



Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas

Octubre 2011

Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas



Montevideo
2011

Catalogación en la fuente

Levcovitz E, Antoniol G, Sánchez D, Fernández Galeano M, ed. Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Montevideo: OPS; 2011.

ISBN: 978-927533264-1

1. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
2. PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD
3. EQUIDAD EN SALUD
4. URUGUAY

I. Título

II. OPS

Impreso en: Prontográfica S.A. - Octubre de 2011

Depósito Legal: 356.922 - 2011

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a: Servicios Editoriales, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C, EUA, tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud. 2011

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula. Las opiniones expresadas en este documento son responsabilidad exclusiva de los autores. El secretariado y los consultores participantes han hecho todos los esfuerzos posibles para asegurarse que las indicaciones y las dosis que figuran en este documento sean correctas y, generalmente, recomendadas por las autoridades sanitarias y la literatura médica. No obstante, se sugiere a los lectores que consulten las recomendaciones y las informaciones que periódicamente proporcionan las autoridades y los fabricantes de los productos.

Tabla de Contenido

LISTADO DE AUTORES	7
PRÓLOGO	11
PLAN DE ESTUDIOS 2008 DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UDELAR, URUGUAY, EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE APS Y SU RENOVACIÓN	23
1 MARCO TEÓRICO	25
2 PRESENTACIÓN DEL NPE	33
3 DESARROLLO DEL PLAN - Los pasos iniciales y las innovaciones educativas aplicadas	35
BIBLIOGRAFÍA	43
EXTENSIÓN UNIVERSITARIA. INSERCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LA CIUDAD DE BARROS BLANCOS CENTRO CÍVICO SALVADOR ALLENDE. 2008-2010	45
1 INTRODUCCIÓN	47
2 CONCEPTOS RELEVANTES QUE HAN SIDO ADOPTADOS POR EL EQUIPO DE TRABAJO	47
2.1 Concepto de salud comunitaria	47
2.2 Concepto de Salud Familiar y Comunitaria	47
2.3 Concepto de comunidad	47
2.4 Concepto de participación Comunitaria	48
2.5 Concepto de Atención primaria de la Salud	48
2.6 Concepto de Promoción de Salud	48
2.7 Concepto de equipo de salud del Primer Nivel de Atención	48
2.8 Concepto de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC)	48
2.9 Concepto de Extensión Universitaria	49
3 ANTECEDENTES	49
4 CONTEXTO SANITARIO Y SOCIO-POLÍTICO	49
5 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA	51
5.1 Antecedentes Históricos	51
5.2 Características geográficas	51
5.3 Características de la Población	53
5.4 Recursos y servicios de Barros Blancos	54
5.5 Descripción de los Servicios de Salud	54
5.6 Recursos Humanos	55
5.7 Gestión	55
6 BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DOCENTES, ASISTENCIALES Y DE INVESTIGACIÓN EN LAS POLICLÍNICAS ENTRE TODOS Y CCSA	55
6.1 La Actividad Asistencial	55
6.2 Actividad Docente	55
6.3 Actividades Comunitarias	56

6.3.1 Diagnóstico de situación de salud	56
6.3.2 Trabajo en centros CAIF	58
6.3.3 Trabajo en las Escuelas.....	59
6.3.4 Trabajo con Adolescentes.....	60
6.3.4.1 Trabajo en el CECAP.....	60
6.3.4.2 Trabajo en el Liceo de Barros Blancos	61
6.3.4.3 Control en Salud Adolescente.....	62
6.3.4.4 Trabajo en el club Villa Manuela.....	62
6.3.5 Participación en el Proyecto de Manejo Adecuado de los Residuos Domiciliarios.....	63
6.3.6 Trabajo Grupal con Adultos.....	63
6.3.7 Trabajo en la Semana del Corazón Barros Blancos 2009.....	65
6.3.8 Actividad de Promoción de Salud y Discapacidad y familiares.....	66
7 CONCLUSIONES	66
8 PERSPECTIVAS DE CONTINUIDAD	68

CURSO DE DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO PARA LOS EQUIPOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	69
1 INTRODUCCION	71
2 DESCRIPCION DEL CURSO	71
3 ESTRUCTURA ACADEMICA	75
4 DESARROLLO DEL CURSO	75
5 EVALUACION DE LOS ALUMNOS	78
6 EVALUACION Y APRECIACIONES DE LOS TUTORES	78
7 APRECIACIONES GENERALES DE LA DIRECCION Y COORDINACION DOCENTES	79
ANEXO 1 - Mapas Conceptuales Módulos I a IV	81

EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS: UNA FUNCIÓN ESENCIAL DE LA SALUD PÚBLICA	85
INTRODUCCION.....	87
ANTECEDENTES.....	89
OBJETIVOS	90
RRHH DE SALUD EN EL URUGUAY.....	91
ACTIVIDADES DE CAPACITACION EN APS.....	92

CONSTRUCCIÓN DE UNA RED CONTINENTE: APS y Primer Nivel en el Cambio de Modelo de Atención en Montevideo. Uruguay. 2005 – 2009	99
MARCO POLÍTICO INSTITUCIONAL.....	102
ASPECTOS DEL MARCO JURÍDICO.....	103
ANTECEDENTES	104
MARCO CONCEPTUAL	106
EJES ESTRATEGICOS DEL CAMBIO DE MODELO DE ATENCION.....	109
1 REORGANIZACIÓN DE LA BASE TERRITORIAL	109

1.1 Zonas de salud	110
1.2 Áreas de Salud	110
2. FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL	113
2.1 Planta física	113
2.2 Gestión del medicamento	114
2.3 Gestión del laboratorio	115
2.4 Gestión de calidad.....	115
2.5 Gestión de soporte informático	116
2.6 Sistema de unidades móviles	116
3. ATENCION SEGÚN PROGRAMAS PRIORIZADOS	117
3.1 Programas priorizados en ejecución	117
3.2 Unidad de reconversión del modelo de atención	121
4. POLITICA DE RECURSOS HUMANOS	122
4.1 Política de RRHH tendiente a la humanización y dignificación.	122
4.2 Formación permanente	122
5. COORDINACION INTERINSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	123
6. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD ORGANIZADA	124
6.1 Comisiones de participación en centros de salud	124
7. LOGROS OBTENIDOS y OBSTACULOS IDENTIFICADOS	125
8. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS	128
9. BIBIOGRAFIA	131
INTEGRACIÓN DE PSICÓLOGOS A LOS EQUIPOS DE ÁREA	133
1 INTRODUCCIÓN	135
2 MARCO CONTEXTUAL	135
3 MARCO TEÓRICO	139
4 METODOLOGÍA	141
5 CONCLUSIONES.....	151
RECOMENDACIONES	152
AGRADECIMIENTOS.....	153
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	153
PROYECTO DE SALUD BUCAL ESCOLAR CON LA APLICACIÓN DE LA TECNICA PRAT CON ENFOQUE EN APS	163
1 ANTECEDENTES.....	165
2 OBJETIVOS	169
3 METODOLOGÍA DE TRABAJO	169
4 DISEMINACION DE LA EXPERIENCIA	185
5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	188
6 BIBIOGRAFIA	189
COMUNIDADES PRODUCTIVAS Y SALUDABLES: HACIA UNA NUEVA POLÍTICA PÚBLICA PARA LA INCLUSIÓN, LA EQUIDAD Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL	191
1 ANTECEDENTES	193
2 MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL DE LAS COMUNIDADES PRODUCTIVAS Y SALUDABLES.....	195

3	ACTIVIDADES REALIZADAS.....	199
3.1	Plan integral de mejora de la calidad e inocuidad de alimentos producidos en la zona de influencia del Centro Comunal Zonal 10 (Departamento de Montevideo)	199
3.2	Proyecto Cerros de La Calera, CEDECAL (Departamento de Riviera)	202
3.3	Proyecto integración de mujeres de Polanco del Yí a políticas cruzadas de desarrollo productivo y salud (Departamento de Florida).....	205
3.4	Aznárez: hacia una comunidad turística, productiva y saludable (Departamento de Maldonado)	207
4	PARTICIPANTES	210
5	GRADO DE INTEGRACIÓN AL SISTEMA DE SALUD	211
6	LOGROS OBTENIDOS	213
7	OBSTÁCULOS ENCONTRADOS	214
8	SUSTENTABILIDAD	215
9	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	216
10	SIGLAS UTILIZADAS EN EL PRESENTE CAPÍTULO.....	217

EDICIÓN Y ORGANIZACIÓN

Dr. Eduardo Levcovitz, Dr. Gabriel Antonioli, Dra. Delia Sánchez y Dr. Miguel Fernández Galeano

LISTADO DE AUTORES

Dr. Wilson Benia

- Asesor de la Dirección de la División Salud de la Intendencia de Montevideo.
- Ex Director de la Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de Servicios de Salud del Estado. RAP-ASSE (2005 - 2010).
- Ex Profesor Adjunto del Departamento de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Universidad de la República (UDELAR) (2001 - 2009).
- Magíster en Epidemiología. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. (UDELAR).

Dr. Julio Braida

- Coordinador de la Policlínica del Centro Cívico Salvador Allende por el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de Facultad de Medicina (UDELAR).
- Médico de Familia y Comunitario de ASSE en Colonia Nicolich.
- Coordinador del Ciclo Básico Clínico Comunitario del Nuevo Plan de Estudios de la Facultad de Medicina por el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Tutor de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

Dr. Simón Centurión

- Asistente del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. (UDELAR).

Dra. Sandra Fraifer

- Médica, Especialista en Medicina Familiar y General.
- Directora de Atención Primaria de la Municipalidad de Tandil, Provincia de Buenos Aires, Argentina.
- Presidenta de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General, FAMFyG, Argentina.

Mtro. Mario González Sobera

- Magíster en Salud Pública- Mención Educación para la Salud, Maestro.
- Diplomando en Salud y Desarrollo Local.
- Consultor Nacional de la Representación de OPS/OMS Uruguay.
- Coordinador Subregión Cono Sur de la Organización Regional Latinoamericana de la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud.
- Coordinador del Área Educación para la Salud de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular.
- Docente Universitario Asociado al Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH) y Universidad Católica (UCUDAL).

Dra. Alicia Guadalupe Saona

- Odontóloga especialista en odontopediatría y discapacidad.
- Funcionaria del Ministerio de Salud Pública (MSP).
- Consultora temporal OPS/OMS.
- Coordinadora del Programa Piloto Incremental para Escolares del Departamento de Canelones (Ministerio de Salud Pública, Comuna Canaria, OPS/OMS).

Dr. Eduardo Henderson

- Profesor Agregado Clínica Quirúrgica - Diplomado 3er Ciclo Educación Superior.

Dra. Gabriela Medina

- Subdirectora del Área Metropolitana de la Red del Primer Nivel de Atención de la Administración de Servicios de Salud del Estado.
- Ex Subdirectora de la Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de Servicios de Salud del Estado. RAP-ASSE (2005-2010).
- Especialista en Administración de Servicios de Salud. Facultad de Medicina. (UDELAR).

Dra. María Josefa Piñeiro

- Doctora en Medicina.
- Psiquiatra.
- Posgraduado en Gestión de Servicios de Salud.
- Integrante del Equipo Técnico del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública (MSP).

Dr. Gilberto Ríos Ferreira

- Director General de la Salud del Ministerio de Salud Pública.

Dr. Felipe Schelotto

- Ex-Decano Facultad de Medicina, UDELAR.

