesta de intervención para el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención de ASSE, Escuela Andaluza de Salud Pública. Conserjería de Salud. 2017
2. Ministerio de salud. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Uruguay: MS, 2017. Disponible en: [https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1007:objetivos-sanitarios-nacionales-2020-hacia-donde-ira-la-salud-del-paa-s&Itemid=451](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1007:objetivos-sanitarios-nacionales-2020-hacia-donde-ira-la-salud-del-paa-s&Itemid=451)
3. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales. 2011. Disponible en: [http://www1.paho.org/chi/images/PDFs/Redes\\_integrales\\_de\\_servicios.pdf](http://www1.paho.org/chi/images/PDFs/Redes_integrales_de_servicios.pdf)
4. Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Redes Integradas de Servicios de Salud. 2010. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
5. Administración de los Servicios de Salud del Estado, Uruguay. Plan de acción de ASSE, 2016-2018. Disponible en: <http://www.asse.com.uy/contenido/Plan-de-Accion-2017-2018-9693+&cd=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=uy>

# Capítulo 21: Atención domiciliaria integral a adultos mayores de 75 años.

## MHE Tarariras, Colonia

Issax Paredes Cuervo<sup>1</sup>

### Resumen

La intervención incluye a un grupo vulnerable de personas de 75 años y más con dificultades para acudir a la consulta de policlínica.

La experiencia, que comenzó en julio de 2016, consiste en realizar asistencia personalizada, integral y continua en domicilio, garantizada por el prestador de salud (Mutualista Hospital Evangélico).

Esta práctica se implementó con el objetivo de mejorar la accesibilidad a los cuidados de la salud y el seguimiento longitudinal de la población objetivo, para contribuir a un envejecimiento saludable. Esto deriva en una mayor capacidad resolutive del primer nivel de atención y en una disminución del gasto ineficiente en salud.

Se utilizó el Método de la Dispensarización [1], herramienta efectiva que nos permite identificar, clasificar, pautar intervenciones y realizar seguimiento en un corto periodo de tiempo de los problemas de salud de la población a atender.

**Palabras clave:** Adulto mayor; consulta a domicilio; envejecimiento saludable.

### Introducción

La población uruguaya es una de las más envejecidas del mundo, con una esperanza de vida al nacer de 73 años en hombres y 81 años en mujeres, según datos de 2016 [2].

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los efectos del envejecimiento impactan en todas las esferas de la vida y es particularmente evidente en el ámbito personal, familiar, social y de salud de los adultos mayores. Estos constituyen un grupo vulnerable que necesita atención diferenciada con políticas, planes y programas de salud, en pos de mejorar o mantener la capacidad funcional y controlar las múltiples enfermedades crónicas y agudas [3].

Así, envejecer no significa “ponerse viejo”, sino que debe ser considerado como una nueva y compleja etapa del desarrollo de la vida humana, con características propias, en la que

---

<sup>1</sup> Médico General, PNA, Mutualista Hospital Evangélico. Tarariras, Colonia.



existen claras manifestaciones clínicas, familiares y sociales que la diferencian de otros grupos etarios.

Tampoco ser anciano debiera significar, tácitamente, “estar enfermo”, ni que no pueda lograrse un estatus de salud adecuado y acorde a su edad, condición física y enfermedades concomitantes. De hecho, la compensación de las enfermedades crónicas, a cualquier edad, logra tener al paciente en relativo estatus saludable. Uno de los propósitos en la atención del adulto mayor debiera ser extender el grado de salud del anciano, al intervenir en su estatus biopsicosocial desde la salud, y no solo observarlo, y mantenerlo, desde la enfermedad.

En ocasiones, bajo determinadas circunstancias, las consultas en policlínica son sustituidas por algún familiar, vecino o cuidador responsable, que acude en su representación limitándose a describirle al médico el estado de salud aproximado del adulto mayor, solicitando la repetición de medicación, paraclínica y evaluación por especialistas, según su criterio. En este marco, la visita médica a domicilio se solicita ante estado de salud crítico, con un pronóstico eventualmente desfavorable, lo que impacta directamente en la calidad de los cuidados de salud en estos usuarios del sistema de salud.

La atención integral al anciano mediante el seguimiento domiciliario, no solo le agrega calidad de vida, sino que también resulta beneficiosa para su entorno, familia y comunidad, colaborando para un envejecimiento saludable, con una visión “desde la salud”. La misma se debe realizar de manera planificada y coordinada, según criterio médico y con un enfoque multifactorial.

## **Descripción**

La práctica se centró en la atención integral y personalizada de personas de 75 años y más (AM + 75) con dificultades reales para acudir a la consulta en policlínica en el centro del primer nivel de atención de Mutualista Hospital Evangélico en la Ciudad de Tarariras, Departamento de Colonia – Uruguay.

Las causas planteadas, que limitan la concurrencia a la consulta, fueron: longevidad, distancia entre domicilio y policlínica, enfermedades crónicas y agudas invalidantes, falta de acompañante que los pudiera llevar, síndrome de inmovilidad en el anciano, inclemencias climáticas, entre otras.

La inclusión en esta modalidad de atención es voluntaria por parte del anciano, observando y defendiendo su autonomía como parte de los principios bioéticos. Por esto, la inclusión y salida de este modelo de atención, están supeditadas a la expresa voluntad del AM+75 o a la de sus representantes legales, en caso de que no puedan ser ellos mismos. Se utilizó el método de la dispensarización [1] por considerarlo una herramienta efectiva que nos permite identificar, en un corto periodo de tiempo, los problemas de salud de la población a atender. También permite clasificar a cada integrante según su estado de salud y vulnerabilidad, da pautas para la intervención de salud “como traje a la medida”,

y facilita el seguimiento personalizado de cada individuo, en todo momento, y hasta su salida del modelo de asistencia (longitudinalidad).

Todos los datos se registraron en planillas diseñadas a tal efecto para su posterior análisis estadístico y planificación de las consultas de seguimiento.

### ***Procedimiento empleado***

El proyecto se comenzó en julio de 2016, aplicando la dispensarización de los usuarios mayores de 75 años, en vías de identificar necesidades de atención médica específicas a este grupo etario, debido a sus características individuales y a partir del padrón de usuarios actualizado. La entrada al proyecto fue automática, según su fecha de nacimiento, y a cada usuario con criterios de inclusión, se le explicó el proyecto y sus finalidades. También se les explicó a los familiares o cuidadores legales. 13 AM+75 prefirieron no participar en el proyecto, haciendo uso de su autonomía de voluntad, y 36 tenían reales limitaciones para acudir a las policlínicas para recibir asistencia médica, debido a diferentes causas: estado de salud, síndrome de inmovilidad, lejanía, falta de compañía o inclemencias del tiempo, entre otros factores.

Una vez identificados quiénes quedarían en este modelo de atención, se logró el consentimiento informado, planificó la visita a domicilio y aplicó la Planilla de recolección de los datos primarios. Se logró la evaluación integral del anciano en su lugar de residencia habitual, cualquiera que este fuera, quedando un respaldo de toda la información en el registro diseñado para tal objetivo (Planilla de recolección de los datos primarios).

Posteriormente, se procedió al análisis estadístico y la evaluación de resultados que facilitarían la planificación de las posteriores acciones de salud para con los AM+75, como un traje a la medida individual.

### ***Acciones de salud durante la evaluación a domicilio***

Una vez en el domicilio del paciente, se constata el bienestar integral del AM+75, teniendo en cuenta no solo a la persona, sino también familiares, cuidadores y entorno. Posteriormente, se procede a la anamnesis pormenorizada y al examen físico del anciano, enfocada en los tres niveles de prevención, detallando los hallazgos y descartando la presencia de soplos carotídeos, ausencia de pulsos periféricos y lesiones en la piel, entre otros.

Además, se le aplican las diferentes escalas geriátricas según los modelos actuales, necesidad y pertinencia; lo que incrementa su evaluación integral.

Como parte de la conducta, se procede al ajuste de medicación crónica por su estado actual, así como la indicación de nueva medicación, en caso de proceso agudo intercurrente, o crónico agudizado. También se les indican los estudios paraclínicos y el pase oportuno a especialistas, en caso de ser necesario.

Una vez concluido este proceso, se procede a la orientación y educación para la salud

tanto al AM+75 como a los familiares y/o cuidadores responsables, haciendo énfasis en la promoción y estimulación de hábitos saludables en la familia.

Como último paso, se le aplica el Score Bio-Psico-Social, se deja constancia escrita de la consulta y, si el usuario, familiares y cuidadores están conformes, se planifica la próxima visita, según necesidad y estado actual del paciente.

La evaluación integral en el domicilio o lugar de residencia habitual del AM+75, de manera programada y periódica, nos permite verificar datos que son imposibles de conocer desde la consulta en la policlínica, y que favorecen la constatación del estado de salud integral del AM+75 en toda su dimensión. Se evalúa así la habitación donde duerme (evaluando hacinamiento, condiciones de su cama, higiene, iluminación, temperatura, ventilación y convivencia con mascotas), así como las barreras arquitectónicas en el lugar de residencia, pasamanos y agarraderas en los baños, entre otros. También nos permite corroborar la seguridad y confort del AM+75 (signos de abuso, negligencia, maltrato o abandono al anciano).

### ***Acciones de salud después de la consulta médica***

Una vez en la filial, se ejecuta la parte administrativa del proyecto: coordinar paraclínica, medicación, pases a especialistas y procedimientos especializados indicados; además de planificar seguimiento cada 6 meses o menos. Con los datos obtenidos, se intenta promover talleres especializados en los problemas detectados usando los recursos humanos disponibles.

Durante todo el proceso se mantiene una comunicación constante y expedita con los AM+75 y sus familiares o cuidadores legales, para evitar fallas u olvidos durante la aplicación de este modelo de asistencia.

### ***Recursos materiales utilizados en la visita***

Los recursos que se utilizan durante las visitas domiciliarias son: Historia Clínica del AM+75 junto a la planilla de recolección de los datos primarios y modelaje clínico autorizado; además: esfigmomanómetro y estetoscopio, saturómetro, glucómetro, termómetro, linterna, balanza médica, materiales e insumos de enfermería, según necesidad.

### ***Recursos Humanos involucrados***

- Médico General, con proyección gerontológica.
- Enfermero, con proyección gerontológica.
- Oficial Administrativo [para manejo de datos de los usuarios].

## Resultados

Se evaluaron en sus domicilios a la totalidad de los AM+75 que estaban registrados en el padrón de pacientes de la MHE-DI de la Filial Tarariras, con reales dificultades para acudir a las policlínicas y que aceptaron participar en el proyecto.

Del total de 36 personas con dificultades para acudir a las policlínicas [1,86% del total: 1.929 usuarios], a 34 (94,4%) se les planificó la visita, de manera telefónica y desde la administración, lo que constituye un dato relevante y novedoso, pues no son los usuarios los que solicitan el servicio, sino que desde el prestador de salud se promueve este modelo de atención.

Del grupo, 33 eran mujeres y solo 3 hombres, con una edad promedio: 85 años (entre 75 años y 94 años). 24 de ellos habían enviudado, 8 permanecían casados y 4 eran solteros; 5 vivían solos, 16 estaban institucionalizados y 15 convivían con sus familiares.

En cuanto a la movilidad, solo dos están encamados y otros dos usan sillas de rueda; 7 usan andador y otros 8 usan bastón. 17 caminan por sus propios medios, aunque se les recomienda el uso de bastón 'profiláctico' para evitar caídas en sus lugares de residencia. El promedio de medicación diaria fue de 7 medicamentos (entre 2 y 19), y la mayoría de los ancianos usaban algún psicofármaco, mayormente por problemas de sueño.

Entre las acciones que se tomaron con estas 36 personas, fueron: actualización de par-clínica a 28 usuarios; indicación y ajuste de medicación a 17 personas, interconsulta con especialistas a 25 usuarios (7 para consulta de nefroprevención; 6 a geriatría y 6 a traumatología, entre otras). Se destaca que todas eran para el segundo nivel de atención.

También durante la visita se les aplicaron las escalas geriátricas de uso habitual en este grupo etario, que describimos en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Resultados de las escalas geriátricas aplicadas a la población atendida.

| <b>Escala geriátrica</b> | <b>Categoría</b>                | <b>AM+75</b> |
|--------------------------|---------------------------------|--------------|
| Barthel y Lawton         | Independientes                  | 11           |
|                          | Dependencia leve                | 16           |
|                          | Dependencia moderada            | 6            |
|                          | Dependencia severa              | 2            |
|                          | Dependencia total               | 1            |
| Katz                     | Independientes                  | 12           |
|                          | Dependientes de 1 a 5 funciones | 21           |
|                          | Dependientes de las 6 funciones | 3            |
| Pfeiffer y Folstein      | Sin deterioro cognitivo         | 26           |
|                          | Deterioro cognitivo ligero      | 3            |
|                          | Deterioro cognitivo moderado    | 4            |
|                          | Deterioro cognitivo severo      | 3            |
| Yesavage                 | Sin depresión                   | 32           |
|                          | Depresión leve                  | 2            |
|                          | Depresión establecida           | 2            |
| Barber                   | Anciano en riesgo 3             | 30           |
|                          | Alto riesgo                     | 6            |
| Síndromes geriátricos    | Polifarmacia                    | 13           |
|                          | Insomnio                        | 9            |
|                          | Sarcopenia                      | 8            |
|                          | Incontinencia urinaria          | 6            |
|                          | Demencia                        | 4            |
|                          | Depresión                       | 4            |
|                          | Síndrome de inmovilidad         | 2            |

Fuente: Registros de planillas de recolección del dato primario. N= 36.

Finalmente, como resumen funcional y holístico, se les aplicó el SCORE Bio-Psico-Social, obteniendo como resultado que la mayoría de los ancianos (33) presentaban condiciones de salud aceptables. Solo uno estaba en una situación preocupante y 2 en estado francamente alarmante. Todos recibieron acciones de salud específicas, explicadas al anciano, la familia y cuidadores legales.

### Algunos resultados obtenidos:

Se estudiaron las consultas a domicilio, las consultas en urgencia, los ingresos en el sanatorio y otros parámetros de todos los AM+75 de la institución (total: 114) en 2 puntos de corte: julio de 2016 y junio de 2017.

**Tabla 2.** Evaluación de algunos indicadores en 2 fechas: julio de 2016 y junio de 2017.

| Indicadores              | Evolución | Diferencia | %  |
|--------------------------|-----------|------------|----|
| Consultas a domicilio    | 238 ► 351 | + 113      | 16 |
| Consultas de urgencia    | 93 ► 75   | - 18       | 31 |
| Ingresos en el sanatorio | 23 ► 20   | - 3        | 22 |
| Evaluación presencial    | 71 ► 114  | + 43       | 60 |
| Pase a especialistas     | 73 ► 118  | + 45       | 61 |

Fuente: Datos aportados por la Mutualista Hospital Evangélico.

### Conclusiones

La implementación de este programa impactó favorablemente en la calidad de atención de este grupo objetivo reflejada en:

- Accesibilidad y continuidad asistencial en el PNA.
- Identificación de los problemas de salud y trazabilidad de los pacientes.
- Gasto eficiente no vinculado a polifarmacia y/o estudios no dirigidos a los problemas específicos de salud.
- Comunicación asertiva con el individuo y su entorno.
- Referencia y contrarreferencia con el resto de los niveles de atención médica.
- Dignificación de la atención del adulto mayor de 75 años que no puede acudir a policlínica.
- Colaborar con una ancianidad saludable y digna, trabajar con la tercera y la cuarta edad, como uno de los subgrupos más necesitados de atención médica, es la mejor forma de considerar y agradecer su trayectoria por la vida.



## Referencias bibliográficas

1. Manual de funciones de las Unidades de salud de la Familia [en línea]. Asunción, Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2012. [fecha de último acceso: marzo 2018]. Disponible en: <http://formu.info/manual-de-funcionamiento-de-las-unidades-de-salud-familiar-usf.html?page=4>
2. Organización Mundial de la Salud [en línea]. 2016. [fecha de último acceso: mayo 2019]. Sitios web regionales: Uruguay. Disponible en: <https://www.who.int/countries/ury/es/>
3. Organización Mundial de la Salud [en línea]. Feb 2018. [fecha de último acceso: mayo 2019]. Notas descriptivas: Envejecimiento y salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

# Capítulo 22: Unidad de Prevención y Tratamiento de Alteraciones Nutricionales en Niños y Adolescentes (UPYTANI). Una experiencia innovadora

Silvia Beceiro<sup>1</sup>, Dirce Burkhardt<sup>2</sup>, Catalina Canziani<sup>3</sup>, Lorena Quintana<sup>4</sup>, María Eugenia Machado<sup>5</sup>, Rosina Salsamendi<sup>6</sup>, Laura Savio<sup>7</sup>, Analía Techeira<sup>8</sup>, Sergio Venturino<sup>9</sup>

## Resumen

La obesidad es una enfermedad crónica cuya prevalencia está en aumento. Uruguay no escapa a dicha realidad. UPYTANI es una unidad para la prevención y el tratamiento integral del niño y adolescente con obesidad.

Objetivos. Crear un espacio de abordaje interdisciplinario e interinstitucional para el tratamiento de una problemática mundial como lo es la obesidad infantil y adolescente, acompañando al individuo y a su familia en este proceso.

El niño o adolescente es referenciado a nuestra Unidad, luego de un período mayor a seis meses de abordaje por su médico tratante y nutricionista, sin logros significativos. El equipo realiza un seguimiento longitudinal, contemplando aspectos emocionales y familiares, adecuándolos a la etapa del desarrollo de cada uno. Se trabaja activamente con la familia en promover hábitos de alimentación saludables y fomentar la actividad física.