Dr. Julio Siede

- Médico. Especialista en Medicina Familiar y General.
- Magíster en Economía y Gestión de Servicios de Salud.
- Docente de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires.
- Prof. Adjunto de Epidemiología y Políticas Saludables. Universidad ISALUD. Buenos Aires, Argentina.

Dra. Alicia Sosa

- Profesora Agregada del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. (UDELAR).

Psic. Juan Miguel Trillo

- Licenciado en Psicología, Posgraduado en Gestión de Servicios de Salud.
- Adjunto a la Dirección de Salud Mental de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Dr Julio Vignolo

- Profesor Titular y Director del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina. (UDELAR).

PRÓLOGO

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD RENOVADA: Un análisis de Economía Política sobre los procesos de cambio de los sistemas de salud

EDUARDO LEVCOVITZ¹

“Alicia: Podría decirme, por favor, ¿cuál es el camino para salir de aquí?”

Gato: Eso depende mucho del lugar adonde quieres ir.

Alicia: No me importa mucho adonde.

Gato: En ese caso, no importa por cual camino te vas”

(Alicia en el País de las Maravillas, Lewis Carroll – 1865)

1. Introducción:

La presente publicación de la Representación en Uruguay de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud describe, documenta y difunde diversas y heterogéneas experiencias y lecciones aprendidas sobre Atención Primaria de Salud en el país, con el objetivo de profundizar y socializar **información y conocimientos** que contribuyan a los avances en la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Frente al desafío de construir un nuevo modo de organizar la atención a la salud que resulte consistente con **Sistemas de Salud basados en la APS** y con una dinámica de Redes Integradas de Servicios de Salud, consideramos que las iniciativas aquí presentadas abonan ese proceso.

Son experiencias precursoras o contemporáneas de los primeros años de implantación del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay, como el nuevo Plan de Estudios de la Facultad de Medicina orientado a la APS y la Salud Familiar y Comunitaria, la implantación de Unidades Docente-Asistenciales UDELAR/ASSE para formación de recursos humanos en espacios comunitarios, el proceso de transformación de la Red de Atención del Primer Nivel (RAP) de Montevideo, las iniciativas de desarrollo profesional continuo de equipos del primer nivel de atención a través de estrategias de educación virtual, la diseminación de las Prácticas de Restauración Atraumática (PRAT) en el campo de la Salud Bucal, la experiencia de los equipos de Salud Mental con inserción territorial, y la estrategia de Comunidades Productivas y Saludables. Ellas presentan fortalezas y debilidades, aciertos y errores, que pueden ser integrados en ese proceso de acumulación y consolidación de un modelo emergente de atención a la salud de las personas y las poblaciones.

Los autores de los capítulos no son analistas distanciados de los hechos y metodológicamente “neutrales”. Son los mismos **protagonistas técnico-políticos** de cada historia aquí contada, por eso mismo tan parciales e interesados en sus resultados como comprometidos profesional, política y afectivamente, y tienen la vitalidad de “haber hecho” y “haber estado” en la gestación y desarrollo de estos procesos.

En este prólogo, no intentare construir una necesaria síntesis de los varios capítulos. Esta tarea queda como un deber para los debates públicos y discusiones colectivas con los múltiples actores sociales intervinientes en la política nacional de salud que proponemos organizar para la divulgación de esta publicación.

¹ MD, MPH, PhD, Representante de la OPS/OMS en Uruguay.

Este texto difiere de los demás **contenidos descriptivo-explicativos** del libro, por proponer una opción metodológica lógico-histórica que integre dialécticamente las partes en el todo, en que cada experiencia local o intervención específica descrita contribuya a una mejor **comprensión** del proceso social en curso y a la **interpretación** de los intereses, recursos de poder, valores e ideologías en permanente interacción, y contribuya a orientar la **intervención colectiva/acción transformadora** que configure un motor de cambios sustantivos para el sistema de salud uruguayo en su conjunto, en dirección a la universalidad, la solidaridad y la equidad.

Para eso, comparto con los lectores un conjunto de reflexiones conceptuales y teóricas que asume la múltiple determinación de los procesos sociales de producción de la salud de las poblaciones y los movimientos de transformación de sus sistemas de atención sanitaria. Son resultados de reflexión colectiva, tributaria de la producción institucional elaborada conjuntamente y de los debates informales cotidianos de los equipos que coordina en la OPS² y de la interacción con socios y aliados intelectuales³ ocurrida en los últimos 10 años, difícilmente posibles de identificar e individualizar en referencias bibliográficas formales.

Son ideas que orientan marcos analíticos y metodológicos utilizados en la cooperación técnica en sistemas y políticas de salud de la OPS en años recientes, para explicar/comprender los movimientos de permanente transformación de los sistemas de salud y sus inherentes tensiones y contradicciones, y permitir la formulación de estrategias de intervención en esos complejos procesos sociales, que por su naturaleza dinámica y conflictiva ofrecen la oportunidad de un abordaje basado en la **economía política**, buscando integrar la perspectiva ideológica de los valores y principios con la información y conocimiento científico y tácito, y con los intereses y recursos materiales y de poder de los diferentes colectivos y clases sociales, que represento con reconocidas limitaciones en la siguiente infografía:



² Unidad de Políticas y Sistemas de Salud (2004-2007) y Equipo de Sistemas de Salud para la Protección Social (2008-2009), ambos del Área de Sistemas y Servicios de Salud de la sede de la OPS, y Representación de la OPS/OMS en Uruguay (2010-11)

³ Registro especialmente los debates con Cecilia Acuña, José Ruales, Pedro Brito, Ana Luisa D'Avila Viana, Ernesto Bascolo, y Miguel Fernández Galeano

Entiendo que para explicar los fenómenos naturales, la información y conocimiento suelen ser suficientes; pero para interpretar procesos sociales es necesario también reconocer y comprender las ideologías y los valores que condicionan/determinan los diferentes modos de traducir y apropiarse del conocimiento por los distintos grupos/estratos/clases de la sociedad; y para intervenir en la realidad, es indispensable considerar los intereses políticos y económicos que están en juego.

No podría cerrar esta introducción sin hacer hincapié que estas ideas son **procesos de reflexión en construcción**, que entiendo deben ser abordados desde el encuadre ensayístico, tentativo, especulativo aquí adoptado, y considerados como abiertos a crítica, debate, y profundización.

2. Contexto político de desarrollo de los sistemas de salud en América Latina

El desarrollo de los sistemas de salud en América Latina en los últimos treinta/ cuarenta años, es bastante expresivo de la rapidez e intensidad de sus movimientos de cambio⁴. En la década de los 70's, por primera vez la comunidad internacional, en la Conferencia de Alma Ata, en la Unión Soviética, propone la consigna "Salud para Todos en el año 2000", creando un marco innovador para el desarrollo de las políticas de salud.

Desde la Declaración de Alma Ata en el año 1978 la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) forma parte de la agenda de discusión de organismos internacionales, decisores gubernamentales y referentes académicos. Sin embargo, poco tiempo después de esa consigna comienzan a identificarse procesos de crisis profunda del Estado de Bienestar Social, o más estrictamente procesos de crisis de la seguridad social, debido a la caída del crecimiento de la formalización del trabajo, puesto que las bases contributivas de esa estuvieron siempre asociadas al mundo del trabajo.

Los años 80's comúnmente considerados como "la década perdida" desde una perspectiva economicista, y inicios de los 90's se caracterizaron por reformas macroeconómicas y procesos de ajuste estructural con reducción del tamaño, del rol, y de la capacidad fiscal de los Estados Nacionales, y privatización de la función pública, con fuerte impacto en las políticas sociales y de salud.

Esas décadas fueron también testigos del mayor incremento de las desigualdades en toda la historia de la humanidad: la brecha entre ricos y pobres ha crecido en todo el mundo, en todas las regiones, en todos los países, consecuencia, como entienden pocos y repiten casi todos, del proceso de globalización y consolidación del "nuevo orden económico internacional".

Dialécticamente los años 80's, es también un periodo de intensa movilización política por la redemocratización en América Latina. Es cuando por lo menos Suramérica, que tenía

⁴ Intencionalmente evito utilizar la expresión "**reformas**" de los sistemas de salud, que fue capturada por la banca multilateral en los años 80's y 90's para denominar un modelo específico de reorientación de las políticas públicas de salud subordinado a los procesos de ajuste fiscal y reforma del Estado, orientado por la matriz ideológica liberal ampliamente conocida como "Consenso de Washington".

hasta la mitad de los años 80's dictaduras militares de larga duración y triste memoria, transita progresivamente hacia la reconstrucción de procesos democráticos, asociados a la descentralización del Estado y de la función pública.

En la transición del Siglo XX al Siglo XXI, la creciente movilización social y la participación política democrática ha supuesto el retorno de las preocupaciones con la agudización de la pobreza, la exclusión social, y la inequidad ubicadas en el centro de la agenda política de los países de la región, acompañada e incentivada por la OPS, permitiendo avanzar hacia mayores grados de acuerdo en torno a una nueva perspectiva de cambios en las políticas de salud, basados en el concepto de **protección social de la salud como un derecho ciudadano universal**, ya no dependiente del empleo u otras características socioeconómicas individuales o de segmentos de la población.

A partir del 2003 los países de América Latina y el Caribe discutieron la renovación de la Atención Primaria de Salud, la estrategia renovada de APS, como una condición esencial para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, para abordar los determinantes sociales de salud, para garantizar la perspectiva de derechos humanos y para alcanzar de protección social universal.

En el 2005, el conjunto de Estados-miembros de la OPS aprobaron la orientación estratégica hacia la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas (Declaración de Montevideo) como parte integral del desarrollo de los sistemas de salud, y definieron a la transformación hacia "**sistemas de salud basados en la APS**" como la vía más adecuada para producir mejoras equitativas y sostenibles a la salud de los pueblos de la región⁵.

Esos Sistemas de Salud basados en APS renovada, fortalecidos por la apuesta más reciente por la construcción de las Redes Integradas de Servicios de Salud-RISS⁶, no espejan las propuestas reduccionistas de APS selectiva y paquetes básicos de servicios para pobres impulsados por la Banca Multilateral en los 80's y 90's. Son iniciativas y esfuerzos de cambio profundo en el **Modelo de Atención** basados en la promoción de salud, un abordaje preventivo e integral, la calidad y dignidad del cuidado y el enfoque de género, que promueve la equidad, la universalidad, la solidaridad, la participación social, la intersectorialidad que permite lidiar con los determinantes sociales de la salud, y afirma y asegura el derecho universal a la salud.

El requerimiento de un cambio en el modelo de atención orientado por la APS configura un componente central de los movimientos transformadores de los sistemas y servicios de salud por razones técnicas y éticas. El Primer Nivel de Atención deberá ser su escenario principal, por la proximidad que sus servicios tienen al lugar donde transcurre la vida cotidiana de las personas y por configurar una puerta de entrada privilegiada a una red integral e integrada de servicios, con diferentes niveles de complejidad y capacidad resolutive de los problemas de salud.