Resultados. Un cuarto de los pacientes que asistimos presenta obesidad severa. La mayoría tienen familias disfuncionales y su vínculo con la alimentación es un síntoma más de los problemas afectivos del niño o adolescente. Existe escasa percepción de la obesidad

1 Licenciada en Psicología. Red Atención Primaria. ASSE.

2 Licenciada en Fisioterapia. UDA Fisioterapia.

3 Médico Pediatra ASSE. UDA Facultad de Medicina.

4 Auxiliar de Enfermería. Red de Atención Primaria. ASSE.

5 Licenciada en Educación Física, IDP.

6 Licenciada en Nutrición, Red de Atención Primaria. ASSE.

7 Médico Endocrinólogo. ASSE.

8 Médico Deportólogo, IDP

9 Médico Pediatra-Neonatólogo. Jefe de Servicio de Pediatría Hospital Escuela del Litoral. UDA Facultad de Medicina



**Pan francés: flauta, porteño, felipe, marsellés**  
- no tienen azúcar  
- tienen casi nada de grasa



**Galletitas al agua**  
- no tienen azúcar  
- entre 13 y 15 % de grasa



**Galletitas tipo María**  
- tienen azúcar  
- casi 20 % de grasa



**Biscochos de panadería**  
- entre 25 y 30 % de grasa



como enfermedad y del riesgo que ésta implica. El ambiente obesogénico está presente en la mayoría de las familias. La alteración del perfil lipídico se observa en la mayoría de los pacientes.

Conclusiones. Aprendimos en este camino que la comunicación y la empatía son las claves para generar un vínculo sostenido. Trabajar en el abordaje de la obesidad debe ser responsabilidad de todos, debiendo fomentar la prevención y promoción de buenos hábitos y actividad física.

**Palabras clave:** *Obesidad; equipo de atención al paciente; colaboración intersectorial; educación; relaciones comunidad-institución; investigación en servicios de salud.*

## Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica cuya prevalencia está en aumento, convirtiéndose en una epidemia a nivel mundial. Uruguay no escapa a dicha realidad constituyendo un problema de salud pública [1]. En nuestro país, en un contexto donde las enfermedades crónicas son la principal causa de mortalidad y de alta morbilidad [2], la Unidad de Prevención y Tratamiento de Alteraciones Nutricionales Infantojuveniles (UPYTANI) es una estrategia que se posiciona como un modelo innovador en el abordaje de la obesidad y demás enfermedades asociadas a esta, apostando a la transformación del modelo de atención tradicional, centrado en la enfermedad y en los servicios de salud, a un modelo biopsicosocial prevencionista centrado en la persona, en su familia, en su comunidad y en su entorno.

UPYTANI es una unidad interinstitucional, de abordaje multi e interdisciplinario para la prevención y el tratamiento integral del niño con malnutrición por exceso y su entorno. Pretende dar respuesta a una problemática compleja, cada vez más frecuente en la población infantil y adolescente de Uruguay, que recientemente el Ministerio de Salud Pública de este país (MSP) incluyó dentro de los 15 problemas críticos a priorizar en los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 [3].

Esta experiencia nace a partir de la necesidad sentida de profesionales que trabajaban con la temática de la obesidad infantil, pero lo hacían de manera aislada, cada uno aportando desde su disciplina, visualizándose este tipo de intervenciones como de poco impacto, alto costo, de desgaste para el usuario y de frustración para el equipo de salud cuando los resultados no son los esperados. Mediante este funcionamiento integrado se logra optimizar los tiempos de consulta, centralizando la atención de los mismos en un lugar estratégico dentro de la ciudad, que favorece la resolutivez del primer nivel de atención (PNA).

Desde UPYTANI se apunta a que las personas, sus familias y su entorno sean los actores principales en la resolución de sus problemas de salud y que el equipo interdisciplinario sea responsable del acompañamiento en este proceso, procurando garantizar una buena

calidad de atención, facilitando el seguimiento longitudinal, favoreciendo la participación y promoviendo la adherencia al tratamiento; donde se atiende a la demanda, y se planifique el recorrido para trabajar en las causas que llevaron a la aparición de esa demanda.

El Objetivo general fue crear un espacio de abordaje interdisciplinario e interinstitucional para el tratamiento de una problemática mundial como lo es la obesidad infantil y adolescente, acompañando al individuo y a su familia en este proceso.

Los objetivos específicos fueron:

- a.** Empoderar a la familia o tutores con las herramientas necesarias para el sustento del tratamiento.
- b.** Fortalecer el abordaje interdisciplinario como estrategia del tratamiento y seguimiento de estos pacientes.
- c.** Realizar actividades extramuros de prevención, educación y concienciación en espacios educativos, deportivos y sociales.
- d.** Crear talleres como herramientas de aprendizaje en espacios interdisciplinarios para el paciente y su familia.
- e.** Promover a la Unidad como un espacio de referencia para el paciente, su entorno y los profesionales que lo derivan manteniendo con ellos un vínculo de trabajo bajo la modalidad de referencia y contrarreferencia.
- f.** Crear un espacio de abordaje interdisciplinario e interinstitucional donde participen e interactúen estudiantes, docentes y egresados, creando una visión integral del paciente con obesidad.
- g.** Realizar reuniones de equipo para discusión de casos o evaluación de la calidad del servicio: Periódicas según la necesidad del equipo.
- h.** Llevar a cabo trabajos de investigación que sustenten y retroalimenten la estrategia propuesta.
- i.** Reevaluar sistemáticamente el trabajo en base a resultados obtenidos para redirigir la estrategia.

## **Descripción**

La Unidad, que comienza a trabajar en 2015, funciona semanalmente destinando 4 horas al trabajo asistencial, a lo que se suma 6 horas de actividad física semanales en dos turnos y horas de abordaje psicológico individual. El equipo también dedica horas de trabajo a la investigación y actividades extramuros.

Para el funcionamiento de la misma se logra la participación de diferentes instituciones: ASSE (Servicio de Pediatría y Neonatología - Hospital Escuela del Litoral, Red de Atención Primaria), Intendencia Departamental de Paysandú, Universidad de la República (Unidad Docente Asistencial de Fisioterapia y Unidad Docente Asistencial de Facultad de Medicina). El niño será incluido en el programa con derivación específica del profesional tratante,





luego de haber sido abordado con su médico de referencia y/o nutricionista en su policlínica, por esta patología, por un período mayor a seis meses sin logros significativos, definidos como sobrepeso estacionario o en ascenso a pesar de referir una buena adherencia al tratamiento.

El médico del primer nivel de atención deriva al usuario a esta Unidad, se realiza una atención longitudinal al paciente y su entorno, contemplando aspectos emocionales y familiares. La comunicación y coordinación con el médico de referencia se realiza a través del formulario de referencia y contra referencia. Desde diciembre del 2018 se realiza a través de la historia clínica electrónica.

En la primera consulta se realiza la historia de ingreso preestablecida con los datos relevantes del niño y la familia tales como: ficha patronímica, análisis del familiograma, antecedentes perinatales, personales y familiares, patología asociada, hábitos, anamnesis alimentaria, examen físico y antropometría. Determinadas variables se agregan a una planilla Excel para posterior análisis estadístico.

Anualmente la Unidad realiza una evaluación del funcionamiento, en busca de mejorar y fortalecer la asistencia. Para ello se evalúan las siguientes variables: adherencia al tratamiento a través del número de controles; respuesta al tratamiento a través variaciones de dos puntos en más o en menos del IMC y cambios en los valores analíticos (se utilizan los valores de referencia para la edad).

Además de la parte asistencial, la Unidad participa activamente en instancias de prevención, promoción y educación sumándose anualmente a actividades como la Semana del corazón, Día Mundial de la actividad física, entre otras. Se trabaja en conjunto con Educación Primaria fortaleciendo las políticas de prevención, promoción y educación tales como la merienda saludable, la réplica de las guías de alimentación saludable y de actividad física y el proyecto de etiquetado de alimentos, entre otros.

## **Resultados**

En los 2 años y 9 meses de trabajo, se ha abordado el seguimiento de 104 familias procedentes del departamento de Paysandú y de departamentos de la región. En cuanto a las características generales de nuestros pacientes, destacamos que la mayoría tienen familias disfuncionales y su vínculo con la alimentación es un síntoma más de los problemas afectivos del niño o adolescente. Encontramos una escasa percepción de la obesidad como enfermedad y del riesgo que ésta implica en la vida del niño o adolescente. El ambiente obesogénico está presente en la mayoría de las familias que asistimos. Destacamos una escasa capacidad familiar para iniciar y sostener los cambios de hábitos, a pesar de ello, logramos que 80 familias concurren a más de un control.

En cuanto a los resultados de los datos obtenidos de los 80 pacientes en seguimiento

(aquellos que tienen más de un control), se destaca un predominio de pacientes de sexo femenino 50 sobre el masculino 30. El promedio de edad es de 10 años, con un rango entre 1 a 17 años. Para la valoración de la obesidad y del grado de la misma utilizamos el Índice de Masa Corporal (IMC). 18 niños presentaron al momento del ingreso un IMC mayor de 30, 13 con IMC entre 30 y 34; 2 con IMC entre 35 y 39; 1 con IMC entre 40 y 44 y 2 con IMC mayor de 45.

Se le solicitó, al momento del ingreso a la unidad, analítica de sangre a 62 niños, de los cuales sólo 5 presentaron valores normales. La mayoría de los pacientes presentaron alteración del perfil lipídico; 51 pacientes HDL bajo, 36 Triglicéridos elevados, 25 Colesterol total elevado y 17 LDL elevado. Sólo 6 pacientes presentaron glicemias alteradas.

Para valorar la respuesta al tratamiento se consideró la variación del IMC entre los controles, tomando como referencia la variación en el IMC en más y menos 2 puntos. Del total de pacientes en seguimiento, 20 aumentaron su IMC, 35 mantuvieron el IMC y 25 lograron disminuirlo. De los 25 pacientes que disminuyeron su IMC, 7 alcanzaron el peso normal para la edad y la estatura; 6 pasaron de la obesidad al sobrepeso; y 12 a pesar de disminuir el IMC, se mantienen obesos.

Los pacientes que lograron llegar al peso esperado presentaron las siguientes características: familias continentales con medio socioeconómico y cultural aceptable y buena adherencia al seguimiento, tratamiento y a la realización de actividad física. Por otro lado, los pacientes que aumentaron el IMC presentan con más frecuencia familias disfuncionales, asocian patología psiquiátrica tanto del niño o adolescente como de sus padres, principalmente la figura materna. El déficit intelectual, así como la asociación de adolescentes con depresión y obesidad predominó en este grupo de pacientes. El medio rural con escasas ofertas para la realización de actividad física y dificultad para el acceso a determinados productos alimenticios (pescado, leche descremada, entre otras) también se asoció a escasa respuesta al tratamiento.

En el año 2017-2018, se realizó en conjunto con ANEP y el Instituto de Formación Docente y Centros CAIF de la Intendencia de Paysandú, un trabajo de investigación dirigido a conocer los hábitos y el estado nutricional de más de 1500 niños menores de 6 años de la ciudad de Paysandú, que sirvió de diagnóstico situacional. Se obtuvieron resultados similares a la Encuesta de Nutrición Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) [4]. Además, en 2017 se inició un proyecto de prevención y promoción con plan CAIF, incorporando la actividad física desde temprana edad, para fomentar este hábito.

## **Conclusiones**

En estos 3 años de trabajo en la Unidad hemos transitado por diferentes etapas y experiencias. Se destacan como fortalezas: el compromiso institucional, el trabajo en equipo, el sentido de pertenencia a la Unidad, la participación constante en la comunidad con activi-



dades de prevención y promoción de buenos hábitos de alimentación y de actividad física, la construcción colectiva siendo el niño y la familia los actores principales en este proceso. Aprendimos en este camino que la comunicación y la empatía son las claves para generar un vínculo sostenido. La importancia de resaltar los logros de la familia y los niños en este abordaje, fortaleciendo capacidades que contribuyan a sostener los cambios realizados.

Durante el proceso encontramos diversas dificultades, que van desde aspectos macro, tales como las barreras culturales, sociales, la industria alimenticia y su publicidad, entre otros; y dificultades organizacionales en cuanto a la conformación del equipo y su puesta en funcionamiento.

Frente a esta enfermedad epidémica el abordaje interdisciplinario e interinstitucional (intersectorial) es el inicio del camino, pero para lograr cambios a largo plazo en los estilos de vida deben estar sustentados por políticas públicas que fortalezcan y acompañen el trabajo en territorio, unificando mensajes hacia la sociedad, previniendo así el desarrollo de enfermedades crónicas tan costosas desde el punto de vista económico y en calidad de vida para las personas.

Trabajar en el abordaje de la obesidad debe ser responsabilidad de todos, equipos de salud, educadores y familia.

## Referencias bibliográficas

1. Ministerio de salud. Segunda encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles. Montevideo: MS; 2013. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/2da-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-de-enfermedades-no>
2. Ministerio de Salud. Situación alimentaria y nutricional. Montevideo. MS; 2016. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/diagnostico-de-la-situacion-alimentaria-y-nutricional>
3. Ministerio de Salud. OPS. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Montevideo. MS 2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/publicaciones-objetivos-sanitarios-nacionales-2020>
4. MIDES, INE, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Cultura. Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud. Informe de la Segunda Ronda. Uruguay: MEC; 2018. Disponible en: <https://www.mec.gub.uy/innovaportal/file/108129/1/endis.pdf>

# Capítulo 23: Promoción de los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia en Fray Bentos, Río Negro

Katherine Sampson<sup>1</sup>, Fabricio Castillo<sup>2</sup>, Virginia Espalter<sup>3</sup>, Camila Viera<sup>4</sup>

## Resumen

Históricamente, Río Negro ha presentado cifras elevadas de embarazo adolescente. Si bien en estos últimos años las cifras han ido en descenso, el tema sigue siendo una preocupación para los equipos de salud y más aún los embarazos de 10 a 15 años y la reincidencia en su segundo embarazo. Según datos estadísticos, el embarazo adolescente en Río Negro llegó a 85,6 nacimientos por 1000 mujeres adolescentes en 2014, pasó a 68,5 en 2015 y a 55,9 en 2016.

Es por esto que el equipo de salud adolescente del Centro de Salud de la Administración de los Servicios de Salud del Estado de Fray Bentos se ha propuesto abordarlo en dos ámbitos de trabajo: en comunidad y en el consultorio.

Se lograron mejoras en el proceso de atención en el equipo de salud, así como un incremento en el número de consultas de la población beneficiaria. En el año 2017 se realizó la atención de 100 adolescentes mensuales, mientras que en el 2018 se atendieron 240 consultas mensuales. Además, se duplicó la cantidad de usuarios atendidos en el servicio. El equipo cree que va por buen camino y que mantener este proceso de trabajo nos ayudará a seguir logrando los objetivos planteados.

**Palabras clave:** Embarazo en adolescencia, derechos sexuales y reproductivos, salud sexual y reproductiva, anticoncepción, identidad de género, confidencialidad.

## Introducción

La salud sexual y reproductiva es el proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, que se evidencia en las relaciones libres y

---

1 Obstetra Partera

2 Licenciado en Enfermería

3 Médica

4 Licenciada en Psicología

**PRESERVATIVO MASCULINO**

**¿Cómo usarlo?**

- No debe usarse en las últimas 3 semanas del ciclo menstrual.
- Puede usarse a los 12 años de edad.
- Antes de usarlo, revise la fecha de vencimiento y asegúrese de que el preservativo sea compatible con los lubricantes que va a usar.
- Apriete la punta del preservativo al momento de colocarlo.
- Cuando se retire, haga la parte que queda en su mano y deposítela en un recipiente para residuos.

**RECUERDA QUE EN TODAS LAS INSTITUCIONES DE SALUD DEL PAÍS EXISTEN SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ENCONTRARLOS OPORTUNO**

**PRESERVATIVO FEMENINO**

**¿Cómo usarlo?**

- Es una funda delgada y resistente con una punta abierta y un borde cerrado de la vagina y el ano. No es apto para el uso con un preservativo masculino.
- Es un método de barrera de doble barrido, lo permite prevenir embarazos no deseados y las ITS.
- En todos los servicios públicos de salud y en los distribuidores en las Direcciones provinciales.

**¿Cómo usarlo?**

- Tiene el lado externo (borde) que protege al hombre y el lado interno que protege a la mujer. No necesita una inserción por el momento de colocarlo. No permite el uso con un preservativo masculino.

**Métodos Anticonceptivos**

*¡Elige y usa un método que te permita disfrutar sin miedos de una sexualidad placentera y segura!*

**LOS PRESERVATIVOS MASCULINOS Y FEMENINOS SON LOS ÚNICOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE TE PROTEGEN FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.**

**LÍNEA SIDA, SEXUALIDAD Y DERECHOS**  
**0800 3131**  
www.gub.uy

Ministerio de SALUD

responsables con capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social, y no simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas.

Según datos estadísticos, el embarazo adolescente en Río Negro fue 85,6 nacimientos por 1000 mujeres adolescentes en 2014. La cifra fue de 68,5 en 2015 y 55,9 en 2016. Los datos que maneja el Ministerio de Salud Pública (MSP) señalan que el embarazo de adolescentes pasa de una generación a otra desde hace décadas. Si bien las cifras han ido en descenso en los últimos años, estos valores siguen siendo cifras preocupantes.

El equipo de salud de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) de la ciudad de Fray Bentos decidió priorizar el abordaje de esta problemática a través de la creación de un servicio de atención a adolescentes.

El objetivo principal es mejorar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, dando respuesta a la demanda solicitada por esta población. Se pretende de esta manera ser el centro de referencia en esta temática para los y las adolescentes de la localidad.

Como objetivos específicos se plantearon: dar a conocer y fortalecer los derechos en la adolescencia y el acceso a los métodos anticonceptivos (MAC); escuchar, entregar información y asesoramiento en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de género, derechos y diversidad, favoreciendo la toma de decisiones informadas; manejar y brindar los principales MAC disponibles; educar sobre la forma de uso adecuado de cada uno de ellos enfatizando siempre en la doble protección y el uso consistente, correcto y constante de preservativo y mejorar el acceso a los diferentes métodos; sensibilizar sobre infecciones de transmisión sexual (ITS); detectar precozmente el embarazo; sensibilizar sobre embarazo no intencional, ofrecer información sobre interrupción voluntaria del embarazo; dar información, seguimiento, acompañamiento a la embarazada adolescente y su familia; conocer y aplicar acciones de salud que contribuyan al desarrollo sexual saludable de adolescentes, a nivel individual, familiar y comunitario e informar sobre el desarrollo en la adolescencia.

## **Descripción**

El equipo de salud adolescente funciona en el Centro de Salud de Fray Bentos (ASSE) desde el año 2009. Es un servicio enfocado en la salud para adolescentes, integrado por cuatro profesionales: una obstetra partera, un licenciado en enfermería y una psicóloga que trabajan de lunes a viernes y una médica que brinda consulta lunes, martes y viernes. Se trabaja en dos ámbitos de atención: en consultorio (en el espacio físico de salud adolescente), y en comunidad, a través de la coordinación con centros educativos y otras asociaciones civiles.

El equipo dispone de espacios semanales que habilitan a la reflexión interdisciplinaria, la planificación y evaluación de los procesos de atención.

Se abarcan todos los temas tanto en el consultorio como en comunidad, trabajando firmemente en promoción de la salud y prevención de enfermedades referentes a temáticas propuestas por ellos o relevantes para esta franja etaria como son: salud sexual y reproductiva, salud mental, seguridad vial, hábitos tóxicos y hábitos saludables.

Se utilizan diversos tipos de registro: en planilla donde consta el nombre y apellido del/la usuaria/o, cédula de identidad, edad, sexo, método anticonceptivo, control siguiente, motivo de consulta.

Se utilizan en comunidad fichas de evaluación sobre la actividad realizada (Figura 1), incluyendo sugerencias y temas de interés para próximas actividades. Se utiliza como forma electrónica de registro el escritorio clínico.

**Figura 1.** Ficha de evaluación de los talleres

**Evaluación- Espacio Adolescente. RAP-Fray Bentos.**

Fecha:

Institución

Taller:

- ¿Cómo evalúas el taller?
  - Muy Bueno
  - Bueno
  - Regular
  - Malo
- ¿Cómo consideras tu participación?
  - Participé activamente
  - No opine, pero me interesó
  - No me interesó
- ¿Consideras importante tratar estos temas en el ámbito educativo?  
Si                  No
- Sugerencias para mejorar estos encuentros (qué cambiarías, agregarías, sacarías) .  
.....
- Otros temas de tu interés

Fuente: elaboración propia





## Resultados

Se pudo lograr mejoras en el proceso de atención en el equipo de salud, así como un incremento en el número de consultas de la población beneficiaria.

A través del proceso fuimos utilizando algunos indicadores priorizados, como la concurrencia a las consultas tanto programadas como consultas espontáneas. En cuanto al trabajo en comunidad, se valoró si consideraban importante tratar estos temas en el ámbito educativo. En el año 2017 tuvimos consultas, controles, e intervenciones de 138 adolescentes mensuales, mientras que en el 2018 se aumentó el número a 250 adolescentes mensuales.

En el servicio se realizó seguimiento a 11 embarazadas adolescentes y sus familias.

En lo que respecta al trabajo en comunidad (talleres), se realizaron 45 talleres de sensibilización a los adolescentes.

## Conclusiones

Se reconoce que esta iniciativa es parte de una suma de acciones que se vienen realizando en procura de disminuir las situaciones que generan o pueden llegar a generar problemas en la salud de los adolescentes de nuestra localidad.

Se logró mejorar el acceso a la primera consulta del usuario/a y su correspondiente seguimiento, así como también identificar factores de riesgo, trabajarlos y disminuir las interconsultas o consultas a puerta de emergencia, mejorando así la resolutivez del primer nivel de atención.

También se trabajó en concientizar a la población objetivo sobre los temas de salud sexual y reproductiva, haciendo de ellos también promotores de salud y protagonistas de ésta. Con el correr del tiempo se ha logrado mejorar diversos aspectos en el trabajo con adolescentes y sus familias: logramos llegar a mayor número de la población objetivo, con una mejor calidad de atención.

En el transcurso de esta práctica se visualizaron varias de las necesidades e intereses de los y las adolescentes, trabajando fuertemente para lograr abarcar la demanda y acompañarlos en el proceso de crecimiento y aprendizaje.

Aprendimos que, si se les proporciona un ambiente cálido y de confianza, la gran mayoría vuelve a consultar, y también invitan a sus pares a concurrir, lo cual es beneficioso tanto para esta población como para los profesionales y el sistema de salud en general.

Hemos tenido varios desafíos a lo largo del trayecto, principalmente el hecho de generar la propuesta de un espacio en el cual ellos se sientan cómodos y así puedan regresar. Otro

de los desafíos al que nos enfrentamos fue el trabajo con las familias: así como sucede en las instituciones educativas, notamos una gran resistencia a la concurrencia a los talleres propuestos, a veces por cuestiones laborales, familiares, o de creencias. Se nos hace difícil que estos concurren al centro y dialogar, sobre todo sobre temas de salud sexual y reproductiva. Esta temática es aún en varias familias un tema del que no se dialoga. Aún queda mucho trabajo por realizar en este aspecto.

Hemos visualizado la necesidad fundamental de mejorar la accesibilidad a las instalaciones, ya que al aumentar la demanda de las consultas el espacio no es suficiente. Además, la accesibilidad no es sencilla ya que se encuentra en el subsuelo del centro de salud. En este sentido, hemos trabajado para mejorar la visibilidad, y el acceso al servicio.

Otro de los desafíos importantes es lograr abarcar a aquellos adolescentes que no están institucionalizados, ya que no tenemos instituciones que los referencien al Espacio de Salud Adolescente. A pesar de esto, hemos logrado ir captando varios adolescentes y trabajado en conjunto.

Creemos firmemente que vamos por buen camino y que mantener este proceso de trabajo nos ayudará a seguir logrando los objetivos planteados por el equipo.

### **Referencias bibliográficas**

1. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Protocolo: prevención y atención integral del embarazo en la adolescencia. Uruguay: ASSESALUD, 2017. Disponible en: <http://www.asse.com.uy/contenido/Protocolo-de-Prevencion-del-Embarazo-Adolescente-9671>
2. MSP, Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención, Uruguay 2009.
3. López Gómez A, compiladora. Adolescentes y sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995-2004). Montevideo: UDELAR. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. [Facultad de Psicología]. UNFPA; 2005.
4. MSP. Plan Nacional de Atención Integral a la niñez, adolescencia y salud reproductiva. 2000-2003. OPS- MSP-FISS Montevideo- Uruguay. 1999.

# Capítulo 24: Creación de un espacio inclusivo para la atención en diversidad sexual. Policlínica Hipódromo. Rap Canelones

Álvaro Gutiérrez<sup>1</sup>, Nancy De León<sup>2</sup>

## Resumen

El espacio inclusivo para la atención de la diversidad sexual de la policlínica Hipódromo ofrece una atención continua e integral a la población con énfasis en las personas con identidades no heteroconformes. Se trabaja desde la integralidad en el abordaje, focalizando en la prevención de la enfermedad y en la promoción de salud, desde un enfoque basado en la descentralización, accesibilidad y garantía de derechos en la atención sanitaria, a todos los colectivos de la diversidad sexual, formado por personas lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersex.

El servicio brinda una consulta interdisciplinaria, que apunta a la promoción de conductas saludables, atención y control de la salud integral de las personas, así como el abordaje en la Salud Sexual y Reproductiva.

A su vez, y tomando en cuenta la postergación de derechos y la inaccesibilidad que la población trans ha sufrido, se generan estrategias focales que posibilitan el acceso a la atención integral en salud, incluyendo en los casos que corresponda, la evaluación, el tratamiento y posterior seguimiento que requiere el proceso de hormonización y coordinación quirúrgica.

**Palabras clave:** *Transexualismo, identidad de género, salud sexual.*

## Introducción

La policlínica Hipódromo se encuentra en la ciudad de Las Piedras en el departamento de Canelones de la República Oriental del Uruguay. Debe su nombre a que se ubica en el interior del recinto del Hipódromo. La policlínica se encuentra funcionando desde mayo de 2005.

---

1 Médico de familia y comunidad de Policlínica Hipódromo. RAP Canelones.

2 Licenciada en Psicología. Policlínica Hipódromo. RAP Canelones.



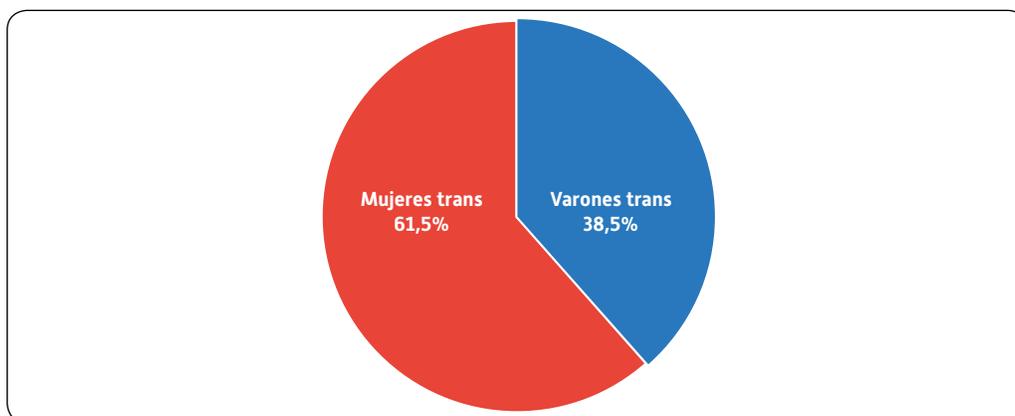
**Figura 1.** Mapa de ubicación policlínica Hipódromo.



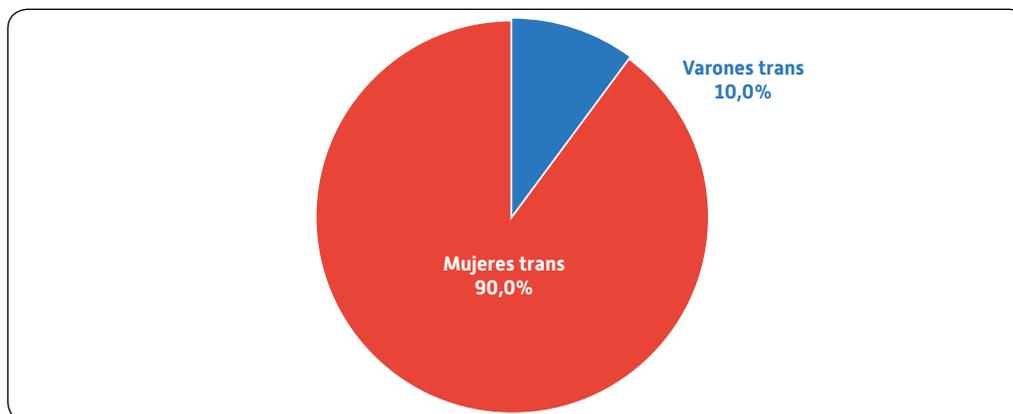
En 2016 se realizó un censo a la población trans de Uruguay, en el que participaron un total de 853 personas, siendo un 90% mujeres y un 10% hombres. Datos obtenidos de dicho estudio [1] muestran que:

- 75% de la población trans es expulsada de los centros educativos durante el curso del ciclo básico debido a la fuerte discriminación que sufren.
- La mayoría de las personas trans resuelven sus problemas y necesidades de salud en la clandestinidad [exposición al mercado informal de medicamentos y sustancias].
- 41% de mujeres trans utilizó alguna vez silicona industrial para modificar sus cuerpos, siendo el 80% de estos casos con complicaciones de salud.
- 80% de personas trans ha sufrido discriminación en su trabajo, sólo el 30% logran conseguir un empleo, siendo el 20% formal.
- Las personas trans en América Latina tienen una expectativa de vida de 35 años, según esos datos.

**Gráfica 1.** Distribución de población trans asistida en el espacio inclusivo policlínica Hipódromo. 2017-2018. / Fuente: registros asistenciales de policlínica Hipódromo.



**Gráfico 2.** Distribución de población trans en Uruguay según censo setiembre 2016.



Fuente: Censo Mides 2016.

El presente trabajo pretende dar cuenta del proceso que se llevó a cabo en la conformación del espacio inclusivo (EI).

El objetivo general es favorecer el acceso a los servicios de salud a la población lesbiana, gay, transexual, bisexual e intersex (LGTBI) con énfasis en las personas trans, usuarias y usuarios de ASSE.

Los objetivos específicos son:

- Descentralizar la atención de la población LGTBI mejorando la accesibilidad a los servicios de salud.
- Mejorar la atención, control y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Iniciar el abordaje, seguimiento y tratamiento de los y las pacientes trans que solicitan iniciar la hormonización.
- Coordinar con otros especialistas (fonoaudiólogo, cirujano plástico, trabajador social, etc.) e instituciones (Ministerio de Desarrollo Social, etc.) la atención necesaria.

## Descripción

El espacio inclusivo surge a partir de una demanda en conjunto de usuarios/as, la sociedad civil organizada, las redes de género y colectivos que plantean la necesidad de mejorar la accesibilidad de la población LGTBI a los servicios de salud y la creación de un espacio capacitado, en la atención de la población trans en la zona oeste de Canelones.

En 2016 se realiza en la Región Oeste de la RAP de Canelones el curso de Diversidad y Sa-





lud, (MSP, Facultad. de Medicina, Gobierno de Canelones, colectivo Ovejas Negras). Desde la Dirección de la RAP Canelones se prioriza la capacitación de los equipos y la formación de espacios asistenciales inclusivos a la diversidad sexual. En esta línea se plantea la posibilidad de comenzar por la policlínica Hipódromo de Las Piedras.

Se coordina con la policlínica del Saint Bois, UDA de Medicina Familiar y Comunitaria para realizar la capacitación del personal y la articulación como unidad de descentralización de esa policlínica en Las Piedras. Se realiza capacitación a través de 3 talleres de sensibilización a 3 actores fundamentales:

- a. Funcionarios de policlínica Hipódromo que estarían en contacto directo con el paciente. Se convocó a: personal administrativo, de servicio, enfermería, médicos y personal de portería de Hipódromo Las Piedras
- b. Personal técnico y no técnico de policlínica Obelisco de Las piedras. Fueron convocados pensando en una opción accesible geográficamente para la realización de paraclinica ya que este servicio cuenta con el servicio de extracción.
- c. Personal de farmacia de Hospital Las Piedras, donde los y las pacientes concurren para acceder a diferentes tratamientos.

El El comienza a funcionar en agosto de 2017 en la policlínica Hipódromo, como primera unidad asistencial con el objetivo de ir capacitando y llegando al resto de las unidades asistenciales. Se realizó la difusión de la existencia de este espacio a través de reuniones con otros centros asistenciales, en la participación de espacios comunitarios y actividades sociales con reparto de folletería y la creación de afiches.

En cuanto a la metodología de trabajo, los/as usuarios/as interesados/as en realizar una consulta o seguimiento en el El concurren directamente en el horario de funcionamiento de la policlínica a solicitar día y hora, donde rápidamente se coordina la consulta. Contamos con una agenda semanal que, por modo operativo, permanece cerrada (con la finalidad de que no se llene de pacientes externos). En este punto el rol del administrativo es fundamental ya que es el nexo entre el servicio, demás instituciones y policlínicas.

Dentro del proyecto se realizaron cambios en la sala de espera para hacerla más inclusiva: se dispone de cartelería, información, folletería sobre diversidad sexual. La sala de espera es un espacio de convivencia donde transitan personas de todas las edades, niñas, niños, adultas, adultos y adolescentes de consultas simultáneas.

La atención es interdisciplinaria, conformada por profesionales de: Medicina Familiar y Comunitaria, Psicología, Enfermería. Se puede dividir la atención en las siguientes etapas: primera consulta, seguimiento, interconsultas.

- Primera consulta: presentación y despliegue de la entrevista inicial, motivo de consulta (si la demanda es específicamente por tratamientos hormonales se otorga informa-

ción del funcionamiento del servicio, el tratamiento, los efectos deseados, adversos y etapas del proceso).

- Consultas posteriores o de seguimiento: si la demanda lo requiere, y en todos los casos donde el motivo de consulta es iniciar el proceso de hormonización, se realiza una consulta interdisciplinaria en tiempo real (técnicos de medicina familiar y comunitaria y psicología).
- En futuros seguimientos cada técnico tendrá su espacio para realizar las consultas que crea necesario.

Las herramientas utilizadas para el abordaje de las consultas por hormonización son: la escalera de abordaje, la línea de vida modificada [2], el consentimiento informado y documento orientador de la entrevista a pacientes trans (elaborado por el equipo del EI).

Se mantienen reuniones periódicas de ambos profesionales para la discusión de cada caso todas las veces que sean necesarias. También en aquellos casos que los técnicos lo consideren, se establece una interconsulta con otros profesionales capacitados en la atención a la diversidad.

Cada técnico registra la consulta en la Historia Clínica Electrónica Ambulatoria de el/la usuario/a. Además, existe un sistema de registro propio de la policlínica que permite realizar la sistematización de datos puntualmente de la población trans asistida, pero que se piensa dirigido a toda la población haciendo énfasis en la diversidad sexual.

## Resultados

La población atendida en 2018 fue de 13 pacientes, donde el 76,9% tiene una edad promedio de 20 a 25 años, por tanto, se encuentra en la franja etaria de la juventud, siendo el 23,1% restante mayor de 45 años.

- Un 60% se encuentra inserto/a en su familia con relativo apoyo familiar.
- El 40% fue expulsado/a de su ambiente familiar o vive solo/a.
- Nivel de escolarización: Educación media incompleta (69% abandonó el ciclo básico por situaciones relacionadas con su identidad u orientación).
- Más de la mitad de la población se encuentra con empleo informal.
- El 31% de la población atendida, en algún momento de su vida, realizó trabajo sexual.
- Ninguno de los y las pacientes atendidas/os ha iniciado el cambio de nombre y sexo registral.
- El 22% de la población trans atendida se encuentra en proceso de hormonización.