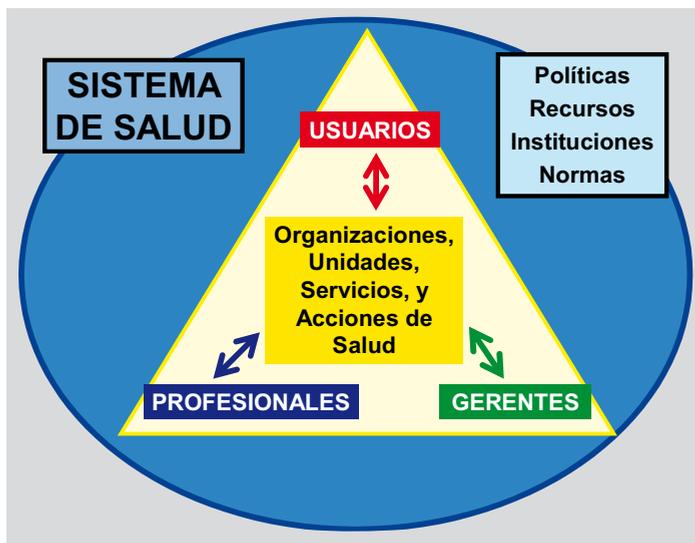
⁵ Declaración Regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo). 46° Consejo Directivo de la OPS, Septiembre 2005.

⁶ OPS, Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4). Washington, D.C.: OPS, 2010

Sin embargo, se abre un campo de debate e intercambio fecundo y estimulante, cuando se quiere “bajar a tierra” los aspectos conceptuales de un modelo de atención alternativo, definiendo sus rasgos concretos y sus aspectos operativos. Es justamente en este punto donde las experiencias de búsqueda y construcción de nuevas formas de atención cobran particular interés.

La profundidad e intensidad de los cambios inherentes a la construcción/ consolidación de los sistemas de salud basados en APS exige la superación de los tradicionales modelos funcionalistas/administrativistas de clasificación de los sistemas de salud, sea por sus componentes normativos u operacionales, sea por las macro-funciones clásicas de regulación, financiamiento y provisión de servicios.

El **abordaje de Economía Política** aquí propuesto busca interpretar el sistema de salud como una arena/espacio político de permanente conflicto distributivo entre tres principales grupos de intereses: los usuarios de los servicios (ciudadanos o asegurados), los profesionales que ahí trabajan, y los gerentes (propietarios, financiadores, administradores), no solo del sistema de servicios sanitarios pero también de las industrias productoras de insumos⁷, como representado en la siguiente infografía:



El nuevo modelo emergente será producto de la renovación teórico-conceptual, analítica, y de experiencias y lecciones aprendidas de quienes vienen interviniendo en la realidad con objetivos transformadores, tomando riesgos en diferentes formatos de servicios, desarrollos de programas, interactuando con la comunidad organizada, generando cultura institucional y bagaje político para consolidar nuevas prácticas, guiados por el cuestionamiento permanente y la reflexión continua para comprender los procesos sociales de cambio del sistema de salud, e interpretar sus condicionantes/determinantes históricos, económicos, sociales, y políticos.

⁷ En el apartado 4 desarrollare más ampliamente este tema.

3. Estado, Mercado y Sociedad en la transformación de los sistemas de salud de América Latina

La comprensión e interpretación de los movimientos transformadores de los sistemas de salud requiere referir a las relaciones fundamentales entre lo público y lo privado, superando la tradicional concepción de oposición lineal “público versus privado”, y pensar en categorías propias de la economía política, como **Estado, Mercado y Sociedad**.

Desde fines del Siglo XIX, y especialmente a partir de la crisis económica del 1929, y hasta la mitad de los años 1970's, el actor hegemónico en el mundo fue el **Estado**. Todo estaba referido esencialmente al Estado, era el Estado quien definía los límites y regulaba el mercado, producía bienes, ejercía monopolios. El Estado regulaba la sociedad de tal forma que ésta se organizaba para influir y participar en las instituciones políticas del Estado a través de elecciones y de partidos políticos; lo que Gramsci llamó “sociedad civil”.

La historia de la creación y desarrollo de los sistemas de salud y protección social en la región, desde el inicio del Siglo XX, refleja esa hegemonía del Estado, y tiene estrecha relación con la evolución de los sistemas de protección social enmarcados en la idea del Estado de Bienestar Social, que surgieron en el mundo occidental a partir de fines del Siglo XIX, y se consolidaron en el periodo inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial.

Nuestros sistemas de salud fueron creados en base a una mezcla de los modelos organizativos occidentales de protección social – “bismarckiano”, “beveridgiano”, y empresarial. Sin embargo, esos modelos corresponden a tipos ideales y como tales nunca se presentan en estado puro en la realidad, así que ninguno de ellos fue puesto en ejecución en forma completa por los países. Por el contrario, la incorporación de versiones parciales e incompletas de todos ellos generó universos institucionales distintos, con arreglos organizacionales separados de rectoría/regulación, financiamiento/ aseguramiento, y provisión de servicios.

A diferencia de lo que ocurrió en la mayoría de los países europeos, los subsistemas latinoamericanos se especializaron en estratos específicos de la población agrupados por clase social, ingreso, ocupación, inserción en el mercado laboral formal, origen étnico, o ocupación del territorio (urbano/rural), produciendo el fenómeno de la segregación poblacional, consistente en la estratificación del ejercicio del derecho a la salud.

Debido a lo anterior, la arquitectura tradicional de los sistemas de salud de los países de América Latina consistió en un arreglo no integrado de subsistemas que atendían estratos poblacionales específicos, lo cual generó dos características estructurales – la segmentación y la fragmentación - que traerían enormes consecuencias para el desempeño de los sistemas.

Segmentación y Fragmentación de los Sistemas de Salud⁸

Segmentación	<p>Coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos “especializado” en diferentes estratos de la población de acuerdo a su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago, posición económica y clase social. Este tipo de organización institucional consolida y profundiza la inequidad en el acceso de salud entre los diferentes grupos poblacionales.</p> <p>En términos organizacionales, coexisten uno o varias entidades públicas (dependiendo del grado de descentralización o desconcentración), la seguridad social (representada por una o varias entidades), y diversos financiadores/ aseguradores y proveedores privados de servicios (dependiendo del grado de introducción de mecanismos de mercado y de gestión empresarial durante las reformas sectoriales).</p>
Fragmentación	<p>Coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios de salud. La existencia de múltiples agentes operando sin integración no permite la adecuada estandarización de los contenidos, la calidad, el costo y la provisión de las prestaciones de salud y conduce a la existencia de redes de provisión de servicios que no trabajan coordinadamente, coherentemente o de manera sinérgica, sino que tienden a ignorar a los otros o a competir con los otros prestadores, lo que genera incrementos en los costos de transacción y promueve una asignación ineficiente de los recursos en el sistema como un todo.</p>

En los últimos 20/25 años del Siglo XX una transformación profunda de las relaciones Estado-Mercado-Sociedad incide sobre estas características histórico-estructurales de conformación de nuestros sistemas de salud y protección social, y se hace imposible comprender los cambios ocurridos en los sistemas de salud de los 80's y 90's sin tener en cuenta la radical hegemonía del **Mercado** en este periodo, consistente con el marco orientador de reformas macroeconómicas que tuvieron lugar en la mayoría de los países del mundo en esos años. En este ámbito se debe considerar también el proceso de globalización, el cual, promoviendo una amplia liberalización del movimiento internacional del capital y profundizando los procesos de transnacionalización de la industria, ha jugado un rol central en la definición de políticas que han impactado fuertemente los modelos de protección social.

En ese periodo, los países América Latina implementaron una serie de “reformas”⁹ a sus sistemas de salud, vinculadas a los procesos de ajuste macroeconómico, reducción del tamaño y rol del Estado y desregulación de los mercados. En general, las “reformas” en salud no consideraron las características propias de cada país en relación a su estructura geográfica, social y demográfica, historia, cultura política, y grado de desarrollo de las instituciones del sector, sino más bien tendieron a adoptar los modelos promovidos de manera prescriptiva y estandarizada por los organismos multilaterales de asistencia financiera, centrados en cambios de los modelos de financiamiento y gestión, en la desregulación del

⁸ OPS. Organización, cobertura y desempeño de los sistemas nacionales de salud y protección social, Salud en las Américas 2007 – Vol. 1:317-330

⁹ Ver Nota 4

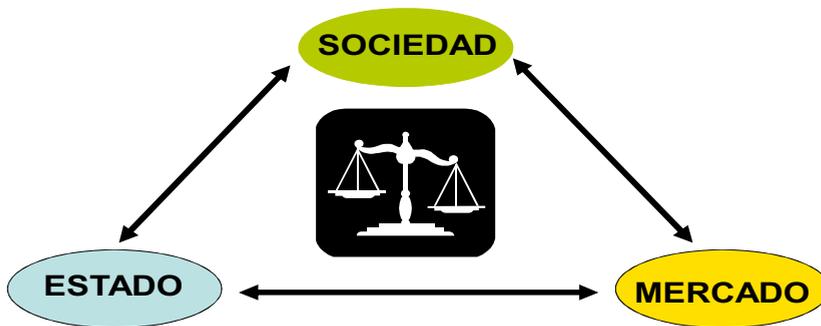
mercado laboral, en la descentralización y privatización de la provisión de servicios, y en la “separación de funciones” del sistema.

Estas “reformas” también prestaron poca atención al efecto de los cambios sobre los actores y grupos de interés del sector salud, en particular los trabajadores de la salud; no promovieron la indispensable articulación y sinergia de las funciones de los sistemas, descuidando sus complejas interrelaciones; y no estimularon la definición de objetivos sanitarios nacionales.

Parece ser que en la transición al siglo XXI es el tercer actor que está apareciendo como hegemónico: la **Sociedad** pasa a ser el centro de la reflexión, el Estado debe ser permeable a los movimientos sociales y a la participación directa, hay poca legitimidad en las instituciones políticas formales. Por su parte, el mercado se organiza para atender e influenciar las demandas sociales, aparece la figura del “marketing social” para convencer a la sociedad de lo que ella quiere y las grandes iniciativas globales en el sector salud provienen de la “nueva filantropía empresarial”.

Es muy probable que en el futuro próximo la relación Estado-Mercado-Sociedad se establezca en una situación de equilibrio dinámico, pero con algunas condiciones fundamentales que garanticen los derechos humanos, la solidaridad, la protección universal y la cohesión social.

EQUILIBRIO DINÁMICO de fuerzas colectivas e instituciones sociales en mutación permanente



4. Dimensiones del sector salud: elementos de la economía política para la interpretación de los conflictos y tensiones inherentes al cambio de los sistemas de salud

Un abordaje lógico-histórico de esta entidad compleja denominada sector salud que busca interpretarlo como una arena/espacio político de conflicto distributivo entre distintos grupos de intereses exige la consideración de las múltiples dimensiones del sector, componentes de la actividad económica, y de la organización social de cada país¹⁰:

¹⁰ Libremente inspirado por Moran, M Three Faces of the Health Care State. Journal of Health Politics, Policy and Law.1995; 20: 767-781.