De nuestra experiencia, y a un año y medio de comenzar con la atención a la población LGBTI en Las Piedras, podemos señalar que las dificultades que se han presentado se relacionan con:

- El registro: No poder cambiar el nombre legal por el social es una dificultad en el pa-

drón de ASSE, que repercute en las agendas.

- En la Historia Clínica Electrónica: hemos sorteado esta dificultad mediante la intervención del administrativo y utilizando el apellido en las indicaciones.
- Nivel poblacional atendido: la población que consulta es un grupo reducido, lo que dificulta realizar estudios estadísticos comparativos.

## Conclusiones

Tomando en cuenta los objetivos del EI se observa que hemos logrado fortalecer el acceso a la salud de población que en otras circunstancias no accedería de la misma manera. Al descentralizar la atención, se logró generar un servicio de calidad, garantizando el derecho a la salud de sectores de la población como la población trans históricamente excluida, entre otras cosas, de los sistemas de salud.

Hemos generado un equipo de trabajo comprometido y que adquiere el enfoque de género en la transversalidad de la atención y de disciplinas. Esto se traduce en la fidelidad de los/as usuarios/as y la permanente derivación desde otros servicios asistenciales y sociales de personas interesadas en la consulta.

Consideramos una apuesta a futuro incluir y reconocer la atención brindada en el espacio inclusivo como una buena práctica de resolutiveidad en el primer nivel de atención ya que trabajamos para construir un espacio que sea amigable, accesible, de calidad, que tienda a resolver los diversos motivos de consultas a una parte de la población que históricamente ha sido muy vulnerada en todos sus derechos, incluyendo el derecho a la salud.

El se fundamenta en hacer real la accesibilidad de personas que habitualmente no consultan generando un espacio amigable que permita el control de las enfermedades crónicas o la resolución de sus consultas.

En esta construcción de espacios que apuestan a la diversidad vemos necesario la creación de herramientas diseñadas para evaluar la atención, así como la adaptación de los sistemas informáticos y la historia clínica.

Es indispensable la capacitación en el abordaje a la diversidad sexual y el enfoque de género, esto implica esfuerzos y responsabilidades tanto personales como institucionales que fomenten y provoquen esta formación.

El EI se configura como una forma de atención y no como un espacio físico o temporal. En este sentido la policlínica Hipódromo se ha transformado en un servicio de salud que incluye la diversidad sexual en todas las etapas del proceso asistencial.

Los equipos capacitados en la atención con enfoque de género y diversidad no deberían ser reducidos, sino por el contrario, el perfil inclusivo debería ser parte de la atención en todos los servicios de salud. Y hacia allí se dirige la Red de Atención Primaria de Canelones,

ASSE.

### **Referencias bibliográficas**

1. Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) Visibilizando realidades: avances a partir del Primer Censo de personas trans. Montevideo: DNPSC, DINEM-MIDES; setiembre 2016.
2. Ministerio de Salud, UNFPA. Guía para profesionales de la salud - Salud y diversidad sexual. Uruguay: UNFPA; 2015. Disponible en: <https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Salud%20y%20Diversidad%20Sexual.pdf>

# Capítulo 25: Atención integral al VIH en servicios del primer nivel del municipio A de Montevideo

Gabriel González<sup>1</sup>, María Ithurralde<sup>2</sup>

## Resumen

Uruguay tiene una baja prevalencia de VIH en población general pero que se concentra en poblaciones clave, con un porcentaje elevado de diagnósticos tardíos y de personas infectadas que no reciben tratamiento antirretroviral. Desde el año 2013 en el sector público del sistema de salud se inició un proceso de descentralización de la atención a personas que viven con VIH que aún se encuentra en desarrollo. En ese contexto en la región oeste de Montevideo (Municipio A) se ha implementado un servicio de referencia para la atención integral de las personas con VIH en el primer nivel de atención con el principal objetivo de mejorar el acceso al diagnóstico precoz y al tratamiento temprano y continuo, asegurando una atención longitudinal y de calidad que garantice el inicio y la continuidad de los cuidados desde una perspectiva de abordaje familiar y comunitario. La cercanía que supone la impronta de un servicio de estas características favorece el desarrollo de estrategias de cuidado, asistencia y seguimiento que se reflejan en mejores niveles de retención y de adherencia al tratamiento.

**Palabras clave:** VIH; descentralización; atención primaria de salud; Uruguay.

## Introducción

En Uruguay la prevalencia de infección por VIH oscila entre 0.4% y 0.6% y presenta un patrón de distribución concentrado en poblaciones con mayor vulnerabilidad y dificultades de acceso al sistema de salud 1-2. En nuestro medio existe un alto número de diagnósticos tardíos y de pacientes que aun teniendo indicación de terapia antirretroviral no la reciben por diferentes razones<sup>2-3</sup>, determinando un aumento en la mortalidad, la morbilidad y la transmisión, así como los gastos destinados a esta enfermedad. La población que desconoce su estatus de VIH positivo es la que contribuye a la mayor proporción de nuevas infecciones. De hecho, el reconocimiento del diagnóstico permite realizar intervenciones efectivas en las conductas de riesgo para reducir la transmisibilidad.

---

1 Médico de Área. RAP metropolitana-ASSE

2 Licenciada en Enfermería. RAP metropolitana-ASSE



El tratamiento antirretroviral ha cambiado la historia natural de la infección por VIH transformándola en una afección crónica.

La centralización de la asistencia que caracterizó históricamente al modelo de atención para personas viviendo con VIH en el sector público de nuestro país, generaba dificultades en el acceso, asimismo la impronta inherente a los servicios de segundo nivel de atención ya no se adaptaba a las necesidades de atención y cuidado propias del paradigma actual de atención a personas con VIH; existían claras dificultades en cuanto a la capacidad de generar buenos niveles de retención en los cuidados. Por otro lado, la necesidad de fortalecer el diagnóstico precoz y el acceso oportuno y temprano al tratamiento antirretroviral obligaban a generar estrategias de descentralización en la asistencia a personas viviendo con VIH que permitieran entre otras cosas, promover un entorno favorable hacia la plena inclusión social, minimizar las barreras de accesibilidad y promover el acceso universal a la prevención, diagnóstico temprano y atención al VIH4-5.

Dado que el mayor beneficio de la terapia antirretroviral se observa con su implementación temprana, logrando una recuperación completa y sostenida, los esfuerzos deberán estar destinados al diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y de calidad, asociados con un programa eficiente para fortalecer la adherencia.

El proceso de reforma sanitaria que atravesaba el país, donde el fortalecimiento del primer nivel de atención con énfasis en el desarrollo de la atención primaria en salud constituía un eje sustancial, fue marcando por sí solo la necesidad de diseñar estrategias nuevas de atención a personas con VIH.

La implementación de un servicio de referencia para la atención integral de las personas que viven con VIH en el primer nivel de atención de la Región Oeste de Montevideo (Municipio A) surge con el principal objetivo de mejorar el acceso al diagnóstico precoz y al tratamiento oportuno y continuo de estas personas, asegurando una atención longitudinal y de calidad que garantice el inicio y la continuidad de los cuidados desde una perspectiva de abordaje familiar y comunitario.

## **Descripción**

El servicio de atención integral a personas con VIH del Municipio A de la ciudad de Montevideo surge en el año 2013. La población beneficiaria de este servicio incluye a personas que viven con VIH mayores de 14 años usuarios de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.

Según los datos del censo nacional de 2011 y teniendo en cuenta una prevalencia nacional del 0,5%, se estima que en el Municipio A de la ciudad de Montevideo existen más de 1100 personas con infección por VIH, de las cuales aproximadamente el 30% son usuarios del sector público y constituyen la población objetivo del programa.

El servicio cuenta actualmente con dos puntos de atención dentro del Municipio y funciona en base a una agenda programada por medio de un sistema de gestión de consultas, así como también consultas espontáneas.

El 60% de las consultas son programadas y el 40% restante corresponden a consultas espontáneas. Las derivaciones podrán ser realizadas por otros técnicos con la correspondiente referencia (vía telefónica o correo electrónico) y provienen de servicios correspondientes a los tres niveles de atención, así como también de organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil vinculadas al VIH. El tiempo de espera promedio para acceder a la primera consulta es de 48 horas.

Se desarrollan actividades inherentes a los tres niveles de prevención. Las acciones de promoción de salud son llevadas adelante principalmente por el personal de enfermería quienes ejecutan actividades dentro de los servicios, así como también a nivel del territorio. Se desarrollan instancias educativas en sala de espera de manera regular. Asimismo, la articulación con instituciones del territorio permite trabajar con énfasis en la prevención. La consulta de enfermería es llevada adelante por las licenciadas en enfermería del servicio, se realiza a todos los usuarios con diagnóstico de VIH que inician su atención con el equipo. Tiene como principal objetivo responder con calidad a las necesidades de cuidado de estos usuarios y sus familias contribuyendo a la mejora de la calidad de vida de estas personas.

La existencia de una base de datos en formato digital reúne información referente al seguimiento de todos los usuarios que reciben atención en el servicio. La revisión sistemática de la información contenida en la base permite entre otras cosas identificar a los usuarios con faltas a las consultas programadas y alertar sobre las personas con retraso en los retiros del tratamiento. Esto permite al equipo anticiparse ante un posible abandono en el tratamiento. Ante dicha situación, se contacta telefónicamente a los pacientes para evaluar los motivos y en caso de ser necesario se coordina visita domiciliaria.

Los seguimientos telefónicos son realizados por el equipo en caso de valorarse la necesidad de mantener contacto permanente con los pacientes, ya sea por la situación puntual de cada uno de ellos o por haberse detectado la necesidad de acompañar determinados procesos.

La coordinación con equipos de cercanía del Ministerio de Desarrollo Social u otras organizaciones vinculadas al VIH son valoradas en cada caso puntual por el equipo y gestionadas desde el servicio en caso de ser necesarias.

Dentro de las actividades inherentes a la prevención secundaria, la promoción de la realización del test rápido resulta una estrategia sustancial en la capacidad de detectar de forma precoz nuevas infecciones por VIH permitiendo de esta manera la vinculación y el inicio oportuno del tratamiento. La disponibilidad del test rápido en los servicios permite acercar a todos los usuarios la posibilidad de realización del mismo. Personal de enfer-

mería promueve la realización del test en forma sistemática. Asimismo, se trabaja con los equipos de territorio para la promoción de su realización dentro de las policlínicas de la red, así como también en el marco de actividades de promoción de salud realizadas en la comunidad.

La gestión del tratamiento antirretroviral es una actividad primordial dentro del servicio y se realiza con apoyo de la química farmacéutica, quien está a cargo de las gestiones necesarias para facilitar el acceso rápido, continuo y con criterio de accesibilidad. Los usuarios deciden dónde realizar el retiro del tratamiento en función de su elección personal.

La determinación de carga viral y población linfocitaria dentro del laboratorio del servicio permite reducir los tiempos de espera de los informes de los resultados. Esto facilita el proceso asistencial y la determinación de las intervenciones pertinentes en relación al tratamiento y seguimiento de los usuarios. Se realizan extracciones de sangre en horario simultáneo a la consulta médica mejorando el acceso.

En cuanto a la gestión de la atención dentro de la red, la referencia y contra referencia con los médicos de familia y comunidad resulta clave al igual que con el resto de los integrantes de los equipos básicos de intervención. La atención conjunta de pacientes en situaciones especiales se realiza de forma programada y constituye una herramienta sustancial que favorece el soporte técnico necesario para mejorar la calidad de la atención y la resolutivez de estos usuarios desde los equipos territoriales.

El seguimiento conjunto de pacientes ingresados al Programa de Atención Domiciliaria para pacientes crónicos que viven con VIH y reciben atención dentro del servicio, constituye un claro ejemplo de articulación territorial. Esta mejora la calidad de los cuidados a dichos usuarios y forma parte de las actividades de recuperación y rehabilitación propias de la prevención terciaria. Se realizan visitas domiciliarias programadas en conjunto con el médico de familia y otros integrantes de los equipos básicos de intervención.

Los indicadores definidos por el servicio para la evaluación se presentan a continuación:

- Porcentaje de pacientes con recuento de CD4 mayor a 500 al momento del diagnóstico.
- Porcentaje de pacientes retenidos en el servicio.
- Porcentaje de pacientes que reciben Terapia antirretroviral.
- Porcentaje de pacientes que se realizaron 2 determinaciones de carga viral por año.
- Porcentaje de pacientes que continúan en tratamiento al año del diagnóstico.

## **Resultados**

En el período comprendido entre agosto de 2013 y octubre de 2018 255 personas fueron recibidas al menos una vez en el servicio de atención integral a personas con VIH del Cen-

tro de Salud del Cerro y la policlínica municipal La Teja. En contraste con la prevalencia predominantemente masculina de la infección por VIH el 60% de nuestras usuarias son de género femenino, y solo 3 de ellas mujeres trans. El rango etario predominante es entre 25 y 44 años. Del total, 185 (73%) se encontraban retenidos en el servicio a octubre de 2018, tomando como criterio de retención con última consulta menor a 3 meses, o mayor de 3 meses por indicación y con próxima consulta programada, o con último retiro de anti-retrovirales en farmacia menor a 2 meses. Otros 28 usuarios continuaban su control en distintos servicios públicos o privados, o en el exterior del país, completando así un 84% de retención en cuidados. Entre las 42 personas restantes contamos usuarios que están vinculados al servicio, pero no cumplen los criterios de retención, perdidos y fallecidos (varios de estos por causas no vinculadas a SIDA).

**Tabla 1.** Personas atendidas según situación de control Centros Cerro-La Teja, 2013-2018.

| Situación de control | Cantidad   |
|----------------------|------------|
| Retenidos [1]        | 185        |
| En otro servicio     | 8          |
| No retenidos [2]     | 28         |
| Perdidos [3]         | 23         |
| Fallecidos           | 11         |
| <b>Total</b>         | <b>255</b> |

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Policlínica.

[1] Menos de 3 meses desde la última consulta, o más de 3 meses por indicación y con próxima consulta programada, o con retiro de antirretrovirales en farmacia en los últimos 2 meses. [2] No cumple criterio de retención, pero mantiene vínculo con el servicio. [3] No se ubica por contacto telefónico o visita domiciliaria.

De todas las personas diagnosticadas en 2017 y 2018 solo el 21% tenían un recuento de CD4 mayor a 500 células/ml en el momento del diagnóstico. Al menos un 30% fueron diagnosticados en estadio SIDA. Tomando como referencia las personas diagnosticadas a partir de 2013, el 90% se encontraban en tratamiento antirretroviral en octubre de 2018 (último retiro en farmacia menor a 2 meses) y que este resultado se sostiene en el tiempo. A su vez en este grupo se alcanza un 73% de supresión viral (80% si consideramos sólo quienes están con tratamiento). Del total de personas vivas que se asisten en el servicio el

73% tienen al menos 2 determinaciones de CV en el último año.

**Tabla 2.** Personas que se mantienen en tratamiento antirretroviral según año del diagnóstico. Centros Cerro-La Teja. Octubre 2018.

| Año del diagnóstico | N inicial | En tratamiento actual |      |
|---------------------|-----------|-----------------------|------|
|                     |           | Cantidad              | %    |
| 2017                | 22        | 19                    | 86   |
| 2016                | 19        | 17                    | 89   |
| 2015                | 9         | 8                     | 89   |
| 2014                | 14        | 14                    | 100  |
| 2013                | 10        | 9                     | 90   |
| Total               | 74        | 67                    | 90,5 |

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Policlínica

## Conclusiones

La implementación de un servicio de salud dentro del primer nivel de atención para personas con VIH ha permitido dar respuesta a las necesidades de cuidado de estas personas y sus familias. La disponibilidad de recursos materiales y humanos suficientes en cantidad y calidad y accesibles para la comunidad constituye una parte decisiva en la eficacia, eficiencia y efectividad de las intervenciones ejecutadas para el cuidado de estas personas. La adherencia terapéutica previene el daño del sistema inmunológico, aumenta la supervivencia y mejora la calidad de vida de las personas que viven con VIH.

La cercanía que supone la impronta de un servicio de estas características favorece el desarrollo de estrategias de cuidado, asistencia y seguimiento que se ven reflejadas en los resultados; el alto nivel de retención en los cuidados y de adherencia terapéutica de las personas que reciben atención en este servicio va claramente ligado a la proximidad que caracteriza al abordaje. Es importante el papel del personal de salud para el éxito de dicho cumplimiento terapéutico. La disponibilidad de personal con conocimientos específicos y especialmente motivado, resulta imprescindible para una adecuada asistencia a las personas con VIH y juega un rol clave en la adherencia al tratamiento y a los cuidados. El trabajo en equipo y articulado con instituciones y personas vinculadas a la vida de los pacientes

que define a un servicio de atención primaria aumenta la calidad de las intervenciones y permite dar respuestas más acertadas a las necesidades que tienen las personas y sus familias.

Los atributos previamente descritos constituyen este servicio en un ejemplo de alta resoluntividad del primer nivel de atención, favoreciendo las oportunidades de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas con VIH.

El abordaje integral que caracteriza a la atención primaria en salud constituye un instrumento de humanización en la atención de las personas y favorece la adherencia terapéutica.

No obstante, continúa siendo un gran desafío para los equipos de atención del primer nivel, diseñar estrategias que permitan mejorar el diagnóstico precoz en poblaciones clave, así como lograr reducir las barreras que aún continúan limitando el acceso a la atención de los colectivos más vulnerados. Asimismo, el trabajo interinstitucional deberá ser priorizado en la atención y cuidado de las personas con VIH a los efectos de dar respuesta a limitantes de carácter social y económico que reducen las posibilidades de autocuidado de estas personas y sus familias (proyectos de inserción laboral; trabajo con énfasis en políticas de igualdad de género; vinculación a instituciones educativas y recreativas que contribuyan a la salud integral de estas personas).

## Referencias bibliográficas

1. Área programática ITS – VIH/SIDA. Boletín epidemiológico: Día nacional del VIH/SIDA. Uruguay: Ministerio de salud; 2018.
2. Área programática ITS – VIH/SIDA. Pautas de atención a personas con VIH en el primer nivel de atención. Uruguay: Ministerio de salud; 2016.
3. S. Cabrera, A. Cotelo, V. Antelo, G. González, M. Librán, A. Perna, E. Savio. Late diagnosis of HIV infection in Uruguay, 2007–2009. 6th IAS Conference on HIV pathogenesis, Treatment and Prevention. 17–20 July 2011, Roma, Italia. Abstract CDB028
4. Ponzo, J. Informe de Sistematización de la Atención a Personas con VIH en el primer nivel de atención a partir del estudio de dos experiencias: Policlínica La Teja (Montevideo) y Centro Cívico Salvador Allende (Canelones). Montevideo: Área Programática de ITS-VIH/Sida, UNFPA; 2015.
5. Schenck M. Policlínicas inclusivas. Diversidad sexual y de género en salud, y atención libre de discriminación a personas que viven con VIH: la experiencia de la Intendencia de Montevideo. Montevideo: UNFPA; 2017.

# Capítulo 26: Diagnóstico y tratamiento oportuno para vivir más y mejor. Centro de Salud Bella Unión. RAP Artigas

Roxana Hassan<sup>1</sup>, Sandra Tonna<sup>2</sup>, Rogelio Acosta<sup>3</sup>, Daniela Gularte<sup>4</sup>

## Resumen

En el marco del reconocimiento por parte del equipo de salud del segundo nivel de atención que asistía a usuarios ingresados por SIDA, surgió la necesidad de contar en el primer nivel de atención con un equipo local capacitado para la captación, atención y seguimiento de usuarios que viven con VIH. Estos usuarios se atendían en la capital del país. Esta experiencia permitió facilitar su control y seguimiento a nivel local, aumentando la resolutivez del PNA. Esta práctica también busca la captación temprana de usuarios que desconocen su estado serológico. La situación geográfica como departamento de frontera complejiza la situación ya que deben instituirse estrategias que incluyan cooperación y complementación en actividades y acciones conjuntas con equipos homólogos del país limítrofe. El objetivo general de esta práctica es la disminución de la morbimortalidad en los usuarios con VIH. El planteo fue realizado a nivel del Centro de Salud de Bella Unión, departamento de Artigas, Uruguay. Fue entonces que a partir de 2014 comenzó su funcionamiento dentro de la Policlínica de Salud Sexual y Reproductiva de dicho centro. Se comenzó con 2 usuarios y consultas cada 15 días; actualmente se cuenta con un total de 34 usuarias/os y policlínicas semanales.

**Palabras clave:** Atención primaria de salud, resolutivez, HIV, SIDA, terapia antirretroviral, descentralización.

## Introducción

La epidemia de VIH es un problema de Salud Pública a nivel mundial. En Uruguay se estima en 13.000 el número de personas con VIH diagnosticadas y un 30% más de personas sin diagnosticar. Existe una importante proporción de personas que se diagnostican en estadios tardíos de la infección (aproximadamente un 25%), la cobertura de TARV es de 53%, una gran proporción de pacientes no tienen continuidad en el sistema de salud y abando-

1 Médica. Centro de Salud Bella Unión. RAP Artigas.

2 Auxiliar de Enfermería. Centro de Salud Bella Unión. RAP Artigas.

3 Médico. Director Centro de Salud Bella Unión. RAP Artigas.

4 Médica. Directora RAP Artigas

## ¿Cómo protegerse?

Los preservativos son un método eficaz para protegerse y proteger a la pareja de las ITS/SIDA y son también un método anticonceptivo.

Si se tiene una única pareja es posible abandonar el uso del preservativo, solamente cuando el resultado del test, para el VIH, es negativo en los dos integrantes de la pareja. Sólo en este caso se puede pensar en otro método anticonceptivo.

También se puede decidir no tener relaciones sexuales.

En el caso de uso de drogas inyectables, siempre se debe usar material descartable para prevenir el riesgo de transmisión del VIH y de otras ITS.

## ¿Cómo y para qué se detecta el VIH?

La única forma de detectar el virus es mediante la realización de un análisis de sangre que detecta los anticuerpos al virus VIH.

¿Dónde puedo hacer un test del VIH?  
• En una sala de las áreas infectológicas o en el laboratorio de inmunología de los hospitales. Se debe ser voluntario, confidencial y gratuito. Se garantiza el consentimiento informado.  
• En los centros de atención primaria.  
• En los centros de atención de drogadicción.  
• En los centros de atención de VIH/SIDA.  
• En los centros de atención de enfermería.  
• En los centros de atención de salud pública.

## ¿En qué consisten los tratamientos?

Los tratamientos actuales no curan la infección por el VIH, y tampoco existe hasta el momento una vacuna. Pero, en la actualidad existen medicamentos eficaces que retardan la evolución de la infección y aumentan considerablemente la esperanza de vida.

## ¿Por qué ser solidario?

La solidaridad es indispensable siempre y también en la lucha contra el SIDA. Los prejuicios y la discriminación dividen la sociedad e impiden que cuidemos nuestra salud y la de los demás. El SIDA es un problema de todos. Su prevención depende del comportamiento de cada uno de nosotros/as y requiere una actitud responsable, activa, positiva y no discriminatoria.

## ¿Dónde informarse?

- Programa Prioritario ITS/SIDA del Ministerio de Salud Pública. 15 de julio 1992/Piso 4°. Tel.: 402 24 24.
- Mesa ITS/SIDA - 06007432 Programa Prioritario ITS/SIDA, Ministerio de Salud Pública.
- Línea SIDA - 08003121 IMM-DES-ASEPO
- Servicio de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias (SEIC-MSP), Alfredo Navarro 2051, 4° Piso, Tel.: 467 36 79.
- Centro de Referencia VIH/SIDA pediátrico y control Perinatal, MSP.
- EN - Gerencia de Programas Especializados de Salud, Av. Agraciada 3253, Programa Educaciones para la Salud, Tel.: 300 11 11.



Y vos,  
¿cómo encarás  
el SIDA?

nan sus tratamientos (aproximadamente 45% en el primer año en el subsector público) [1]. De lo anteriormente mencionado es que surge la necesidad de crear estrategias que faciliten el acceso y la continuidad en la atención. Es necesario además: proveer un entorno amigable, libre de discriminación y que entienda las necesidades tanto asistenciales como socioafectivas; evitar la transmisión vertical mediante protocolos de atención basados en Guías Nacionales; promover un abordaje con énfasis en la promoción de salud y prevención de enfermedades, que incluya el acercamiento a usuarias/os, realización de pruebas rápidas, captación de poblaciones vulnerables y especial enfoque en adolescentes y jóvenes con actividades socioeducativas sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. En el marco de la descentralización son necesarias acciones que aseguren la mejor resolutivez posible a nivel local. Como enfermedad crónica trasmisible, el VIH requiere una atención integral, longitudinal y de calidad.

La “prevención combinada” es una estrategia firmemente consolidada y aceptada como combinación de herramientas en un paquete preventivo aplicable y accesible. Bella Unión se ubica al noroeste del país. Limita con Argentina y Brasil constituyendo una triple frontera. De acuerdo con el censo 2011 la ciudad cuenta con una población de 12.200 habitantes, lo cual la convierte en la segunda ciudad en cantidad de habitantes del departamento de Artigas. Si se consideran además otros centros urbanos periféricos, el total de población asciende a 17.377 habitantes.

Según relevamientos poblacionales más actuales se estima que el último dato ascendería a 20.000 habitantes. Dista 135 km de la ciudad de Artigas y 625 km de Montevideo, la capital del país.

**Figura 1.** Mapa del Uruguay con ubicación de Bella Unión.



## Descripción

La policlínica de Atención Integral a Personas que Viven con VIH funciona en el Centro de Salud de Bella Unión desde mayo de 2014 enmarcada en el servicio de Salud Sexual y Reproductiva.

Surge con el objetivo de dar solución a un problema identificado desde un servicio de internación en el Segundo Nivel de Atención (SNA): la morbimortalidad por enfermedades "oportunistas" en personas con diagnóstico de VIH, o que lo desconocían, que presentaban múltiples consultas en emergencia e internaciones recurrentes y que no recibían seguimiento y tratamiento en forma oportuna.

Se planteó la necesidad de facilitar el acceso a la atención de usuarios ya diagnosticados, asegurando la continuidad asistencial, facilitando el seguimiento, evitando la progresión de la enfermedad y la captación temprana de usuarios con el fin de disminuir la morbimortalidad mediante la Terapia Antirretroviral (TARV) previniendo a su vez la trasmisión de la infección.

El equipo básico de trabajo está integrado por un médico con formación en medicina interna y una auxiliar de enfermería coordinando y enfatizando acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, garantizando un adecuado seguimiento y tratamiento.

En el primer encuentro con el equipo de atención se procura que el usuario se mantenga motivado para no abandonar el seguimiento; se brinda contención emocional (miedo, desesperanza, etc.) ofreciendo apoyo psicológico profesional; se garantiza confidencialidad y acompañamiento durante todo el proceso de atención, y se fijan objetivos conjuntos: lograr carga viral suprimida, estado inmunitario adecuado y sostenido, y evitar la progresión de la enfermedad.

También, se aborda la importancia de la adherencia al control, tratamiento y realización de monitorización de estado inmunitario y carga viral, la importancia del uso de métodos anticonceptivos de barrera y del inicio y continuidad del tratamiento.

Se realiza la anamnesis y examen físico completo, solicitud de paraclínica de inicio de atención y para solicitud del tratamiento antirretroviral.

En los encuentros posteriores se plantean los siguientes objetivos: indicación de inmunizaciones, Papanicolaou, revisión odontológica, valoración por trabajador social en los casos que lo requieran y en el mismo Centro de Salud.

También, se realiza la solicitud de tratamiento antirretroviral. Generalmente luego de la tercera consulta se aborda la prevención para los contactos sexuales al consolidar un vínculo de confianza.

La atención a los usuarios/os se realiza siguiendo las Pautas Nacionales de atención a las

personas con VIH en el PNA brindadas por el MSP [1].

En octubre de 2017, ante la convocatoria de la Dirección Departamental de Salud de Artigas (Ministerio de Salud Pública) se logró presentar esta práctica y resultados alcanzados hasta el momento en el Encuentro Internacional de Fronteras celebrado en Foz de Iguazú (Brasil).

En este encuentro se hizo hincapié en la necesidad de reforzar los lazos entre los equipos de frontera para una atención complementaria y cooperativa teniendo en cuenta la frecuente interacción entre personas de áreas geográficas limítrofes.

El desafío es lograr alcanzar el objetivo planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2020: 90% de usuarios captados, 90% usuarios tratados y 90 % de los usuarios con carga viral suprimida.

En 2018 se enfatizó en la estrategia de captación precoz, por lo que este equipo de referencia realizó giras por policlínicas periféricas y rurales con el objetivo de capacitar a equipos básicos para la consejería, realización de test rápido e informar sobre la existencia de esta policlínica específica para una derivación oportuna. Además, se trabajó en educación respecto al uso y suministro de métodos de barrera, adjuntando material didáctico que apunta a facilitar la comprensión en cuanto a su correcta utilización, y kit de reducción de daño [prevención combinada].

## Resultados

Se enumeran a continuación algunos de los resultados obtenidos:

- Aumento de resolutivez en el PNA a nivel local, evitando traslados a la capital del país para realizar el tratamiento.
- Tratamiento oportuno al 100% de los usuarios captados.
- 90% de los usuarios se encuentra en tratamiento, mantienen carga viral indetectable, lo que disminuye ampliamente la posibilidad de transmisión del VIH.
- 100% de los partos de madres con VIH fueron resueltos en el Centro Hospitalario local; todos los recién nacidos resultaron con pruebas diagnósticas negativas gracias al seguimiento estricto y responsable realizado por parte del equipo obstétrico del servicio en PNA y el empeño del equipo del Segundo Nivel de Atención, en complementación y trabajo conjunto.
- Definición de protocolos y mecanismos de referencia y contrarreferencia con otros integrantes del equipo de salud y principalmente con el SNA.
- Coordinación e intercambiando de información con integrantes de equipos de salud de pediatría, ginecología, obstetricia, emergencia, laboratorio y farmacia, suministrando y aportando para la interpretación de datos, facilitando el acceso a pautas para determinadas situaciones en diferentes sectores del Centro Hospitalario local.
- Suministro de información y material de cartelería para colocar en el servicio de emergencia con información explicativa sobre las situaciones clínicas en las que se

debe solicitar un examen de VIH y basados en la premisa de no perder oportunidades debido a que la guardia médica es un lugar fundamental a la hora de la captación de usuarios dado el volumen y las variadas situaciones que pueden estar manifestando un estado de inmunodepresión o una primoinfección.

- Se logró concretar espacio de trabajo con y para la comunidad en tareas de educación prevención promoción de salud, testeo y consejería.
- Implementación de test rápido en toda la Red de Atención Primaria (RAP) Artigas (desde diciembre de 2018 se detectaron tres nuevos casos por técnicas de test rápido).
- Se viene trabajado en la mejora del relacionamiento y se han planificado encuentros y actividades con el equipo de Barra do Quaraí (Brasil).

Actualmente son 36 usuarios en seguimiento, de los cuales 34 están bajo TARV y de estos, el 50% se encuentra con viremia suprimida mantenida.

El nivel de CD4 promedio de los usuarios que se asisten en el servicio es de 516 x mm<sup>3</sup>; el nivel de usuarios inmunizados es del 88% y el 90% de las usuarias mujeres tiene PAP realizado.

## **Conclusiones**

Las buenas prácticas son las que determinan el éxito de los objetivos planteados. El PNA es el ámbito ideal donde se puede trabajar en todos los aspectos vinculados a la atención integral del usuario/a desde su captación, educación, consejería, tratamiento y seguimiento. Esto permite trabajar con usuarios estables y que inician su atención con un nivel inmunitario que en general permite “llegar a tiempo” y no con un cuadro de inmunosupresión severa que puede culminar con el fallecimiento del usuario, con el amargo sentimiento de “haber llegado tarde”.

El compromiso, interés, aptitud, actitud frente al usuario determina el éxito de la tarea encomendada.

## **Referencias bibliográficas**

1. Área programática ITS – VIH/SIDA. Pautas de atención a personas con VIH en el primer nivel de atención. Uruguay: Ministerio de salud; 2016.

# Capítulo 27: Mejora de la calidad de atención a los niños a través de la discusión de casos en red utilizando la plataforma ECHO

Gustavo Giachetto<sup>1</sup>, Amelia Illescas<sup>2</sup>, Yelena Ramírez<sup>3</sup>, Célica Fernández<sup>3</sup>.

## Resumen

Las videoconferencias de la plataforma ECHO son una herramienta innovadora para apoyar a los médicos y profesionales de la comunidad en su práctica clínica. Con el objetivo de mejorar la resolutivez del primer nivel de atención, la comunicación entre niveles y elaborar protocolos comunes, en 2017 se implementó ECHO-Fortalecimiento de la Red de Atención a Niños. Esta experiencia sigue el Plan Estratégico de la Administración de los Servicios de Salud del Estado y está bajo la coordinación del Departamento de Pediatría de la Red de Atención Primaria Metropolitana y la Clínica Pediátrica "C" [Facultad de Medicina, Udelar]. Se realizó una teleclínica mensual en las que se presentaron casos clínicos desde los centros de atención del primer nivel, donde se discutieron entre los expertos y los participantes de la red, aspectos diagnósticos, uso racional de recursos diagnósticos y terapéuticos, rutas de referencia y contrarreferencia a especialistas, tratamiento y seguimiento.

En cada teleclínica participaron médicos, pediatras, médicos de familia, diferentes especialistas según el tipo de caso clínico abordado y estudiantes de grado y posgrado.

Se logró conformar una comunidad de práctica a través de la participación en las teleclínicas, comprometida en mejorar la resolutivez del primer nivel de atención a través de la adecuación de los recursos disponibles y la elaboración de protocolos de buenas prácticas ECHO contribuyó a mejorar el nivel de satisfacción de los profesionales, estrategia fundamental para fortalecer la identificación institucional y contribuir a la calidad asistencial. El principal desafío a futuro es medir el impacto en los profesionales participantes y en la población beneficiaria.

**Palabras clave:** Telemedicina; centros de salud; pautas de práctica en medicina.

---

1 Pediatra. Prof. Clínica pediátrica C. Facultad de Medicina UDELAR.

2 Pediatra. Hospital Pediátrico. CHPR.

3 Pediatra. RAP metropolitana de ASSE.



## Introducción

ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes), creado en la Universidad de Nuevo México en Estados Unidos, es un proyecto innovador que utiliza videoconferencias para apoyar a los médicos y profesionales de la comunidad en la resolución de casos clínicos mediante un enfoque "all teach, all learn" (todos enseñan, todos aprenden). ECHO facilita el acceso a especialistas en áreas rurales o alejadas mediante la modalidad de teleclínicas y contribuye a mejorar las prácticas asistenciales.

Tras la primera teleclínica desarrollada en el año 2003 para mejorar el acceso al sistema de salud y a los especialistas de pacientes con hepatitis C en áreas rurales y centros de reclusión, se demostró que el tratamiento de los pacientes infectados realizado por médicos del primer nivel de atención utilizando el modelo ECHO es tan seguro y efectivo como el realizado por especialistas en centros de referencia [1-7].

En 2014, un convenio entre la Universidad de la República (Udelar) y la Universidad de Nuevo México permitió implementar ECHO en Uruguay. Desde entonces, el programa se ha extendido al abordaje de varias patologías complejas. En 2017, siguiendo el Plan Estratégico de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), bajo la coordinación del Departamento de Pediatría de su Red de Atención Primaria (RAP) Metropolitana y la Clínica Pediátrica "C" (Facultad de Medicina, Udelar), se implementó ECHO-Fortalecimiento de la Red de Atención a Niños.