-
- **Dimensión de Protección Social:** Garantía universal de satisfacción de las necesidades y demandas de salud de la población que la sociedad otorga a través de políticas públicas. Esa dimensión, componente del Estado de Bienestar Social o de las políticas sociales de una nación, ha ganado relevancia en los últimos años como aspecto clave para la formulación de políticas que permitan garantizar el derecho a la salud para todos los ciudadanos en condiciones de equidad, y solidaridad. Es aquí donde se expresan los principios, propósitos, y modelos organizativos (de gestión y de atención) que implementan el derecho a acceder a los bienes, servicios, oportunidades, conocimientos y tecnologías requeridos para mantener o mejorar el estado de salud. Conforman el subconjunto institucional del sector salud denominado **sistema de servicios de salud o sistema de atención sanitaria**. Protección social es aquí entendida no exclusivamente como un mecanismo de aseguramiento, sino como cualquier modelo organizativo como los que, por ejemplo, utilizan Canadá, Cuba y Brasil, que no son modelos típicos de seguro pero que alcanzan también niveles universales o casi-universales de protección social en salud.
 - **Dimensión Ética:** valorativa, ideológica, es la dimensión del derecho a la salud como derecho humano, componente del conjunto de valores sociales y éticos de cada nación. Es la expresión de la valoración colectiva de la vida y de la seguridad humana garantizadas universalmente en condiciones de dignidad, solidaridad y productividad, y de la protección ante al riesgo de perderlas por cualquier causa, desde el hambre y la pobreza hasta la violencia y las enfermedades. Traduce la cohesión de la sociedad y su respecto a la ciudadanía y a la garantía y defensa permanente de los derechos humanos -civiles, políticos, económicos y sociales- de todos y cada uno de los habitantes del país. La mayoría de los países de América Latina expresa en sus marcos constitucionales o legales los valores de Derecho a la Salud, Universalidad, Solidaridad, Equidad, Dignidad, y Gobernabilidad Democrática para la organización de sus sistemas de salud. Todavía, la historia muestra que los gobiernos y las sociedades han tenido mejores resultados en establecer la legislación sobre esa materia, que en efectuar los cambios necesarios en sus sistemas de salud y de protección social para asegurar ese derecho.
 - **Dimensión Industrial (Intereses Económicos): Componente de la Economía Capitalista.** Expresión de los intereses económicos de los principales grupos de empresarios, trabajadores y usuarios, ya que la salud es uno de los sectores más dinámicos de actividad económica para el desarrollo nacional. Este sector representa un importante espacio de innovación y acumulación de capital, de oportunidades de inversión, y, especialmente, de generación de empleo e ingreso. La OMS estima que el conjunto de actividades económicas relacionadas al sector salud representa un 10% de PBI mundial – USD 3.5 trillones. La delimitación del denominado “complejo médico-industrial” o “complejo productivo de la salud” como un conjunto articulado de producción/consumo de bienes y servicios de salud, considera por lo menos cinco grandes grupos de actividades productivas:
 - La industria de base química y biotecnológica, como las de fármacos, vacunas, derivados de sangre e insumos para diagnóstico, y las empresas de importación y comercialización de esos productos.

-
- La industria de base física, mecánica y electrónica, como las de equipamientos e instrumentos médico-quirúrgicos, prótesis y materiales de consumos en general, y las empresas de importación y comercialización de esos productos.
 - El sistema bancario y financiero, especialmente en su componente de seguros.
 - El sistema de educación y de investigación, en lo relativo a la formación/capacitación de personal de salud y desarrollo científico y tecnológico.
 - El sistema de servicios de salud o de atención sanitaria, incluyendo la industria de producción de servicios médicos, hospitalarios, ambulatorios, de diagnóstico y tratamiento complementario, considerando también el rol de esta industria como propulsora de los otros grupos de actividades productivas a través de la generación de demanda por bienes, servicios y productos.
- Dimensión Política (Poder, Gobernabilidad), componente del Estado Democrático: La existencia en sí de intereses económicos genera, en gran parte, la cuarta dimensión, que es la dimensión política. El sector salud representa una arena política de institucionalización/coordinación/competencia de los conflictos de interés de diversos actores sociales y grupos de presión por su potencial distributivo de recursos, ya sea a través de la entrega de bienes y servicios y creación de oportunidades de salud, o a través de la generación de demandas por la producción de éstos, con capacidad de estimular el crecimiento o estancamiento de sectores productivos. En el escenario de contención de costos en salud y reducción de gasto público común a casi todos los países, ese conflicto distributivo se ve especialmente intensificado por la brecha entre demandas sociales incrementales y recursos limitados. El surgimiento y fortalecimiento de grupos organizados de usuarios y su abogacía en pro de más recursos para la atención de diferentes problemas de salud, las reivindicaciones salariales y huelgas de los trabajadores de salud, y el lobby de grupos empresariales son demostraciones claras de ese fenómeno.

Otra señal de la importancia de la dimensión política del sector salud es el hecho que los temas sanitarios están crecientemente presentes en las agendas de los partidos políticos, plataformas electorales, y movimientos sociales los países de la Región. En varios países, el sector salud también representa un espacio de fortalecimiento de la cohesión social y solidaridad con fuerte impacto en la gobernabilidad y mantenimiento de la integridad nacional.

Empero la dimensión política tiene también otro lado. En algunos de los países del mundo, particularmente en los países federativos —como es el caso de Canadá, de España— sus sistemas de salud son considerados factores políticos de unidad nacional; la gente se identifica con su país en gran parte por su sistema de salud, por su sistema de protección social.



5. La Cooperación Técnica de la OPS/OMS en los movimientos transformadores de los sistemas de salud

Cierro este prólogo remitiéndonos a la primera infografía del texto, una vez que considero crítico que la cooperación técnica de la OPS/OMS en Uruguay se desarrolle con el objetivo principal de generar, promover e incentivar oportunidades de fortalecimiento de la **Inteligencia Sanitaria** como un proceso continuo de **Descripción/Explicación – Comprensión/Interpretación – Intervención/Acción Transformadora** sobre todo el conjunto del sector salud del país, sus necesarias e impostergables alianzas intersectoriales, sus relaciones internacionales.

Reitero que este abordaje asume la **múltiple determinación de los procesos sociales y movimientos en el sector salud**, y consecuentemente tiene la osadía de rechazar y simultáneamente superar la linealidad neopositivista “evidencia-decisión” propuesta por el renovado empirismo dogmático, al considerar como único conocimiento “científicamente” válido aquel obtenido por meta-análisis de “evidencias” originadas en el hemisferio norte, presentados preferentemente con alto grado de formalización matemática o econométrica, de que se ocupa crecientemente la literatura académica y gerencial, y está cada día más presente en el discurso y las recomendaciones de política de varios organismos internacionales.

La información y el conocimiento los tenemos que transformar con creatividad y honestidad intelectual en argumentos para ponerlos en un proceso político de debate por la

sociedad. La decisión política se da a través del debate, del argumento, de la expresión legítima de los intereses, de la negociación/regulación de los conflictos y contradicciones propios de la puja distributiva.

Esta cooperación comprometida con el país, su gobierno y su pueblo incide, por una parte, en la dinámica cultural, educativa y científica de la sociedad. Sin producir conocimiento propio de una determinada sociedad y su realidad, no se generará inteligencia para construir argumentos y promover un debate político democrático y productivo. Por otra parte, incide en la dinámica política e institucional, porque el saber y el conocimiento deben ser compartidos y debatidos para llegar a un proceso de negociación y de decisión política. Y finalmente, incide en la propia dinámica sistémico-organizacional del aparato público, para que una decisión política pueda ser implementada.



Es en el desarrollo de la **Inteligencia Sanitaria** donde se ubica con oportunidad, calidad, y compromiso la cooperación de la OPS/OMS, sistematizando, analizando y promoviendo el intercambio de ideas y el debate amplio sobre las intervenciones concretas y los resultados de políticas públicas desarrolladas por aquellos decisores y equipos de salud que, a diferencia de Alicia en la citación que abre este texto, saben adónde quieren ir en la generación de nuevas modalidades de brindar servicios de salud a la población y conocimientos innovadores sobre cómo hacerlo.

Es en base a estas motivaciones que desde la Representación de la OPS/OMS en Uruguay hemos considerado oportuna la difusión de los trabajos que integran la presente publicación, poniendo el conocimiento generado por los autores/protagonistas al servicio de quienes se han comprometido con los movimientos transformación del Sector Salud en dirección a la universalidad, la solidaridad y la equidad, inspirados en la APS.

PLAN DE ESTUDIOS 2008 DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UDELAR, URUGUAY, EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE APS Y SU RENOVACIÓN

* Julio Vignolo
** Eduardo Henderson E
*** Alicia Sosa
**** Felipe Schelotto

* Director del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria
** Profesor Agregado Clínica Quirúrgica - Diplomado 3er Ciclo Educación Superior
*** Profesora Agregada del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria
**** Ex-Decano Facultad de Medicina, UDELAR

1. MARCO TEÓRICO

Antecedentes y evolución histórica

La Facultad de Medicina se fundó por decreto del 15 de diciembre de 1875 (1). Fue designado primer Decano el doctor Suñer y Capdevila, quien se encargó de elaborar el primer plan de estudios y reglamento de cursos y exámenes.

Los cursos comenzaron en 1876 luego de un concurso ganado por los Dres. Francisco Suñer y Capdevila en la Cátedra de Fisiología, y Julio Jurkowski en la Cátedra de Anatomía. Así nuestra Facultad se inició con la docencia de estos dos médicos extranjeros, el primero español, el segundo polaco; y así sucesivamente en los comienzos, la mayoría del profesorado continuó siendo ocupado por médicos extranjeros: españoles, italianos, alemanes y polacos fueron los que impulsaron el crecimiento de la Facultad. Esta influencia fue tal que los decanos fueron todos extranjeros hasta 1884 cuando por primera vez fue electo como decano un médico uruguayo, el Dr. José Máximo Carafí, que fue el 8º decano que tuvo la facultad.

El primer plan de estudios de la carrera de medicina de nuestra Facultad fue aprobado por el Consejo Universitario y el Poder Ejecutivo y entró en vigencia el 12 de mayo de 1877; la carrera tenía una duración de 5 años de estudio y para obtener el título de “Doctor en Medicina y Cirugía” se exigía la presentación y defensa de una tesis final, que fue obligatoria hasta 1902. Además en esa época, la Facultad de Medicina ofrecía otras carreras como las de Dentista, Partera y Flebólogo. Hacia 1886 la Facultad contaba con 92 alumnos, de los cuales eran 74 uruguayos y 18 extranjeros (1). El 26 de febrero de 1881 fue otorgado el título a la primera egresada de la Facultad, la Partera Adela Peretti.

La Facultad de Medicina hoy, es una de las 14 facultades que componen la Universidad de la República (UR). Comprende además de la carrera de Doctor en Medicina, la Escuela de Parteras, la Escuela Universitaria de Tecnología Médica y la Escuela de Nutrición y Dietética, otorgando 8 títulos intermedios y/o tecnicaturas, 14 títulos de Grado y 53 títulos de postgrado (2). La Facultad cuenta en su conjunto con aproximadamente 9190 estudiantes de acuerdo al siguiente detalle: Medicina 4600, Escuela de Parteras 500, Escuela Universitaria de Tecnología Médica 2400 y Escuela de Nutrición y Dietética 1690 (***)

La Facultad de Medicina al igual que las demás 13 Facultades que componen la Universidad de la República (UR) está regida por la Ley Orgánica de la Universidad de la República, Ley Nro. 12.549 publicada en el Diario Oficial el 29 de octubre de 1958, la cual consagra la autonomía, el cogobierno universitario y la gratuidad, así como la libertad académica. Las tres funciones principales de la Universidad son: enseñanza, investigación y extensión. La Facultad de Medicina, como todas las facultades de la Universidad de la República, está integrada por 3 órdenes que cogobiernan la misma: docentes, graduados y estudiantes.

*** Según datos brindados por las Bedelías de los diferentes servicios

A lo largo de su historia, la Facultad de Medicina tuvo varios Planes de Estudio a saber:

1. A partir de su fundación el elaborado por su primer Decano Suñer y Capdevilla.
2. A partir de 1901 se implementó el llamado "Plan Scosería"
3. En 1929 al mismo Plan Scosería se le hicieron modificaciones
4. Posteriormente se implementa el Plan 45
5. Luego el Plan 68, el cual fue interrumpido durante la dictadura militar hasta que con modificaciones se volvió a implementar en 1985.