Esta práctica mejora la resolutiveidad del primer nivel de atención, a través de la mejora continua de las competencias de los equipos participantes, brindando herramientas para el uso racional de los métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles, con énfasis en la oportunidad de interconsultas con especialistas.

Su objetivo principal es contribuir a fortalecer los procesos de referencia y contra referencia de los niños mediante: 1) Facilitación y mejora de la comunicación entre los profesionales de los diferentes niveles de atención, 2) Aumento de la capacidad de resolución del primer nivel en la atención y 3) Elaboración de protocolos de buenas prácticas de asistencia.

## Desarrollo

En 2017 se elaboró un formulario de presentación de casos clínicos, se equiparon informáticamente los 14 centros de salud de la RAP Metropolitana, se capacitaron los coordinadores en la metodología del aprendizaje colaborativo mediante ECHO y se planificó una agenda de teleclínicas mensuales de 1 hora de duración.

Un equipo coordinador en el Centro Hospitalario Pereira Rossell lideró la discusión, una contraparte en la red de atención del primer nivel colaboró con los Centros de Salud en la selección y presentación de los casos clínicos. A su vez se difundió y promovió la partici-

pación desde los lugares de trabajo liberando horas de agenda, y para los que participaron fuera de su horario de trabajo, se facilitó un link de acceso desde cualquier dispositivo.

Se discutieron entre los expertos y los participantes de la red aspectos diagnósticos, uso racional de recursos diagnósticos y terapéuticos, rutas de referencia y contra referencia a especialistas, tratamiento y seguimiento. En cada tele clínica participaron médicos, pediatras, médicos de familia, diferentes especialistas según el tipo de caso clínico abordado y estudiantes de grado y posgrado.

## **Resultados**

Entre noviembre de 2017 y diciembre de 2018 se realizaron 12 teleclínicas en las que se conectaron entre 16 y 34 puestos, con varios participantes por puesto (promedio 50). Se contribuyó a la resolución de 12 casos clínicos con patologías diversas: cefaleas, talla baja, asma del lactante, adolescente en situación de vulnerabilidad extrema con intento de autoeliminación, exantema viral, lactante vomitador, soplo sistólico, lactante pre término con broncodisplasia pulmonar y extremo riesgo social, angioma cavernoso de cara, adolescente de alto riesgo de 13 años embarazada, dermatitis atópica, obesidad.

Producto del análisis y consenso entre los participantes se amplió el vademécum de la RAP y la oferta de exámenes de laboratorio para el abordaje de casos en el primer nivel, se definieron criterios para la derivación a especialistas y se acordaron protocolos de actuación en algunas patologías. La evaluación preliminar de la experiencia mediante encuesta anónima y voluntaria a los participantes fue positiva. La mayoría destaca la oportunidad del modelo para facilitar el intercambio y comunicación entre los niveles de atención y fortalecer las prácticas asistenciales.

## **Conclusiones**

Los resultados preliminares de esta experiencia muestran que ECHO es un modelo factible para los objetivos propuestos. Tiene un papel importante para mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento de niños con diversas patologías, especialmente complejas y que requieren interconsultas con especialistas.

Se logró conformar una comunidad de práctica a través de la participación en las teleclínicas, comprometida en mejorar la resolutivez del primer nivel de atención a través de la adecuación de los recursos disponibles y la elaboración de protocolos de buenas prácticas. ECHO mejora el nivel de satisfacción de los profesionales, estrategia fundamental para fortalecer la identificación institucional y contribuir a la calidad asistencial. El principal desafío es medir el impacto en los profesionales participantes y en la población beneficiaria.

|   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
|  <p>Silvia Kozel</p>       |  <p>ECMU Universidad de la República</p> |  <p>Pablo Medina Alvarez</p> |  <p>COMESTU</p>          |  <p>Ciudad de la Costa</p>             |
|  <p>Mela Lopez</p>         |  <p>Hospital de Salud Integral</p>       |  <p>Pablo Medina</p>         |  <p>COMESTU</p>          |  <p>Hospital de Medicina Rodríguez</p> |
|  <p>Politecnica Zonal</p> |  <p>Hofek Ltd</p>                       |  <p>Jap Jandres</p>         |  <p>Veronica Carron</p> | Judith Cruz   |
| Laura   | Andrea Plevak   | Cecilia Izuibejeres   | Carla Pallares   | Cerro   |
|   |   | Natalia Pérez   |  |   |

## Referencias bibliográficas:

1. Arora S, Kalishman S, Thornton K, Dion D, Murata G, Deming P et al. Expanding access to HCV treatment- Extension for Community Healthcare Outcomes (ECHO) Project: Disruptive Innovation in Specialty Care. *Hepatology*. 2010; 52 (3):1124-1133. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3795614/>
2. Utidjian L, Abramsom E. Pediatric Telehealth Opportunities and Challenges. [en línea]. *Pediatr Clin N Am* 2016; 63: 367-78. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27017042> [consulta 1 de julio 2017]
3. Arora S, Geppert C, Kalishman S, Dion D, Pullara F, Bjeletich B et al. Academic Health Center Management of Chronic Diseases through Knowledge Networks: Project ECHO. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*. 2007, 82(2) 1-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3855463/>
4. Scott J, Unruh K, Catlin M, Merrill J, Tauben D, Roseblatt R et al. "Project ECHO: A Model for Complex, Chronic Care in the Pacific Northwest Region of the United States. *J Telemed telecare*. 2012, 18.8 481-484. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3647034/>
5. Socolovsky C, Masi C, Hamlsh T, Aduana G, Arora S, Bakris G et al. Evaluating the role of key learning theories in ECHO: a telehealth educational program for primary care providers. *Prog Community Health Partnersh* 2013,7 (4) 361-368. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24375176>
6. Salgia R, Mullan P, Sales A, Moselev R, Su G. The educational impact of the Specialty Care Access Network – Extension of Community Healthcare Outcomes program. *Telemed J E Health* 2014, 20 (11): 1004-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25226452>
7. Kirsh S, Su G, Sales A, Rajiv J. Access to outpatient specialty care: solutions from an Integrated Health Care System. [en línea]. *American Journal of Medical Quality*. 2015, 30 (1) 88-90. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1062860614542844>
8. Cohen H. Proyecto ECHO: ¿es posible democratizar la atención médica en América Latina? *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2019;49(1):6-10. Disponible en: <http://www.gastro.hc.edu.uy/gastro/>

# Capítulo 28: Teleultrasonografía en el primer nivel de atención. Centro de salud Santa Lucía. RAP Canelones

Marcia Cuadrado<sup>1</sup>, Natacha Bosch<sup>2</sup>

## Resumen

Este proyecto de Teleultrasonografía describe la prestación de servicios de ecografías ginecológicas y obstétricas de bajo riesgo entre el Servicio de Ecografía del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) y el Centro Auxiliar de Santa Lucía (CASL) desde el 16 de marzo de 2016.

El proyecto nace por una necesidad sentida por las usuarias de tener acceso a estos estudios en un plazo razonable y sin tener que recorrer largas distancias geográficas.

Requirió de un proceso de capacitación del personal del equipo gineco-obstétrico en las técnicas básicas de ultrasonografía y un periodo de práctica en las instalaciones del Servicio de Ecografía del CHPR a cargo de las profesionales Ana Bianchi y Susana Barillaro, docentes a cargo de este proyecto.

Los resultados han cumplido los objetivos planteados en un principio, mejorándose el acceso y acortando el tiempo de demanda en espera de las usuarias y se ha logrado replicar dicho proyecto en otros centros de salud del interior como en San Ramón y Flores, acercando el centro de referencia nacional en materia materno-infantil al resto del país.

**Palabras clave:** *Telemedicina, ultrasonografía.*

## Introducción

La atención médica ha ido evolucionando acorde a uno de los principios básicos del Sistema Nacional Integrado de Salud, centralizando la atención en la persona. Eso implica una valoración continua de la demanda, la accesibilidad, la cobertura, la suficiencia de los recursos humanos y materiales, la capacitación continua y la interdisciplinariedad para así lograr una buena calidad de atención. En ese sentido, la telemedicina gana cada vez más relevancia ya que entre sus tantos beneficios se destacan la mejora de la vigilancia epidemiológica, la agilización de la atención en salud, definiendo en tiempo real conductas

---

1 Ginecotocóloga, Facultad de Medicina, Udelar

2 Obstetra Partera, Escuela de Parteras, Facultad de Medicina, Udelar.



a seguir. También facilita diagnósticos más oportunos y tratamientos menos costosos por la oportunidad de una detección más temprana de la enfermedad, evita desplazamientos innecesarios o, por el contrario, los justifica.

Actualmente, y con el avance de las tecnologías de la información y las comunicaciones, la telemedicina está pasando lentamente a formar parte de la rutina médica y con un amplio campo para desarrollar aún.

En 1997 la OMS define a la telemedicina como la práctica de la atención médica con la ayuda de comunicaciones interactivas de sonido, imágenes y datos; ello incluye la prestación de asistencia médica, la consulta, el diagnóstico y el tratamiento, así como la enseñanza y la transferencia de datos médicos [1].

De todos modos, este término no es tan reciente, ya que, desde la era del telégrafo en el 1900, se intentaba desarrollar equipos en Australia para transmitir radiografías [2].

Evolucionando en el tiempo y cambiando de hemisferio, al sur del planeta, ubicamos a la ciudad de Santa Lucía al noroeste del Departamento de Canelones, sobre la margen del río que da nombre a dicha ciudad y que constituye el límite geográfico con el Departamento de San José.

Las localidades más próximas son Pueblo Nuevo, Ituzaingó, 25 de Agosto, Aguas Corrientes, Los Cerrillos, Paso de Pache y Empalme, constituyendo su zona de influencia.

Según el censo de 2011, la ciudad cuenta con una población de 16742 habitantes.

Puntualmente, este proyecto de teleultrasonografía, se empieza a gestar junto con la inauguración de las nuevas instalaciones del Centro de Salud en la ciudad de Santa Lucía, en diciembre de 2014, cuando se incorpora un moderno equipo de ecografía.

A continuación, se realiza una selección de Unidades Asistenciales, y el Centro de Salud de Santa Lucía, perteneciente a la Región Norte de la RAP Canelones, se encuentra en ese primer grupo para iniciar este proyecto.

Posteriormente, se pasó a capacitar al personal, en este caso Ginecóloga y Partera, en el Servicio de Ecografía del CHPR de forma teórica y práctica para tomar contacto con esta nueva metodología de trabajo.

La implementación de este proyecto es llevada adelante por el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), con el apoyo del Programa Salud.uy y de AGESIC, el Centro Hospitalario Pereira Rossell, la Unidad Docente Asistencial (UDA) – Facultad de Medicina de la Udelar, OPP y Programa Uruguay Crece Contigo de MIDES, y apunta a la obtención de beneficios asistenciales, docentes y de investigación, que a su vez redunden en la mejora de la atención.

## **Descripción**

El objetivo principal de este proyecto fue mejorar la accesibilidad a ecografías gineco-obs-

tétricas de baja complejidad en el primer nivel de atención, para las usuarias de ASSE de Santa lucia y zonas aledañas.

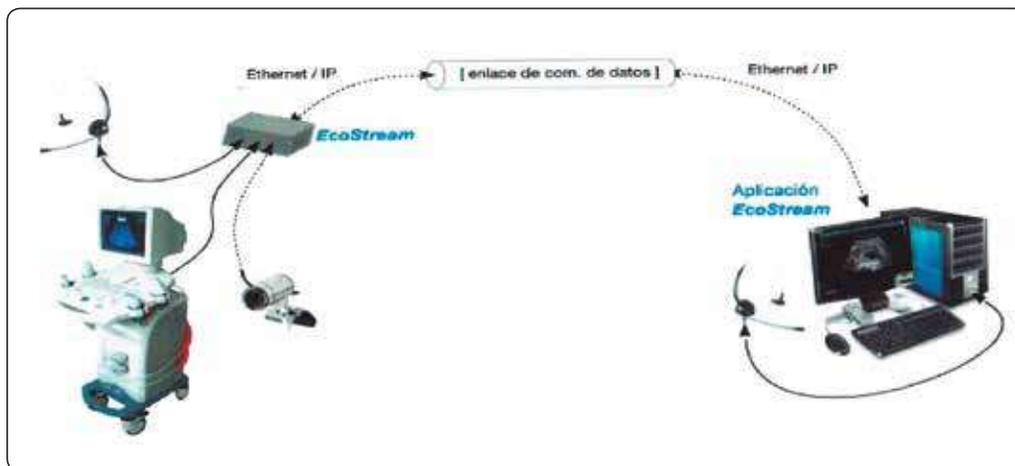
Específicamente, se buscaba aumentar el número de captaciones de embarazadas en el primer trimestre a través de la realización de la primera ecografía obstétrica antes de las 12 semanas; acortar el tiempo de demanda en espera; realizar el seguimiento ecográfico de las usuarias en proceso de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) desde el diagnóstico hasta el control post procedimiento, y garantizar el control ecográfico a las usuarias de dispositivos intrauterinos (DIU) luego de la inserción y en controles anuales.

Para lograr dicho objetivo fue necesario, aparte de la capacitación clínica, la capacitación técnica en cuanto a la tecnología a aplicar para la realización de las teleecografías.

El ecógrafo con que contamos admite una conexión Ethernet que permite el enlace de comunicación de datos – imágenes enviadas en tiempo real- (tomadas por Ginecóloga o Partera en el consultorio de Santa Lucia, bajo supervisión de médica ecografista en CHPR) que son recepcionadas por un servidor que utiliza la aplicación Eco- Stream, ubicado en la Sala de Telemedicina del CHPR- Montevideo.

Allí la docente confirma el diagnóstico obtenido y firma electrónicamente el informe final, el cual es enviado a la Plataforma de RIDI y desde allí es posible imprimirlo para que la usuaria lo pueda llevar consigo al terminar la consulta.

**Figura 1.** Conexión Ethernet

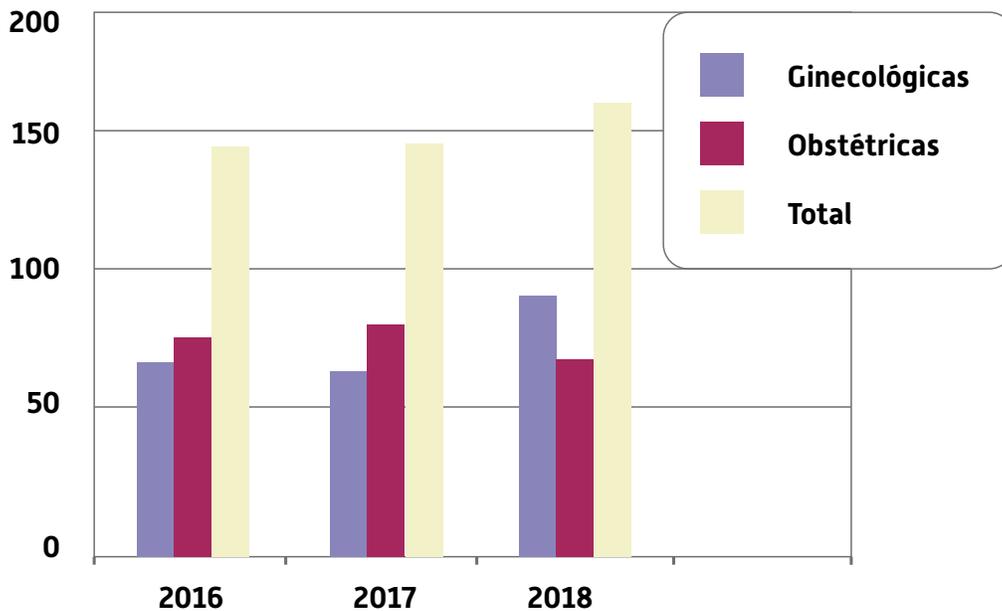


Fuente: Material de difusión de Techmedical Uruguay

## Resultados

Los resultados han sido absolutamente favorables y han agilizado la labor clínica, han favorecido el trabajo en red entre los niveles de atención y han beneficiado de manera importante a nuestras usuarias. Desde el 20 de julio de 2016 se han realizado 464 ecografías, de las cuales 233 fueron obstétricas (de todos los trimestres, aunque siempre priorizando el 1er trimestre) y 231 ginecológicas (incluyendo valoraciones por deseo de IVE, controles de DIU y ginecológicas). Se destaca, además, que se logró diagnosticar de forma oportuna varias patologías asociadas al sistema reproductor femenino entre las que se destacan: huevo muerto y retenido, embarazos ectópicos, miomas uterinos, quistes de ovario, decolamientos placentarios, así como embarazos gemelares y DIU descendidos.

**Gráfica 1.** Número de ecografías ginecológicas y obstétricas en el Centro de Salud de Santa Lucía desde la implementación del proyecto.



Fuente: Sistema Nacional de Información, ASSE.

## Conclusiones

En primer lugar, podemos concluir que efectivamente se logró mejorar el acceso a ecografías gineco-obstétricas del primer trimestre y de baja complejidad por parte de nuestras usuarias, y la derivación oportuna de aquellos casos que requirieron una valoración especializada e interdisciplinaria.

En segundo lugar, destacar la importancia de la realización de la primera ecografía obstétrica de forma precoz, lo que nos ha permitido coordinar las siguientes en el plazo indicado por las Pautas de Control de Embarazo del MSP.

De la mano de esto, va el hecho de que la demanda en espera para las ecografías es casi nula ya que, al tener una frecuencia semanal, el tiempo de espera se acorta.

Como tercer punto hemos podido asegurar el acceso al control ecográfico de DIU.

También es necesario hacer especial mención al hecho de que podemos llevar adelante el proceso de IVE completo, dentro de los plazos legales, sin que la usuaria tenga que trasladarse fuera de su centro de salud con lo que esto implica desde el punto de vista de su privacidad, confidencialidad, economía, tiempos de espera, comodidad y accesibilidad, entre otros.

Finalmente, vale destacar que este es el único centro que mantiene dicha actividad de manera ininterrumpida desde el 20 de julio de 2016, día en que se realizó la primera ecografía coordinada, superando en este tiempo barreras o dificultades asociadas principalmente a la conectividad, que en algunas ocasiones han afectado de manera negativa la tarea.

Por último, consideramos que esta práctica es un ejemplo de mejora de la resolutivez en el primer nivel de atención ya que permite que las usuarias accedan de manera sencilla y en un corto tiempo de espera a un servicio confiable y de calidad, que favorece la referencia y contrarreferencia con el profesional tratante y/o la oportuna derivación a un centro de mayor nivel de atención. Por otro lado, los profesionales obtienen de esta práctica el rédito de la práctica clínica, la experiencia y la profundización en temas específicos. Esto se logra gracias a la retroalimentación del contacto permanente con el equipo docente.

Sin dudas, esta ha sido y seguirá siendo una experiencia innovadora de aprendizaje, de tender redes entre el primer y el tercer nivel de atención y de compromiso por la tarea, en pos de la salud de nuestras usuarias para reducir las distancias de inequidad y favorecer el cumplimiento de sus Derechos Sexuales y Reproductivos.

## Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Informática de la salud y telemedicina. Informe del director general. Ginebra: OMS; 1997. EB99/30
2. Fernández M, Hernández R, Torres O, Lugo L. Telemedicina: ¿futuro o presente? Rev. Cubana Habanera de Ciencias Médicas, 2010;9(1) 127-139.

# Capítulo 29: Atención integral a la salud de niños y niñas de riesgo usuarios de ASSE del Municipio A

Alejandra Delmonte<sup>1</sup>, Vanesa Berruti<sup>2</sup>

## Resumen

La atención integral a la salud de la primera infancia es un objetivo para los equipos de salud del Primer Nivel de Atención. Para ello, vincular a la familia y asegurar la continuidad asistencial de los niños recién nacidos con algún riesgo a los servicios de salud en el territorio se transforma en una prioridad.

En el Municipio A nacen aproximadamente 4 mil niños y niñas al año, siendo alrededor de 1200 usuarios de ASSE. En este territorio se observan inequidades sociales que afectan en forma negativa los resultados de salud de la población.

El Centro de Salud Cerro perteneciente a la Red del Primer Nivel de Atención del área Metropolitana, es responsable de la atención a la salud de usuarios de la Administración de los Servicios de Salud del Estado del Municipio A.

Este proyecto tuvo como objetivo mejorar la atención integral a la salud de los niños de riesgo, usuarios de ASSE del Municipio A. En él confluyen 2 líneas de trabajo constituidas por el reperfilamiento del Programa Aduana y el fortalecimiento de la territorialización de la atención a la salud.

La experiencia puso énfasis en los componentes estratégicos de la Atención Primaria de Salud como son la intersectorialidad y la interdisciplina, tomando un enfoque familiar y de género.

Los resultados que se pueden visualizar son mejoras en los tiempos de captación, continuidad de la atención, y la existencia de equipos de salud que se continúan consolidando como referentes para las familias.

**Palabras clave:** Atención primaria de salud; accesibilidad a los servicios de salud; niño; vulnerabilidad en salud.

---

1 Licenciada en Enfermería. Referente área Niñez Centro Salud Cerro, Programa Aduana

2 Obstetra Partera. Referente área Salud Sexual y Reproductiva Centro Salud Cerro, Programa Aduana.



## Introducción

En Uruguay la tasa de mortalidad infantil ha mostrado una tendencia decreciente, encontrándose dentro de las más bajas de la región.

A pesar de esto, hay claras diferencias geográficas (por departamento), entre los diferentes prestadores asistenciales (públicos y privados) y entre los municipios de una misma ciudad, mostrando inequidades sociales, económicas y educativas, así como problemas vinculados a la salud.

El Programa Aduana fue creado en 1971 dentro del Área Materno Infantil del MSP, en Montevideo. En su inicio consistía en un sistema de referencia de la población neonatal desde las maternidades, a los centros del Primer Nivel de Atención (PNA). Dentro de sus funciones se destacaba jerarquizar los controles de salud de los recién nacidos derivados, apoyar el control y seguimiento hasta el año de vida, con actividades de apoyo como la visita domiciliaria e instrumentos que sistematizaban el seguimiento. Se le reconoce un papel importante en la mejora de salud de la niñez. En el proceso de reforma del Sistema de Salud, se amplían sus objetivos y cobertura de edades (hasta 36 meses), tendiendo a una política universal de alcance nacional [1].

En 2014 surge el reperfilamiento del Programa Aduana, donde se priorizan las acciones interinstitucionales e intersectoriales a nivel nacional-local-territorial.

El Programa Aduana por lo tanto se ha convertido en una estrategia para garantizar la continuidad asistencial con un enfoque integral y con perspectiva de género.

La visita domiciliaria integral (VDI) ha sido una fortaleza del programa, como un dispositivo de captación y seguimiento, concibiéndola como un elemento de diagnóstico, de promoción de hábitos saludables, prevención de conductas de riesgo y de enfermedades. La VDI se convierte en una oportunidad para realizar intervenciones a nivel familiar, en las que se pueda efectuar acciones de orientación, educación y fortalecimiento de las estrategias de cuidado a través del trabajo interinstitucional e intersectorial.

A fines de 2015, el Ministerio Salud Pública (MSP) dio a conocer las prioridades en salud de la Infancia, que se plasmaron en los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 (OSN) [2].

Vinculado a la Niñez se destaca dentro de los Objetivos:

- continuar disminuyendo la mortalidad y morbilidad infantil neonatal,
- eliminar la transmisión vertical de sífilis y VIH,
- reducir la prematuridad en sus dimensiones prevenibles,
- disminuir la prevalencia de alteraciones del desarrollo en niñas y niños de 0 a 5 años, y
- atenuar la severidad de las alteraciones diagnosticadas.

La primera infancia es una etapa de grandes oportunidades, pero a la vez de alto riesgo, en la medida en que no estemos atentos a su cuidado, crecimiento y desarrollo.

El Municipio A se encuentra ubicado al oeste de Montevideo, y se encuentra conformado por tres Centros Comunes Zonales [14, 17 y 18]. De acuerdo a las proyecciones realizadas en 2011 por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en esta área residen 207933 habitantes, de los cuales 32070 son niños y niñas. En el Municipio A nacen aproximadamente 4000 niños por año, lo que representa un 23% de los nacimientos de la capital. Aproximadamente 1200 son usuarios de ASSE.

El porcentaje de hogares pobres en este Municipio representa un 28%. Un 27% de los hogares se encuentran en asentamientos irregulares. Hay un 58,2% de niños menores de 6 años que viven en hogares pobres. Entre un 50.7 – 68.1% de los niños y niñas tienen al menos una necesidad básica insatisfecha.

A la pobreza se suman problemas de nutrición y salud en el período prenatal, niveles persistentes de bajo peso al nacer, prematuridad y anemia, y por consiguiente mayor riesgo y retraso en los niveles de desarrollo [3].

Es necesario que las prestaciones en salud se adecúen al nivel de vulnerabilidad y riesgo de los niños y niñas de 0 a 3 años, donde la identificación, captación, seguimiento y control por parte del equipo de salud, requiere la integración del resto de los actores que constituyen la matriz de protección social.

En una investigación realizada por la Facultad de Enfermería de la Udelar publicada en 2013 titulada “¿Por qué faltan los niños y niñas menores de tres años al control de salud?” algunas de las madres entrevistadas identifican factores relacionadas con ellas mismas (falta de organización y priorización, escasa o nula red para el cuidado y única responsable) y otros factores relacionados con los servicios de salud ( tiempo prolongado en la sala de espera, vínculo con el pediatra, accesibilidad organizativa) [5]. Esto nos muestra que es necesario mejorar la accesibilidad organizativa, cultural, teniendo en cuenta el enfoque de género para comprender las limitantes y desarrollar estrategias que faciliten la atención. En el mismo sentido es necesario optimizar los mecanismos de comunicación con los equipos en territorio, así como su sensibilización y capacitación.

El Centro de Salud Cerro, como responsable de la salud de los usuarios de ASSE del Municipio A, se encarga de la recepción de la información desde las maternidades de ASSE, de todos los recién nacidos de la zona y la articulación oportuna con los diferentes equipos de salud del territorio para asegurar una adecuada asistencia.

Al momento de la elaboración del proyecto en el territorio correspondiente al Centro de Salud Cerro existen 24 policlínicas dependientes de ASSE, seis policlínicas municipales y un centro perteneciente a BPS, con los que se realizan las coordinaciones.

Mensualmente al Centro de Salud Cerro llegan derivados de las maternidades aproximadamente 100 recién nacidos, de los cuales un 40% poseen uno o más criterios de riesgo. Los criterios de riesgo considerados son: prematuridad, bajo peso, embarazo no controla-

do o mal controlado, infección connatal, patologías diagnosticadas por el Programa de Pesquisa Neonatal, patología que requirió internación en cuidados intensivos, patología que haya requerido cuidados especiales y que al alta mantengan algún factor de riesgo (oxígeno dependiente, apneas del prematuro, patología quirúrgica, malformaciones congénitas, entre otras), madre menor a 17 años, madre o cuidador consumidor de sustancias psicoactivas, madre o cuidador con patología psiquiátrica severa y/o retardo mental, madre y/o padres con antecedentes legales relacionados a la crianza de los hijos, niño mal controlado, violencia y/o abuso, recién nacido o niño huérfano o con abandono materno, pobreza extrema o indigencia, hermano fallecido antes del año de vida.

La complejidad representada por el importante número de niños y niñas con alguna condición de riesgo, sumado a la cantidad de efectores en el territorio, hace indispensable optimizar los mecanismos de comunicación y sistematización de la información. También es importante la capacitación y sensibilización de los integrantes de los equipos en enfoque familiar, de género, y basado en derechos con el fin de proporcionar herramientas que trasciendan prácticas que puedan ser vivenciadas por las familias como una acción de salud persecutoria (4).

Propósito: lograr una atención integral, oportuna y de calidad que asegure a la población de niños y niñas un máximo desarrollo de sus potenciales en lo referente a la salud, disminuyendo el impacto de la morbimortalidad.

Población objetivo: niños/niñas con algún criterio de riesgo de hasta 36 meses, usuarios de ASSE y sus familias, que viven en la zona correspondiente al Municipio A de Montevideo. Esto corresponde a aproximadamente 1500 niños y niñas y sus familias.

Objetivo general: realizar un abordaje integral de la salud de los niños de riesgo de 0 a 36 meses y sus familias.

Objetivos específicos:

- 1.** Recibir y referir a los recién nacidos (RN) de riesgo derivados desde las maternidades del Hospital Pereira Rossell (HPR) y Hospital de Clínicas (HC) en forma pertinente a los equipos básicos de salud en el territorio.
- 2.** Garantizar el primer contacto del RN de riesgo y su familia con el equipo de salud según pauta del Ministerio de Salud Pública.
- 3.** Asegurar la continuidad de los controles en salud.
- 4.** Sensibilizar y capacitar a los integrantes del equipo de salud.

## Descripción

Se describen a continuación las actividades realizadas en la implementación de esta experiencia, ordenadas por objetivos.

**Objetivo específico 1:** recibir y referir a los Recién Nacidos (RN) de riesgo derivados desde las maternidades del HPR y HC en forma pertinente a los equipos básicos de salud en el territorio.

- Georreferenciar al RN en el territorio, según zona de Intervención territorial (ZIT) correspondiente con el Equipo Básico de intervención (EBI). Comunicar de su nacimiento mediante correo electrónico al EBI que corresponde, con consignación de fecha límite para realizar visita domiciliaria integral y solicitud de confirmar recepción de correo.

**Objetivo específico 2:** garantizar el primer contacto del recién nacido de riesgo y su familia con el equipo de salud según pauta del Ministerio de Salud.

- Visita domiciliaria integral dentro de los 7 días del alta.
- Contacto telefónico de motivación a la familia del RN de riesgo, haciendo énfasis en la importancia del primer control en salud y brindando orientación sobre los servicios de salud con los que cuenta en la zona.
- Asegurar agenda para primer control.

**Objetivo específico 3:** asegurar la continuidad de los controles en salud.

- Verificar continuidad de los controles en salud según pauta del Ministerio.
- Contacto telefónico de motivación para recordar los controles en salud.
- Articular con territorio para evaluar seguimientos.
- Si los controles en salud están atrasados, realizar llamada telefónica para reagendar consulta.
- Si no se logra contacto telefónico, realizar visita domiciliaria para recaptación.
- Activar redes interinstitucionales o coordinar con las instituciones de la zona que estén trabajando con la familia.
- Facilitar hora en Centro de Salud o Policlínica de preferencia.

**Objetivo específico 4:** sensibilizar y capacitar a los integrantes del equipo de salud.

- Mantener reuniones mensuales con equipo de programa aduana.
- Planificar reuniones mensuales con equipos de salud de territorio.
- Actualizar diagnóstico de necesidades de capacitación en el área y planificar estas actividades para el año en curso.

El equipo estuvo integrado por los siguientes recursos humanos: licenciada en Enfermería, obstetra partera, auxiliares de Enfermería, licenciada en Trabajo Social, pediatras, médicos de Familia y Comunidad.

## Resultados

Partimos de la siguiente línea de base según datos extraídos del Sistema de Gestión Asistencial.

Tomando como corte el año 2017, encontramos que hubo 1071 recién nacidos derivados al C S Cerro. 457 cumplían por lo menos con un criterio de riesgo (42,6%). El 65% fueron captados (concurrieron efectivamente al control de salud) antes de los 10 días de vida.

Para 2018 se propuso superar ese indicador, llegando a la captación del 90% de los recién nacidos derivados al C S antes de los 10 días de vida. En el período de enero a junio, mes en el que se realizó un corte evaluatorio, se llegó a un promedio de 88%, con un valor mínimo de 81% y un máximo de 97% (Tabla 1).

El indicador utilizado para monitorear la captación cada mes fue:

$$\frac{\text{Número de Rn-r captados antes de los 10 días} \times 100}{\text{Número de Rn-r derivados}}$$

**Tabla 1.** Porcentaje de RN de riesgo (Rn-r) captados antes de los 10 días de vida entre los meses de enero y junio. 2018.

| Mes                       | Rn-r derivados | Rn-r captados | %  |
|---------------------------|----------------|---------------|----|
| Enero                     | 45             | 38            | 84 |
| Febrero                   | 29             | 24            | 82 |
| Marzo                     | 28             | 25            | 89 |
| Abril                     | 36             | 35            | 97 |
| Mayo                      | 37             | 35            | 94 |
| Junio                     | 27             | 22            | 81 |
| Promedio de Rn-r captados |                |               | 88 |

Fuente: Registros del Centro de Salud Cerro. ASSE. Montevideo.

Analizando los motivos que llevaron a la baja de los indicadores se puede observar que coinciden con licencias reglamentarias y certificación de personal, que si bien en parte pudieron ser cubiertas con suplentes, estos necesitan tiempos de orientación largos, debido a la complejidad de los procesos. De todos modos, habría que seguir profundizando en el conocimiento de otros motivos.

En 2017 la visita domiciliaria antes de los 7 días del alta alcanzó un 95%, por lo tanto, nuestro objetivo fue llegar a un 100%, como lo marca la meta. Analizando los datos del primer semestre de 2018 la visita domiciliaria antes de los 7 días del alta alcanzó un promedio de 94% [Tabla 2].

El indicador utilizado para monitorear la dinámica de visitas de cada mes fue:

$$\frac{\text{Número de Rn-r visitados según pauta} \times 100}{\text{Número de Rn-r derivados}}$$

Del análisis de los motivos que llevaron a no cumplir la meta, se concluye que hubo retrasos en la recepción de la información desde las maternidades y dificultades en la comunicación con equipos de territorio. La implementación de la descentralización de la atención es un proceso complejo que toma tiempo para ajustarse.

Las reuniones de equipo de Programa Aduana se realizaron en forma quincenal durante el año. Las reuniones con efectores de territorio se realizaron cuatrimestralmente (3 reuniones en el año). Se realizaron 4 actividades de capacitación con las siguientes temáticas: determinación social de la salud, estrategia de territorialización de la atención a la salud, trabajo en equipo y comunicación.

**Tabla 2.** Porcentaje de RN de riesgo visitados según pauta entre enero y junio de 2018

| Mes                             | Rn-r derivados | Rn-r captados | Porcentaje |
|---------------------------------|----------------|---------------|------------|
| Enero                           | 45             | 42            | 93         |
| Febrero                         | 29             | 28            | 97         |
| Marzo                           | 28             | 28            | 100        |
| Abril                           | 36             | 32            | 89         |
| mayo                            | 37             | 32            | 86         |
| Junio                           | 27             | 26            | 96         |
| <b>Promedio de Rn-visitados</b> |                |               | <b>94</b>  |

Fuente: Registros del Centro de Salud Cerro. ASSE. Montevideo.



SQUIRRE  
TEAM

Mickey

## Conclusiones

El mantenimiento de la periodicidad de las reuniones, así como las capacitaciones del equipo contribuyeron a los resultados del trabajo. Una muestra de ello es que en algunos meses se consiguió superar la meta propuesta de captación. En cuanto al cumplimiento de la meta de visita domiciliaria, no se alcanzó el objetivo debido a problemas que ya fueron identificados y que actualmente se están corrigiendo.

Respecto a las reuniones y actividades de capacitación, las mismas contribuyeron a mejorar la comunicación, el trabajo en equipo y aportaron herramientas para el logro de los objetivos. Esto permite que las necesidades asistenciales de la población sean resueltas dentro del primer nivel de atención y derivar solo cuando sea necesario. Todo esto contribuye a mejorar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención.

Existe una percepción del equipo que, a lo largo de estos años, el vínculo y la aceptación por parte de las familias ha mejorado, transformándose en un referente para ellas. Esto permite sortear las barreras institucionales y culturales que mejoran el cumplimiento de los controles de sus hijos/as. Este aspecto más cualitativo podría evaluarse en futuras investigaciones.