Este último Plan de estudios preveía el aprendizaje de disciplinas integradas, la evaluación formativa y muy valiosos avances conceptuales y metodológicos. Los cambios se profundizan con el Plan 2008 en el que además de la integración de disciplinas, básico – básica, básico-clínica e interclínica, se jerarquiza el concepto de enseñanza centrada en el estudiante, la autonomía del aprendizaje (aprender a aprender), elementos de ética y de habilidades comunicacionales a lo largo de toda la carrera, un contacto más precoz con los pacientes y la comunidad, todo eso en el marco de un perfil del egresado definido por Claustro y Consejo.

La necesidad de cambio de plan de estudio comenzó a gestarse hacia el año 1996. Fueron necesarios varios Claustros que se fueron nutriendo de experiencias innovadoras extranjeras tales como las de la Universidad de Maastricht de Holanda, la Universidad McMaster en Hamilton, Canadá y en América del Sur la Universidad de Brasilia. En la Universidad de Brasilia el programa inicialmente previsto, que no pudo cumplirse cabalmente (3) incluía muchas innovaciones y se apartaba del modelo de formación médica existente entonces en Brasil. Se intentaba que la enseñanza estuviera orientada a la atención sanitaria más que a la curación de la enfermedad; se insistía en los aspectos psicosociales, en una enseñanza de orientación comunitaria y se procuraba presentar a los alumnos un programa integrado de estudios.

Paralelamente en el Uruguay, se implementa una importante reforma en el Sector Salud como lo es la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud. La orientación del Sistema Sanitario Nacional considera a la Salud como el objetivo esencial, al individuo como integrante de una comunidad concreta (que actúa como factor determinante del proceso salud – enfermedad), y al abordaje integral y en equipo de los problemas de salud como la estrategia más adecuada. Esta base conceptual, junto con los principios de universalidad, continuidad, integralidad, equidad, calidad, ética, eficacia, eficiencia social y económica, atención humanitaria, participación social y administración democrática, sustentan el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud (4).

La ley de SNIS no incluye entre sus objetivos el apoyo a la formación de recursos humanos para la Salud; todos los componentes del Sistema son sin embargo campo obligado de práctica formativa para los técnicos en desarrollo y origen de la demanda social de educación de profesionales en términos numéricos, de perfil y de calidad.

La Universidad de la República se encuentra en pleno proceso de discusión hacia una Segunda Reforma Universitaria que presenta entre otros criterios orientadores: constitución de "aulas potenciales", curricularización de la extensión, conformación de espacios

interdisciplinarios, y en ese sentido se da el reconocimiento de los servicios del SNIS como un ámbito natural de desarrollo del proceso educativo, con un fuerte acercamiento del pre y postgrado a la realidad (5).

En este contexto la Facultad de Medicina se presentó voluntariamente al Mecanismo Experimental de Acreditación MERCOSUR (MEXA) de carreras de grado de Medicina en el año 2005. El 26 de diciembre del mismo año la Comisión Ad hoc de Acreditación designada para tal fin elevó un documento donde señala fortalezas y debilidades de la Institución. De las últimas destacamos: *“El sesgo biologicista del Plan de Estudios, centrado en la formación clínica en el ámbito del 2º y 3er nivel de atención, la discordancia entre la demanda educativa y la capacidad educativa de la Institución, que redundando en una relación docente-alumno que atenta contra la calidad de la enseñanza y del aprendizaje, sobre todo en las actividades prácticas. La inadecuada relación alumno-paciente que también impacta en la calidad de los procesos de enseñanza y del aprendizaje y provoca la incomodidad del paciente. El tardío contacto inicial del alumno con el paciente y la comunidad”* (6). Producto de este informe se pusieron en marcha una serie de actividades enmarcadas en un Plan de Mejoras Institucional que culminó, en mayo de 2007, con la acreditación regional de la carrera.

La Asamblea del Claustro y el Consejo de la Facultad aprobaron un Nuevo Plan de Estudios para la carrera de Doctor en Medicina el cual fue ratificado en diciembre de 2008 por el Consejo Directivo Central. El mismo prioriza la enseñanza en el ámbito comunitario, la inserción temprana de estudiantes y docentes en el mismo y su permanencia durante toda la carrera participando en los programas de Salud de todo el Sistema. Los cambios previstos incluyen la reducción de la carrera a 7 años y el acceso a un título intermedio de Técnico en Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades. El programa sostiene la estructura en ciclos, con una adecuada integración básico-clínica (7, 8, 9, 10, 11).

Un Nuevo Plan de Estudios centrado en la Atención Primaria de Salud y en la renovación de la Atención Primaria

Un Modelo de Atención en Salud es una de las modalidades mediante la cual los paradigmas del proceso de salud- enfermedad –atención se implementan mediante prácticas sociales: prácticas en salud, asistencia y otras (12).

Implícitamente en los modelos de atención coexisten concepciones sobre la persona humana y sus derechos, sobre la ética profesional, sobre la participación de los sujetos, sobre modelos explicativos de los procesos S- E- A

Un modelo es una construcción teórica que oficia como un sistema organizado de prácticas en el “sector salud”, capaz de ser replicado y que cuenta con diferentes grados de consenso social para su implementación. Valida o invalida otras prácticas de cura, estilos de vida, decisiones sobre el cuerpo de las personas y los colectivos.

La transformación del Sistema de Salud, el nuevo modelo de atención que se funda en la validación renovada de la estrategia de Atención Primaria con acento en el desarrollo del primer nivel, y la reforma universitaria en marcha para el mejor servicio e interacción con

la población son el marco que sustenta, que hace posible y que a la vez requiere y exige la transformación formativa que la Facultad instala.

En el nuevo Sistema de Salud, cuya construcción apoya la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, lo prioritario es un modelo de atención y una organización que favorezca la comunicación precoz y el conocimiento de las personas para estimular la conducta saludable, prevenir la desviación patológica y promover la activa participación social en la construcción de su propio bienestar.

El Nuevo Plan de Estudios persigue la formación de un médico con capacidad de actuar en este nuevo modelo de atención de acuerdo a la estrategia de Atención Primaria de Salud, aproximando el Sistema de Salud a las personas, las familias y los grupos sociales en el lugar donde ellos viven, trabajan o estudian, para producir la promoción, el cuidado integral de la salud individual y colectiva, y la prevención de riesgos y enfermedades.

El profesional de la salud, el médico que se busca formar, es un trabajador social cuyo rol consiste en contribuir a la conservación, promoción y protección de la salud personal y colectiva, así como a su recuperación cuando es necesario, actuando en equipo con otros profesionales y con la propia población y sus componentes.

Su legitimidad ante la sociedad depende no tanto de su capacidad técnica avanzada de atender la patología compleja como de su competencia para relacionarse positivamente con las personas y los grupos, incluido el propio equipo de salud, para comprender sus interacciones, sus problemas y para manejar los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad (12).

Este rol del médico se construye desde la demanda social y a su vez esta demanda social depende del modelo socio-económico dominante y la organización del sistema de salud que deriva del anterior.

La posibilidad real de construir - como estamos promoviendo - y de sostener nuevos perfiles profesionales surge no tanto de la voluntad académica de progreso y transformación, sino de la oportunidad y la necesidad que ofrece el cambio del modelo asistencial. O sea, no sólo está planteada la necesidad del cambio, sino la oportunidad del cambio combinado en lo asistencial y lo docente, con tipos de desempeño profesional adaptados al nuevo modelo de atención que operan como referentes educativos y como generadores de demanda formativa en lo cualitativo y lo cuantitativo.

El nuevo modelo de atención persigue el reconocimiento y el ejercicio efectivo del derecho a la Salud para todos.

Su construcción requiere un esfuerzo técnico, económico y social desplegado a lo largo de décadas de lucha contra las resistencias originadas en los intereses económicos consolidados en el viejo modelo.

La garantía y el motor de su progreso radica en la participación social organizada que es a la vez parte intrínseca del modelo, ya que permite identificar en forma continua y efectiva las necesidades sociales, y adecuar las acciones sanitarias a las mismas.

En la construcción de esta participación es muy importante el rol del médico y de los trabajadores de la Salud en equipo.

Esta participación no busca sustituir la responsabilidad estatal ni eludir la necesaria transformación social para conquistar el derecho a la Salud, sino contribuir a esa transformación para promover el bienestar individual y colectivo.

En su definición clásica, ***“La atención primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar...”***

Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud...”

El concepto de APS supera ampliamente al de Primer Nivel de Atención, y se refiere a una estrategia que abarca al conjunto del Sistema de Salud en sus tres niveles y en la interrelación entre ellos. Sin embargo, la construcción de un Primer Nivel de Atención continente y resolutivo es un ingrediente clave de la edificación de un Sistema basado en la APS.

El primer nivel de atención se orienta a la sociedad y su ambiente: es el que organiza las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación en los lugares donde la población vive, estudia o trabaja, en estrecha comunicación con las personas, las familias y los grupos sociales, y con su participación organizada. Está a cargo de equipos interdisciplinarios donde juega un rol clave el especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, recibándose allí también los imprescindibles aportes de muchas disciplinas.

La base material de las actividades de atención integral reside en los centros de Salud y las instituciones comunitarias de diverso tipo que albergan las acciones de Atención Primaria de Salud ya mencionadas, abarcando la asistencia ambulatoria, domiciliaria e incluso de urgencia, además de la investigación y creación de conocimientos.

En este nivel primario, bien organizado, se puede dar atención a más del 80% de los problemas de Salud de la población. A partir del mismo, y con criterios de organización regional, se ponen en marcha los mecanismos de referencia y contrarreferencia que permiten la interacción con el segundo y tercer nivel cuando ellos deben intervenir hacia los individuos o los grupos sociales.

De acuerdo con la OMS, para alcanzar un impacto óptimo sobre la situación de salud, incluyendo los Objetivos Del Milenio, las políticas de recursos humanos deben precisamente centrarse en el desarrollo de sistemas integrados de salud basados en la atención primaria, la promoción de la salud, y el fortalecimiento de las capacidades de trabajo en salud pública (13).

Pero a la vez, la formación de recursos humanos en Salud requiere contar con modelos de roles asistenciales de excelencia, por encima de los estándares técnicos y éticos de las profesiones que trabajan en la Atención de la Salud. En el viejo aforismo de las Ciencias de la Salud: “la excelencia en la asistencia es condición necesaria - aunque no suficiente - para proveer excelencia en la educación”.

Un médico capacitado para desarrollar una atención integral en el primer nivel de atención debe formarse necesariamente en vinculación con un primer nivel organizado y coherente, que la Facultad debe como contraparte contribuir a organizar, como lo hace en todos los niveles del Sistema.

La formación PARA el primer nivel de atención se hace principalmente EN el primer nivel de atención, del mismo modo que la formación en metodología científica se realiza principalmente en la práctica de la investigación. Estas nociones constituyen componentes importantes de la edificación del NPE.

La práctica formativa de excelencia en el primer nivel de atención y en la estrategia de APS requiere la construcción de estructuras docente-asistenciales y de investigación de óptimo desempeño.

Atendiendo a los conceptos anteriores, **el Instituto de Atención Primaria de Salud** es un objetivo de organización prioritaria de la Facultad que fue aprobado el 11/4/2007 y que ha sido presentado ampliamente en el ámbito asistencial y educativo, encontrándose en plena construcción. Es una manera de organizar de forma integrada y coordinada los servicios académicos y de atención a la Salud en el primer nivel de atención, en Montevideo y en el Interior, para el desarrollo simultáneo del nuevo SNIS y de los recursos humanos que serán capaces de sostener y reproducir el nuevo modelo de atención. Se basa en los principios de APS y reconoce la interdependencia complementaria de los procesos asistenciales y docentes para el progreso y la transformación del Sistema.