## Referencias bibliográficas

1. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Manual de Procedimientos del Programa Aduana. Uruguay: MS, 2014. Disponible en: [www.ase.com.uy/aucdocumento.aspx?8431,50137](http://www.ase.com.uy/aucdocumento.aspx?8431,50137)
2. Ministerio de salud. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Uruguay: MS, 2017. Disponible en: [https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1007:objetivos-sanitarios-nacionales-2020-hacia-donde-ira-la-salud-del-paa-s&Itemid=451](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1007:objetivos-sanitarios-nacionales-2020-hacia-donde-ira-la-salud-del-paa-s&Itemid=451)
3. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015. Nueva York: 2015. Disponible en: [https://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015\\_spanish.pdf](https://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf)
4. Castiel L, Alvarez C. La salud persecutoria. Rev. Saúde Pública. 2007; Jun; 41(3): 461-466. Disponible en
5. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000300019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300019)
6. Crosa S. ¿Por qué faltan los niños y niñas menores de tres años al control? Montevideo: Facultad de Enfermería - Universidad de la República; 2013

# Capítulo 30: Mejora de la accesibilidad a los servicios de salud para las personas sordas

Elisa Lambiasse<sup>1</sup>, Mariana Verdún<sup>2</sup>

## Resumen

En Uruguay se estima que existen un total de 30.000 personas con alteración de la audición incluyendo sordera total e hipoacusia. De ellas 15000 serían hablantes naturales de la lengua de señas y 10000 serían residentes en la zona metropolitana.

Desde 2012 existe un servicio de salud que atiende pacientes en Lengua de Señas Uruguaya (LSU), segunda lengua oficial del país. Fue el primer servicio con esas características en América Latina. Está integrado por un equipo multidisciplinario que asiste a sordos señantes y cuyo objetivo es ayudar a derribar las barreras de comunicación que impiden a esta población acceder en forma libre y autónoma a los servicios de salud. Se incluyen intérpretes y técnicos que hablen LSU fluidamente. Entre sus resultados destacamos que aproximadamente 400 personas con trastornos de la audición se asisten habitualmente en el servicio con adherencia al mismo y empoderados en cuanto a sus derechos.

**Palabras clave:** *Personas con discapacidad, personas sordas, atención médica, accesibilidad.*

## Introducción

No existen estadísticas en nuestro país de prevalencia ni incidencia de personas sordas e hipoacúsicas. Se estima que este grupo es el 1% de la población. Por lo tanto, el estimativo para nuestro país sería de 30.000 personas.

El 25 de julio de 2001, el Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General, decretan por medio de la Ley N.º 17.378 “que se reconoce a todos los efectos a la Lengua de Señas Uruguaya (LSU), como la lengua natural de las personas sordas y de sus comunidades en todo el territorio de la República” [1]. Se considera a la LSU la segunda lengua oficial.

Sin embargo, existe un desconocimiento general en el resto de la población en cuanto a las características de la comunidad sorda y su lengua. La lengua de señas es nacional,

---

1 Médica de la Unidad de Salud para Sordos.

2 Licenciada en Psicología de la Unidad de Salud para Sordos.

aunque en cada región del país tiene características diferentes. La sintaxis de la lengua de señas es diferente a la del idioma español. Las personas sordas poseen diferente nivel de competencia en LSU. Sumado a esto, no todas las personas sordas pueden leer y escribir en español y tampoco leer los labios. Se estima que la lectura labial permite entender el 25% de lo que se está diciendo.

Es por todo lo anterior que la cultura sorda se ha visto desvinculada de la sociedad debido a las barreras idiomáticas, manteniéndose esta característica en los servicios de salud. La mayor parte de la información brindada por las instituciones es a través del sonido o la palabra escrita. Como no todos los sordos manejan fluidamente el español, que es su segunda lengua, ni la lectura labial, la estrategia de escribir, dar a leer, pedir que escriban o la lectura labial no son suficientes para ser eficaces en la comunicación.

Todo esto ha llevado a la falta de información tanto en promoción como en prevención, a una atención inadecuada o insuficiente de la enfermedad, a carencias en la rehabilitación y en cuidados paliativos. Muchos pacientes padecen síntomas y signos sin poder comprender qué les pasa y cuáles son sus posibilidades y consecuencias. Esto influye en la adhesión a los tratamientos y la respuesta a estos.

Es por estas razones que las personas sordas tienen peores resultados en salud: una mayor prevalencia de VIH, de repercusiones de sus enfermedades crónicas, entre otras. Lograr una mayor accesibilidad a los servicios del primer nivel de atención es la forma de mejorar el control de sus enfermedades crónicas y de prevenir la adquisición de enfermedades. Esto redundaría en una reducción de las consultas en otros niveles de atención y en un primer nivel de atención más resolutivo y eficiente.

En Uruguay la cobertura asistencial está garantizada para toda la población por ley ya que la Ley N.º18.211 promulgada en diciembre de 2007 crea el Sistema Nacional Integrado de Salud. Entre sus principios rectores se incluye “el respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud”. El esquema tradicional de otorgamiento de citas, la consulta y aún el seguimiento imponen una serie de barreras comunicacionales y organizacionales que atentan contra ese principio en el caso de usuarios/as sordos/as y por lo tanto contra la autonomía de dichas personas.

La sordera se hace invisible en la formación académica de cualquier profesión. Por lo tanto, la posibilidad de la confidencialidad para la persona sorda es casi una utopía. Esta discapacidad aísla del mundo, con consecuencias desde el punto de vista social y emocional. A la luz de los nuevos modelos y paradigmas sociales, es necesaria la búsqueda de estrategias que contribuyan a disminuir esta brecha.

En los años noventa en Francia surge el “despertar sordo”: la comunidad sorda genera un fuerte movimiento social en respuesta a la epidemia de VIH, reivindicando la necesidad de información adaptada a Lengua de Señas y de Políticas Sanitarias que contemple las





particularidades de la atención a la comunidad sorda. Por este motivo, surgen las Unidades de Atención a Personas Sordas Francesas (UNISS). Y con ello profesionales que deben capacitarse en la atención a personas sordas, y también sordos que se profesionalizan en el ámbito de la salud.

En Uruguay se crea en Montevideo, en 2012, la Unidad de Salud para Sordos (USS), favorecido por nuevas políticas sociales y con el apoyo de la comunidad sorda. Fue el primer servicio de estas características en América Latina. Tiene el objetivo de mejorar la accesibilidad a los servicios de salud con equidad para las personas sordas removiendo barreras comunicacionales.

Otros objetivos que este equipo se propuso son:

1. Generar equipos de atención hablantes de LSU.
2. Definir roles nuevos en la salud como intérpretes y mediadores.
3. Facilitar y asegurar el acceso a la información realizando actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud con la comunidad sorda.
4. Lograr la atención adecuada e integral de pacientes con deficiencia auditiva, con
5. patología tanto aguda como crónica.
6. Gestionar y propiciar estrategias de acceso a interconsultas y estudios para dicha
7. población.
8. Lograr que el sordo se maneje dentro de un centro de salud lo más autónomamente posible.
9. Capacitar y sensibilizar a la mayor cantidad posible de personal vinculado a la atención de personas sordas fomentando la integración de la población sorda a la comunidad oyente.

## Descripción

Para poder abordar esta problemática de manera integral se crea en primera instancia un equipo multidisciplinario integrado por psicólogo, médico, trabajador social, intérpretes y mediadores sordos.

El intérprete es oyente y traduce la información de LSU a español, español a LSU. El intérprete es el oído del sordo y las manos del oyente, en este caso el técnico que no es señante. El intérprete es un profesional que adquirió la lengua en un contexto formal.

Basados en el trabajo de las Unidades de Atención a Sordos francesas se sabe que además de intérpretes, se necesitan técnicos que hablen LSU fluidamente.

Es por esto que es un requisito sine qua non para ser integrante del equipo tener dominio de la LSU, ya sea por estudio en instituciones habilitadas o por ser hijo/a de un adulto sordo (en inglés: CODA, Child of Deaf Adult).

Debido a la heterogeneidad de sordos y niveles de lengua, aparecen como fundamentales

para lograr comprensión y un buen rapport, los mediadores sordos. El mediador sordo además de compartir una identidad sorda es hablante de la LSU que es su lengua natural y es capaz de adaptarse y comunicarse con pacientes de diferentes contextos y niveles culturales.

La USS comienza siendo un convenio entre ASSE, IM, Pronadis y Fenasur (Federación nacional de sordos del Uruguay), esta última en representación de la comunidad sorda. La misma funcionaba en la Policlínica Luisa Tiraparé. Actualmente el funcionamiento de la USS ha quedado bajo la órbita de las tres primeras instituciones. En 2017 el servicio se amplía a otras policlínicas como Centro Claveaux, Misurraco y Cerro, siendo siempre la población objetivo, las personas sordas, señantes, afiliadas a ASSE.

La USS mantiene un contacto permanente de características formales e informales con las unidades francesas, con instancias de intercambio, pasantías y de formación continua. El servicio se difunde entre la comunidad sorda por comunicación interpersonal. Previo al inicio de la consulta se realizan sensibilizaciones y talleres de difusión de la cultura sorda. El usuario es recibido por un integrante del equipo que explica el funcionamiento y las instalaciones y es presentado a funcionarios claves que van a ser sus referentes en caso de necesitarlo fuera del horario y día de funcionamiento de la Unidad. Actualmente en varios centros de salud hay personal sordo o funcionarios capacitados que estudiaron un curso básico de LSU. El paciente accede a todos los servicios que brinda ASSE acompañado por intérprete, mediador o ambos.

Se realiza un abordaje integral e interinstitucional brindando información referente a derechos:

- Se trabaja en conjunto con programas del Ministerio de desarrollo social (MIDES), Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS), salud mental, portales y servicios de atención para la violencia de género.
- Se brindan talleres de prevención de enfermedades y promoción de salud en los que participan otros técnicos dependiendo del tópico.
- El servicio también se ocupa de los familiares, hijos/as o padres de la persona sorda. Por ejemplo, padres sordos llevan a su hijo oyente a consulta pediátrica u odontológica, padres oyentes de pacientes sordos son asesorados por el área de salud mental, de mediación o de interpretación.
- Se realizan visitas a domicilio y se concurre a centros de educación con el cometido de informar a educadores sobre el servicio y las características de la población sorda.
- Se trabaja en coordinación con otras instituciones como el banco de leche, el Instituto de Higiene, en Centro Hospitalario Pereira Rossell.
- Desde 2015 la USS se encuentra trabajando en coordinación con Facultad de Medicina (Udelar) y Facultad de Ciencias Sociales en la realización de una materia optativa que busca promover y sensibilizar sobre el acceso a la salud de las personas sordas, siendo este curso dirigido a estudiantes avanzados de pre grado de medicina, de ciencias

sociales y de otras escuelas de Udelar del área de las ciencias sociales. Se trata de una materia optativa que dura aproximadamente tres meses que comprende una parte teórica y una práctica, planificada para sensibilizar y dar herramientas básicas de LSU, además de tomar contacto con instituciones y personalidades de la comunidad sorda. El objetivo principal es proveer una formación básica hasta ahora inexistente en los programas de pregrado.

## **Resultados**

Los datos recabados, durante los cuatro años de atención en la Unidad de Sordos, nos dan un estimativo de 400 personas sordas e hipoacúsicas que se asisten regularmente en el mismo. Los mismos provienen de diferentes barrios y localidades de Montevideo, en particular Cerro, Piedras Blancas e incluso proveniente de Canelones, en particular de Las Piedras. Esto representa unas 1000 consultas anuales.

En los usuarios se han detectado problemas sociales y médicos. Entre los primeros se destacan problemas de accesibilidad al trabajo, vivienda y conflictos en los vínculos familiares. Entre los aspectos sanitarios se observa una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como en el resto de la población adulta oyente (diabetes, hipertensión arterial, dislipemia, problemas de salud mental). Se realiza seguimiento de las ECNT enfatizando el control de los factores de riesgo.

Por primera vez estos usuarios acceden al carné de salud incluyendo la colpocitología oncológica lo cual además del beneficio que representa para su salud, implica también accesibilidad para conseguir trabajo. Asimismo, se realizan talleres sobre aspectos como confección de currículum y deberes y derechos en el ámbito laboral. Así, se realiza diagnóstico y abordaje integral de los determinantes sociales de la salud.

En materia de salud sexual y reproductiva, se hace énfasis en deberes y derechos de la embarazada y sus controles, y enfermedades de transmisión sexual.

### ***Las actividades realizadas al momento incluyen:***

Hacia el equipo:

- La sensibilización y capacitación continua al equipo de salud sobre la discapacidad auditiva.
- La selección de personal con diferentes perfiles académicos, a fin de formarse en Lengua de Señas, para brindar una atención de calidad y sin barreras en los diferentes Servicios.
- Planificación de rutas de acceso para priorizar la atención de este grupo de pacientes, en las interconsultas o solicitud de paraclínica.
- Formar equipos itinerantes para dar cobertura a toda el área metropolitana hacia los usuarios y la comunidad:



Hacia los usuarios y la comunidad:

- Uso de señalización, avisos, información visual y sistemas de alarmas luminosas aptos para su reconocimiento por personas sordas o hipoacúsicas.
- Utilización de videos en lenguaje de señas que se visualizan en monitores que se encuentran en sala de espera, para poder cumplir con las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Realización de talleres de sensibilización a nivel de las diferentes redes de participación del área metropolitana.
- Fomentar la creación de proyectos de integración de pacientes sordos e hipoacúsicos, entre las redes interinstitucionales y comunitarias.
- Desarrollar campañas publicitarias de la existencia del servicio a nivel de ASSE.
- La LSU se ha extendido en ASSE y cada vez se hace más necesario el uso de la lengua por parte de los funcionarios
- Para muchos conceptos médicos no existe traducción a la lengua de señas. La existencia de la USS ocasionó que varios términos médicos comenzaran a tener una seña en LSU. Sin embargo, conceptos tales como etiología viral o bacteriana, y alteración hormonal persisten aun innominados. Un ejemplo también son las enfermedades de transmisión sexual, entre las que sólo existen señas para VIH y sífilis. El resto de las enfermedades quedan en una idea global inespecífica determinada por la falta de denominación para cada una de las infecciones.

## Conclusiones

Estos años de trabajo en la Unidad de Salud para Sordos han permitido un mayor conocimiento de las características de la comunidad sorda por parte del personal de salud que permite mayor flexibilidad y tolerancia a la hora del encuentro de las dos culturas.

A partir del desarrollo de las actividades y el contacto con esta comunidad desde una perspectiva profesional, se observa la necesidad de fortalecer la lengua de señas y la educación para la salud de la misma. Se destaca por encima de todo lo esencial que es el abordaje interinstitucional y lo imprescindible del trabajo multidisciplinario dada la complejidad de la realidad de esta población.

Se presentaron múltiples dificultades en el trabajo con esta modalidad. En primer lugar, la financiación de técnicos que habitualmente no trabajan en la salud, en especial los intérpretes y mediadores. A lo largo de estos años ha sido difícil explicar y comprender la importancia del rol del mediador, dado que esta es una figura laboral que no existe en nuestros servicios de salud y por ello no puede ser previsto en los presupuestos. Actualmente el mediador ha sido reincorporado a la Unidad en forma de contrato tercerizado a través de la IMM.

En segundo lugar, los cambios que se fueron dando y concretaron el establecimiento de la

USS dentro del sistema de salud, implicaron una reestructura de las distintas organizaciones que sostenían y generaron el primer proyecto de la USS, quedando fuera del convenio actual Fenasur, aunque el contacto con las distintas Organizaciones de la Sociedad Civil vinculadas a la comunidad sorda sigue siendo fluido.

Algunos desafíos para el trabajo a futuro son la sistematización y registro formal de las actividades y la elaboración de datos estadísticos sobre la población sorda de ASSE.

### **Referencias bibliográficas:**

1. Uruguay, Registro Nacional de Leyes y Decretos, Ley N° 17.378: Lengua de Señas Uruguaya. Uruguay: IMPO [31/07/2001] [en línea]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17378-2001/2>
2. Galiffet F, Míguez MN, Ortega M. Rol del trabajo social en las unidades de salud para sordos. Boletín Onteaiken N° 23 - Mayo 2017. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/316975327\\_Rol\\_del\\_trabajo\\_social\\_en\\_las\\_unidades\\_de\\_salud\\_para\\_sordos](https://www.researchgate.net/publication/316975327_Rol_del_trabajo_social_en_las_unidades_de_salud_para_sordos)
3. Benvenuto, A. ¿De qué hablamos cuando hablamos de "sordos"? Revista de crítica política y propuestas. 2004:89-96
4. Dagron J. Palabras silenciosas. Francia: Éd. du Crilence, 2012.
5. Palacios A. El modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Grupo Editorial CINCA, 2008
6. Ladd P. Comprendiendo la cultura sorda. En busca de la Sordedad. Primera edición en español. Concepción Chile. 2011
7. Atención temprana a niños y niñas sordos. Guía para profesionales de los distintos ámbitos. Madrid Fundación CNSE 2007



**Capítulo 31: Atención integral a pacientes en situación de fragilidad/alta dependencia. COSEM.**





**Capítulo 32: Espacio de confianza TESAÍ.  
Atención a la salud de adolescentes en  
centros educativos y sociales. Centro de  
Salud Giordano. RAP metropolitana. ASSE.**





**Capítulo 33: Rondas de salud rural y jornada de la salud de la mujer rural. RAP Lavalleja. ASSE.**

CA  
ARIO

POLICLINICA  
VILLA DEL ROSARIO

UNA DE LAS UNIDADES PERMANENTES  
DE LA FAMILIA







# Ministerio de SALUD



Ministerio de Salud - Uruguay



@MSPUruguay



[www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)

# OPS



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS Américas



opsomsuruguay



@opsomsuruguay



[www.paho.org/uru](http://www.paho.org/uru)



**Ministerio  
de SALUD**

**OPS**



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

ISBN: 978-9974-8602-2-3



9 789974 860223