Progresará a partir de la instalación de unidades docente-asistenciales que cumplen también una función de creación de conocimientos y de gestión en el primer nivel, y que articulan su organización de base territorial con los demás niveles de atención mediante mecanismos de referencia, contrarreferencia y planificación de actividades orientadas por la estrategia de APS.

En su desarrollo juega un rol central el nuevo Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, que vértebra la actividad de diversos especialistas y múltiples técnicos organizados en equipos interdisciplinarios de Salud; éstos se incorporan a la actividad comunitaria con plena participación de la misma y con aporte de profesionales de diversas disciplinas vinculadas con el ambiente, la vivienda, la economía social y otros aspectos del bienestar colectivo.

¿Por qué entonces un Nuevo Plan de Estudios (NPE)?

El Nuevo Plan de Estudios de la carrera de Doctor en Medicina se construye a partir de la definición del perfil deseable del egresado y es un emprendimiento académico y educativo

trascendente, pero es a su vez un desafío en el plano social que apunta a reubicar a la medicina y a los médicos en su rol de profunda y reconocida contribución al bienestar colectivo.

La formación de los médicos es una misión que la sociedad confía a la Facultad de Medicina. Esta misión debe ser cumplida en armonía y sinergia con la sociedad. La sociedad evoluciona: se vuelve más exigente, más demandante; a través de una mayor información, cuestiona, interroga y así crecen en forma exponencial las demandas legales. De esa manera el médico es interpelado, sea por la dimensión ética de la práctica médica, por su significado jurídico o por sus costos, y debe estar preparado para desempeñarse en este plano de exigencias.

Por otro lado, la atención de Salud no cesa de cambiar: la acumulación de conocimientos en las áreas biomédicas, la evolución constante de la tecnología, el desarrollo incesante de los medios de comunicación y una información que crece de manera exponencial, hacen que hoy día si un médico quisiera para estar actualizado prestar atención a todo artículo publicado en la literatura y/o toda innovación tecnológica, no le alcanzarían 24 horas en el día para hacerlo.

El profesional debe adquirir como componentes fundamentales de su preparación, la capacidad de incorporar continuamente y en equipo conocimientos y destrezas relevantes, y la formación para el trabajo en grupo que permita aprovechar y combinar las habilidades parciales en la excelencia colectiva.

Finalmente cambia también la educación médica, aparecen Nuevas Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones, conceptos y metodologías diferentes como el aprendizaje reflexivo, centrado en el estudiante, la metacognición o el constructivismo social, las nuevas formas de evaluación.

Gardner (14), Perkins (15) y otros, señalan nuevas concepciones en el aprendizaje como el *aprendizaje holístico* que es una forma constructivista de entender el aprendizaje centrada en los procesos de adquisición de conocimientos, según la cual el estudiante adquiere una comprensión más profunda al establecer conexiones entre las distintas áreas de conocimiento, entre el individuo, las comunidades y el mundo. Subrayan la importancia vital del aprendizaje reflexivo y del establecimiento de conexiones dentro de una pedagogía de la comprensión. Es decir: que los alumnos puedan reconocer las relaciones que existen entre las diferentes asignaturas y el mundo que les rodea, adaptarse a situaciones nuevas y combinar los conocimientos pertinentes con la inteligencia práctica y social a la hora de resolver problemas reales por sí mismos o en grupo.

Pero además de ello tenemos una exigencia regional; nuestra Facultad logró luego de un gran esfuerzo, una acreditación como Facultad de Medicina en el MERCOSUR y para mantener la misma debe cambiar y cumplir metas, un Plan de Mejoras, adaptarse a principios, criterios e indicadores consensuados en la región por el sistema ARCU/SUR.

La transformación incluye a toda la región, y se refleja en los estándares del MEXA, actual ARCU-SUR sobre competencias del médico: 2.1.1 “Resolver problemas en diferentes niveles de atención de Salud, con énfasis en la estrategia de atención primaria”.

En atención a esta realidad cambiante, y en sintonía con una reforma universitaria que se propone transformar la institución para mejor servir a la Sociedad, la Facultad definió en 2006 un nuevo perfil del médico, graduado con base en competencias, y construido a partir de los principios definidos por la Asamblea del Claustro en 1995.

Las competencias y el perfil que la Facultad de Medicina ha definido como esperable en el graduado de la carrera de Medicina, se fundamentan en una visión crítica precisa de la situación social, sanitaria y educativa y se traducen en objetivos y procedimientos de enseñanza-aprendizaje que permiten dar forma y contenidos a un plan de estudios articulado y renovado en 2009 para obtener esos perfiles.

¿Para qué, en definitiva, un NPE?

Para formar un médico que reúna las competencias definidas por la Facultad y consensuadas en los criterios MERCOSUR: que

- tenga una buena formación básico-clínica
- tenga los conocimientos necesarios para una buena práctica
- sea capaz de comunicar y comunicarse
- humanista, crítico, con altos conocimientos éticos
- esté preparado para investigar, educar y educarse
- preparado para trabajar en un sistema que priorice la APS
- adiestrado para el trabajo en equipo

Para poder cumplir estas metas y objetivos, se ha decidido que el NPE:

- esté centrado en el estudiante
- esté basado en objetivos de aprendizaje, fundados no solamente en la búsqueda de conocimientos (saber) sino en la adquisición de competencias (saber, saber hacer y saber ser)
- privilegie un aprendizaje activo del estudiante
- propicie y tienda a la utilización de TIC (tecnologías de la información y de las comunicaciones)

En el proceso de enseñanza – aprendizaje hemos asistido clásicamente a diferentes formas que se remontan en la historia: desde la clase magistral que era la única forma de aprendizaje antes de la imprenta hasta la actualidad en que podemos contar con numerosos medios para cumplir nuestro objetivo pedagógico; se conocen varios tipos de medios de aprendizaje pero cada uno de ellos presenta diferente grado de captación del conocimiento y retención de los mismos por parte del estudiante. Durante el proceso de aprendizaje se deben ofrecer oportunidades para lo siguiente:

En el área del conocimiento:

- Integración en forma interdisciplinaria
- Identificación de los principios

-
- Aprendizaje cooperativo
 - Disponibilidad de recursos de consulta
 - Discutir ideas alternativas y controversiales

En el área de la evaluación:

- Autoevaluación
- Evaluación por pares
- Evaluación por los docentes
- Evaluación formativa
- Evaluación continua
- Evaluación del estudiante al docente
- Evaluación de la actividad

En el desarrollo de habilidades:

- Práctica de destrezas y habilidades profesionales
- Habilidades de aprendizaje y autoaprendizaje
- Habilidades del manejo de la información
- Análisis crítico y evaluación de la evidencia
- Desarrollo de capacidades de trabajo en equipo
- Habilidades comunicacionales
- Conductas guiadas por principios humanísticos y éticos

2. PRESENTACIÓN DEL NPE

Estructura del NPE

El NPE se organiza en dos etapas principales de tres años y un internado obligatorio final de un año, o práctica pre-profesional supervisada y evaluada. Cada uno de los dos trienios comienza con un Ciclo Introdutorio respectivo de un semestre cada uno de duración y finaliza con un hemi-semestre cada uno de Metodología. La primera etapa (primer trienio) comprende un Ciclo Introdutorio y un segundo ciclo Básico-Clínico-Comunitario (BCC) donde el aprendizaje se organiza a partir de un doble origen: el aula y el laboratorio, por un lado, y el campo comunitario y clínico como fuente complementaria y articuladora de contenidos, prácticas y exigencias. El segundo trienio tiene también un semestre introductorio y un ciclo extenso de Medicina General Integral que culmina, como el BCC, con un tramo curricular centrado en la metodología científica. El currículum adopta un régimen de créditos que facilita la autodirección del aprendizaje, introduce cursos optativos y organiza sistemas renovados de evaluación estudiantil, de formación y de evaluación docente (ver Tabla 1 en Anexos). Encara el proceso de enseñanza-aprendizaje con una finalidad de inclusión. Al cabo de cuatro años, y con requisitos definidos, el estudiante podrá acceder al título intermedio de Técnico en Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades, permitiendo su incorporación laboral al equipo de atención, o la continuación de sus estudios de Medicina, de otros perfiles profesionales, de formación académica o de perfil docente.

El Técnico intermedio es en sí mismo un recurso incorporable a los equipos de Salud en la estrategia de APS, que estará disponible por miles en breve plazo para el desarrollo del SNIS en todo el país.

Los cambios no son sólo en la metodología y en el modo de encarar el proceso de enseñanza-aprendizaje, sino que además hay un novedoso e innovador cambio conceptual en el rol del docente, quién debe formarse para esa tarea como docente facilitador y no mero transmisor de conocimientos.

La transformación complementaria trascendente que acompaña los distintos ciclos radica en la ampliación de los escenarios de aprendizaje para incluir como ámbito fundamental de trabajo el primer nivel de atención en el camino de incorporación de la estrategia de APS.

En todos los niveles se encamina también el desarrollo de laboratorios de habilidades clínicas para la enseñanza en escenarios de simulación y el empleo de recursos virtuales, filmaciones, computadoras, acceso a redes, autoaprendizaje y autoevaluación.

La experiencia de trabajo comunitario se programa de modo que la interacción entre los equipos estudiantiles y docentes con el grupo social correspondiente tenga una continuidad y una coherencia a lo largo de los años, con valor formativo, pero también asistencial y social.

La incorporación del trabajo de campo en el primer nivel de atención para las carreras de la Facultad de Medicina en todos los niveles del aprendizaje constituye un ensayo organizado en gran escala de curricularización de la extensión, un objetivo clave del nuevo proceso de reforma universitaria.

La participación de estudiantes, docentes y graduados, en equipo, en el cuidado y promoción de la Salud de las personas, las familias y los grupos de población en los lugares donde ellos viven, trabajan o estudian, con plena participación social, es una actividad de interacción y aporte en doble dirección que se identifica en buena parte con la extensión, y que contribuye profundamente a la mejora formativa y al cambio del modelo de atención.

Características de los ciclos

En el **Ciclo Introductorio** se realiza el abordaje de problemas de salud en la comunidad en la modalidad de trabajo grupal. Centrados en los problemas, se integran los contenidos humanísticos, biológicos y cuantitativos, en un marco ético de servicio social.

El siguiente ciclo es el **Básico Clínico Comunitario (BCC)**, en el cual se abordan las bases morfológicas y funcionales del individuo normal o afectado por diversas patologías, y la exploración de las mismas. Se realiza el estudio de las estructuras y funciones de los aparatos y sistemas en el individuo normal o enfermo, abordando la anamnesis y exploración física e instrumental del continuo salud-enfermedad en todas las etapas del ciclo vital. Se realiza el aprendizaje grupal en el marco ético de la mejor relación médico-paciente y de la integración clínico-básica, básico-básica e interclínica. El escenario son las aulas y laboratorios básicos y de destrezas abordando los objetivos de aprendizaje a partir de diferentes situaciones clínicas. En paralelo se desarrollan actividades de promoción de salud,

preventivas y clínicas en la comunidad y primer nivel de atención, y de primeros auxilios en servicios y unidades de emergencia; estas actividades nutren el planteo de situaciones a resolver en los ejercicios de aprendizaje, enriqueciendo la vertiente de temas que derivan de las prácticas experimentales.

Al final de cada uno de los ciclos principales (BCC y Medicina General Integral), hay un ciclo de Metodología de medio semestre de duración.

En el **Ciclo Metodología I** se realiza el aprendizaje autodirigido en grupo con docente facilitador analizando trabajos y realizando diversas actividades de investigación; en paralelo, seminarios y pasantías electivas en laboratorios básicos y en equipos de investigación clínicos y comunitarios.

Posteriormente a nivel del 4º año, comienza el **Ciclo de Introducción a la Medicina General Integral**, siendo sus características la participación en la planificación, ejecución y evaluación de programas de atención de salud. Se realiza el estudio de la Salud personal, colectiva y sus alteraciones en seminarios y laboratorios, con anamnesis y exploración física e instrumental de pacientes en todas las etapas del ciclo vital y en todos los niveles de atención.

Se pasa luego al **Ciclo Clínica General Integral**, el cual está centrado en las consultas y enfermedades prevalentes. Incluye práctica en los tres niveles de atención y servicios de emergencia. Tiene un rol protagónico en la ejecución de seminarios de Patología y de Bioética. Está integrado por las Clínicas: Materno-Infantil, Clínica Médica, Quirúrgica, Medicina Familiar y Comunitaria y Especialidades clínicas.

Este último Ciclo concluye con un **Ciclo de Metodología II**, en el cual se realiza la integración plena a equipos de investigación preferentemente multiprofesionales y seminarios sobre aspectos especiales de la ética, patología polisistémica y sobre problemas médicos relevantes del entorno.

Finalmente el **Internado**, es el ciclo final de la carrera de Doctor en Medicina, el cual continuará con la misma característica de un internado obligatorio rotatorio. Se planifican cambios fundamentalmente en lo que se refiere a aspectos de apoyo formativo en la temática de destrezas y fundamentalmente en la evaluación.

3. DESARROLLO DEL PLAN - Los pasos iniciales y las innovaciones educativas aplicadas

En marzo de 2008 el Consejo de Facultad de Medicina designó una Comisión de Implementación (Cdel) del Plan. Este debía estar alineado no solamente a lo establecido en la elaboración del documento elaborado por el Claustro y aprobado por el Consejo, sino a su vez en los compromisos asumidos mediante el Plan de Mejoras del proceso de acreditación regional y la formación de recursos humanos para el nuevo SNIS.

Asesoramiento

En el período anterior a la puesta en funcionamiento del Plan se contó con el asesora-

miento de connotados especialistas internacionales como el Prof. Carlos Brailovsky de la Universidad Laval, Québec, Canadá, y el Prof. Venturelli de la Universidad de Mc Master, Hamilton, Canadá.

Por acuerdo firmado entre la UDELAR y la Universidad de Sherbrooke, Canadá en 2007, comenzó un asesoramiento de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Sherbrooke, que tiene una experiencia de más de 25 años en metodologías educativas centradas en el estudiante.

A partir de octubre de 2008, la Universidad de Sherbrooke (Québec) comenzó un asesoramiento que se plasmó en visitas a Uruguay y a Canadá, cursos a distancia, videoconferencias y documentos para uso interno docente; culminaron con la firma de un proyecto de cooperación financiado por la OPS a través de la modalidad TCC (Technical Cooperation among Countries).

Las tareas preparatorias abarcaron aspectos académicos, administrativos, de infraestructura y recursos, y de complementación con las transformaciones en marcha por el plan de mejoras de la carrera. Estas incluyeron como proceso clave el aumento de la proporción docente/estudiante y población/estudiante por incorporación de todos los docentes a las tareas docente-asistenciales y de investigación, la creación de múltiples unidades docente-asistenciales en todo el país por convenio con las instituciones del SNIS, la dedicación y la remuneración creciente de los docentes y la extensión de la práctica formativa a sitios del interior del país, así como el fomento de las actividades prácticas en todos los niveles del plan, el desarrollo de los laboratorios de habilidades clínicas y otros avances.

Con el antecedente favorable de la actividad honoraria de tutores estudiantiles, que fue ensayada en años previos con fuerte iniciativa de los alumnos organizados, se decidió la contratación para el comienzo del nuevo plan de 100 a 150 tutores para guiar el aprendizaje en pequeños grupos y el trabajo de campo, con supervisión de los docentes regulares de la carrera y de los coordinadores responsables organizados en el Departamento de Educación Médica.

Esto permitió iniciar los cursos 2009 con capacidad docente para atender 80 conjuntos de 15 estudiantes para el aprendizaje en pequeños grupos APG y 117 grupos de 8 a 11 estudiantes para trabajo de campo en comunidad TC, para una generación de ingreso que comenzó en marzo 2009 con 1112 estudiantes, en régimen de libre acceso.

Metodología y estructura de los cursos

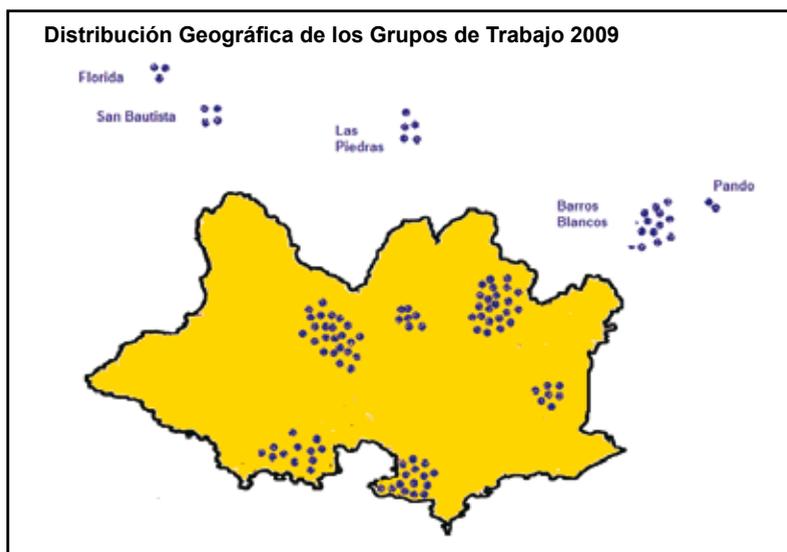
Hasta la publicación del presente capítulo, se lleva implementado menos de dos años de este Plan. Lo que se expone a continuación es la experiencia obtenida a lo largo de este tiempo.

Además de los talleres de bioética, habilidades comunicacionales, métodos cuantitativos y otras actividades teóricas, se instrumentaron 2 tipos de actividades principales:

Aprendizaje en Pequeños Grupos (APG). El APG sigue las consideraciones conceptuales del aprendizaje basado en problemas. Bajo la guía de un tutor, trabajaron en 2

instancias presenciales por semana, de un máximo de 3 horas cada uno de los días. Los problemas fueron elaborados buscando que se cumplieran los objetivos de aprendizaje definidos a partir de los objetivos generales de los cursos. Entre las dos instancias semanales del problema los estudiantes debían desarrollar el estudio personal que se estimaba de 10 a 15 h semanales. Este trabajo se planificó cuidadosamente, elaborando para cada problema, una guía de trabajo para el tutor, preguntas guías que ayudaran al tutor a que se cumplieran los objetivos definidos y un formulario para el estudiante de autoevaluación, que lo ayudaran a definir su grado de aprendizaje. Un aspecto remarcable en esta metodología, fue la introducción del mapa conceptual, descrito inicialmente por Joseph D. Novak. Es un instrumento que permite representar el conocimiento en forma práctica y sencilla y transmitir con claridad mensajes complejos, así como evaluar este conocimiento, constituyéndose en uno de los componentes objetivables de la evaluación continua. Tiene como propósito representar las relaciones que existen entre los diferentes conceptos a través de conectores (preposiciones).

Trabajo de campo (TC). Fue el elemento central del Ciclo Introdutorio, buscando la inserción temprana de los estudiantes en la comunidad sobre la base del abordaje de situaciones de salud reales. Se desarrolló en grupos integrados por 8 o más estudiantes, con la guía de un tutor, en distintos lugares de Montevideo, área metropolitana y Florida. Tuvo la misma carga horaria que APG, con dos instancias semanales de 3 horas cada una. En el transcurso del Ciclo cada grupo debió presentar dos informes de avance. Cada estudiante debía también generar un **portafolio**, que contara como elementos mínimos con un cuaderno de registro de actividades o cuaderno de bitácora, resumen de trabajos realizados, evaluación sobre el proceso de trabajo de campo, tres mapas conceptuales vinculados al TC, la entrevista desarrollada en el marco de los talleres de HHCC y una autoevaluación. El trabajo de campo del CI se continúa en el segundo semestre (inicial del CBCC) al final del cual presentan un informe final de primer año. La actividad en semestres subsiguientes se planifica para sostener y enriquecer la previamente realizada. El mapa siguiente da idea de la amplitud de la distribución geográfica de los grupos de trabajo de campo.



Plataforma Moodle

Como espacio de formación de los tutores: La plataforma Moodle se ha utilizado activamente en el curso de formación docente para los tutores y luego funcionó, aunque tal vez no con la intensidad deseada, como instancia de intercambio, comunicación y capacitación entre los mismos tutores y con los docentes del DEM y de las disciplinas a cargo de dicho espacio.

Las dificultades encontradas se centran en la heterogeneidad de la formación de docentes y estudiantes en esta metodología de enseñanza y aprendizaje, la que se optimiza con la práctica supervisada y la capacitación específica.

Como espacio educativo para los estudiantes:

El aprendizaje de Habilidades Comunicacionales tuvo como eje desde el comienzo el trabajo y desarrollo de tareas a través de este espacio, utilizando la herramienta en forma intensa y efectiva.

Los espacios de intercambio y consulta directa con otras disciplinas no fueron utilizados en la medida esperable, más allá de hacer accesible bibliografía básica.

Sirvió sí, en muchos casos, como un buen espacio de intercambio de cada grupo de APG entre sí y con su tutor, para la discusión de los problemas.

Finalmente, fue un medio importante para la comunicación de información desde la coordinación y las disciplinas, alcanzando de forma inmediata y uniforme a todos los estudiantes.

La puesta en práctica del Nuevo Plan en sus sucesivas etapas contó con la participación y el aporte de los estudiantes organizados, que integraron la comisión de implementación, las comisiones coordinadoras de los ciclos y diversos grupos de trabajo. De modo similar, estudiantes y graduados, junto a los representantes docentes, contribuyen a la gestión educativa e institucional en general desde el Consejo de Facultad, la Asamblea del Claustro y sus organismos anexos.

La dirección de la Facultad, que inicialmente organizó la Comisión de Implementación del NPE, seleccionó luego progresivamente los coordinadores del Ciclo Introductorio, del CBCC, les adjudicó responsabilidad sobre los módulos docentes respectivos, y finalmente transfirió la conducción del proceso de puesta en práctica del Nuevo Plan al mismo Departamento de Educación Médica, el equipo docente especializado en la disciplina. Se asignó su orientación al Profesor titular del DEM recientemente seleccionado, y se constituyó un grupo asesor especial para evaluar lo realizado y programar los pasos sucesivos.

La actividad de los tutores y su contribución a la instrumentación del NPE son una de las principales fortalezas del Plan. Se trata de estudiantes avanzados, graduados o docentes jóvenes que se capacitan para la tarea y se involucran en ella con especial dedicación y voluntad.

Actualmente la Facultad examina su perfil y características, buscando estabilizar la figura en sus aspectos formativos, equilibrar sus tareas y funciones, perfeccionar sus mecanismos de selección y combinarlos en el trabajo con el conjunto de los recursos docentes

de la Facultad, que a su vez encaminan su adaptación al proceso de transformación en marcha.

Supervisión capacitante

Además de la formación docente, los nuevos docentes debieron participar en actividades llamadas *supervisión capacitante*. Estas actividades son instancias obligatorias periódicas para los docentes de primer año a las cuales concurren junto a docentes de las disciplinas participantes en cada módulo o ciclo, coordinados por un docente del Departamento de Educación Médica. El objetivo es la formación permanente a través de experiencias vividas por docentes de primer año bajo la supervisión de docentes disciplinares que aportan su experiencia en la temática. La misma redundante en la capacitación del docente tanto a través de aspectos metodológicos como disciplinares.

Fortalezas y debilidades. Proyecciones futuras

1. Las dificultades encontradas

No fue posible contar desde el principio con un presupuesto extra que financiara el Plan. El presupuesto quinquenal universitario y nacional fue dispuesto antes de la implementación de los planes de mejora asociados a la acreditación regional y del Nuevo Plan de Estudios. Décadas de carencias y postergaciones no permitieron imaginar en 2005 la magnitud de las oportunidades y los planes de progreso a emprender.

Por otra parte, la normativa universitaria no permite la adjudicación de fondos a planes y transformaciones educativas antes de su aprobación por la autoridad institucional, cosa que ocurrió a fines de 2008, con un presupuesto universitario 2009 y 2010 ya totalmente definido e inextensible.

La planificación estratégica que incluye las transformaciones previstas y su financiación sólo fue posible en 2010 hacia el nuevo quinquenio, y fue detalladamente realizada por el equipo técnico designado por el Consejo de Facultad.

En el interín, la disputada asignación de partidas universitarias temporales y la trabajosa pero positiva elaboración de acuerdos con el Sistema de Salud permitieron sumar recursos humanos y materiales necesarios, desarrollar nuevas estructuras (ejs. Bioética, Medicina Familiar y Comunitaria, Laboratorio de Habilidades Clínicas, Unidades Docente-Asistenciales, tutores) para poner en práctica las reformas imprescindibles. En este panorama, la Facultad avanzó en la formación para la APS más rápido que la propia implementación de la APS y la asignación de recursos para la misma por el Sistema de Salud.

Pasar de una metodología tradicional a otra centrada en el estudiante, en metodología de trabajo grupal coincidente con los criterios y guías Mercosur, requiere un incremento en horas docentes, una incorporación de todos los docentes a la función enseñanza, una adecuación de la relación docente - estudiante - población atendida, con implementación de nuevos ámbitos de práctica, laboratorios de autoaprendizaje, recursos virtuales y situaciones de simulación, mejora de la infraestructura edilicia y adquisición de materiales acordes a las exigencias del Nuevo Plan.

Supone un progreso material pero también conceptual, que incluye además la necesaria construcción del soporte administrativo y la estructura de gestión acorde a la importancia del proceso de implementación del nuevo plan, abordada desde el inicio con una doble o triple visión: en lo inmediato y a mediano y largo plazo. Recién a los 15 meses de implementado el plan logró aprobarse en forma consensuada un Reglamento que normatizó en lo formal los aspectos técnico-administrativos del Plan.

Otro elemento importante de dificultad ha sido la insuficiente difusión del Plan, de sus detalles e implicancias en responsabilidades personales y grupales; un traslado difícil al conjunto del demos de la Facultad de Medicina del largo, franco y rico proceso de discusión de más de 10 años que llevó a la aprobación del nuevo diseño curricular. Esta dificultad no es exclusiva del Nuevo Plan, sino que es común a la mayor parte de las transformaciones emprendidas: el plan de mejoras vinculado a la acreditación MEXA, los convenios asociados a las Unidades Docente - Asistenciales y al Hospital de Clínicas, etc.

Al tiempo que debió atenderse la necesidad imperiosa de comenzar a aplicar el Plan habida cuenta de los plazos que corrían inexorablemente para formar recursos hacia el nuevo modelo sanitario en cumplimiento de los requisitos de la acreditación regional, el conjunto de la Facultad, de la Universidad y de sus órganos de dirección se vio envuelto en 2009 en un extenso y complejo debate en torno a la falta de integración del Hospital de Clínicas al nuevo SNIS, con los conflictos, discusiones y desgaste de horas y energías que debieron distraerse de otras tareas.

La insuficiente difusión alimentó controversias, las que complicaron por ejemplo la necesaria integración básico-clínica en esta primera etapa, a pesar de que ha habido avances muy importantes. Pusieron de manifiesto que existe también una necesidad muy fuerte de integración básico-básica y clínico-clínica en las que hay que trabajar.

En todo proceso de puesta en práctica de una reforma curricular se expresan las fuerzas de su construcción por un lado, por el otro las que conforman por diversas razones la resistencia al cambio, y en el medio el gran contingente de los indiferentes, mal informados o aparentemente ajenos al proceso. El retraso en la difusión y manejo crítico del plan por el conjunto del demos retrasa la incorporación de estos últimos a las filas del grupo involucrado en el progreso de la iniciativa.

Un difícil objetivo presente en el Plan, materializado por ej. en la aprobación del título intermedio que contiene y del sistema de créditos, ha sido ofrecer al estudiante una flexibilidad curricular que le permita realizar cambios de orientación en la misma Facultad o desde y hacia otra/s facultad/es o escuela/s tanto a nivel nacional como internacional. Esto a la vez requiere la puesta en práctica, retrasada, de un conjunto de acuerdos de validación recíproca intra e interfacultades, y la aún pendiente concreción por los Servicios docentes de ofertas de materias electivas que faciliten la autoconstrucción y reorientación del currículum.

2. Fortalezas

La fuerza social básica de estas transformaciones radica en los destinatarios de la formación que se optimiza, los estudiantes organizados, y en los beneficiarios sociales de

la actividad de los nuevos técnicos en formación, es decir, la población a través de sus estructuras representativas.

Uno de los factores más favorables para su construcción es el contexto nacional regional e internacional que promueve un cambio del modelo de atención de Salud para beneficio de la población. El nuevo modelo de atención requiere la actividad de un nuevo tipo de profesionales que a la vez operan como modelo formativo en las nuevas orientaciones del Sistema.

La puesta en práctica del nuevo currículum, con su progresiva inserción formativa en el ámbito comunitario y la construcción simultánea de las estructuras docentes que la facilitan, se desarrolla al mismo tiempo que se implementan en el SNIS las políticas de priorización del primer nivel de atención y la estrategia de APS, permitiendo un provechoso proceso de complementación docente-asistencial.

El Plan surge, se aprueba y comienza a implementarse en paralelo con una política definida del país en materia de modelo de atención de Salud. Así al cambio en el modelo de gestión y de financiación, se le sumó el cambio en el modelo de atención que ubica la piedra angular del nuevo sistema en la Atención Primaria en Salud, con un trabajo médico a nivel de la comunidad y no de tipo hospitalo-céntrico, en un marco de trabajo social, donde se valoran y respetan aspectos tales como las habilidades de la comunicación, la ética y el humanismo. Ese médico formado con tales valores además de una sólida base de conocimientos biológicos y de metodología científica deberá estar preparado para aprender a lo largo de toda su vida, actualizarse e interactuar en equipos de salud. Además aplica metodologías educativas de vanguardia las cuales ya han demostrado su eficacia en numerosas universidades del mundo entero.

El Plan utiliza metodologías centradas en el estudiante y no en el docente o el contenido, estimula el autoaprendizaje y suma a las metodologías de evaluaciones clásicas, la evaluación continua, reflexiva, la auto y co-evaluación entre otras.

Fomenta el trabajo grupal y no la actividad aislada individual, lo que lo acerca al objetivo del trabajo en equipo de Salud inter y transdisciplinario.

La práctica formativa en el Nuevo Plan promueve la inclusión social, al permitir que miles de jóvenes que en su gran mayoría no alcanzan la 3ª década de la vida, tengan oportunidad de conocer precozmente la realidad sanitaria del país, tengan aproximación reflexiva a muchos de los problemas sociales que enfrenta la población, tomen contacto con ciudadanos en una realidad muchas veces diferente a la de su propio entorno, y contribuyan a su mejora a través de su práctica formativa. Estas personas, familias o grupos sociales a las cuales se aproximan en su comunidad, su trabajo, su centro de estudio o vivienda, están expuestas a enfermedades, adicciones, accidentes diversos, violencia, ignorancia y condiciones sociales en las cuales la intervención del equipo de salud puede resultar importante junto al de otros trabajadores sociales (vivienda, educación, ambiente) para promover su bienestar.

Los estudiantes de Medicina desde el primer semestre y a lo largo de toda la carrera, desarrollan actividades de promoción, de educación para la salud en forma obligatoria y

presentan “trabajos con la comunidad” que pasan desde la caracterización de la zona, el desarrollo de programas locales preliminares en promoción de salud o en educación para la salud, la realización de diagnósticos de situación de salud comunitarios participativos, la planificación y ejecución de programas locales participativos con su correspondiente evaluación y la realización de estudios epidemiológicos con la comunidad.

Esta continuidad anual del trabajo comunitario es mantenida al menos durante tres años de la carrera, enfatizando en la importancia de hacerlo durante los 7 años del Nuevo Plan de Estudios. (Este trabajo tiene un peso importante en la evaluación continua y en la sumativa).

La existencia de miles de estudiantes divididos en grupos de 10 a 15 para la realización del trabajo con la comunidad tiene una importancia superlativa en el proceso de extensión universitaria y de inclusión social al permitir llegar a estudiantes universitarios a trabajar con las comunidades en la realización de sus trabajos y desarrollar de esta manera, una “historia en común”, durante largos periodos de la carrera.

El nuevo plan beneficia directamente al estudiante ya que enfoca el proceso de enseñanza-aprendizaje con el objetivo de incluir, facilitar y promover la continuidad formativa y la culminación exitosa de los estudios de todos, evitando la mera selección impersonal de los circunstancialmente más capaces por características personales, historia o estímulo previo. Esta orientación de inclusión se apoya y a la vez fortalece una de las líneas principales de la nueva reforma universitaria UdelaR.

La creatividad, dedicación y especial compromiso constructivo de los tutores para el aprendizaje en pequeños grupos o el trabajo de campo constituye una de las principales fortalezas que cultivan la Facultad y el DEM en el proceso de construcción del Nuevo Plan. Esta figura docente, que incluye a estudiantes avanzados y nuevos profesionales, permite encauzar la energía joven de apoyo a las transformaciones y requiere el sostén material y conceptual de toda la institución para aportar estabilidad, eficiencia y perfil de máximo provecho a su actividad en todas las funciones.

El título intermedio de Técnico en Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades aporta al SNIS un recurso humano necesario, hasta ahora inexistente que va a tener un rol sumamente importante en los equipos del primer nivel de atención del nuevo Sistema, y que conviene recibir y aprovechar plenamente en toda su potencial riqueza.

Finalmente marcamos como especial fortaleza del plan la oportunidad de iniciar su aplicación en distintos puntos del país, en consonancia con el programa de descentralización universitaria, o de construcción de nuevas centralidades. A través del mismo, y en combinación con el desarrollo del SNIS a nivel nacional, se podrá lograr la formación de médicos y de técnicos de la Salud en general, en un primer tiempo en aquellas localidades donde existen ya servicios docentes o tramos formativos estables, tales como Canelones, Florida, Tacuarembó, Salto y Paysandú. Pero más adelante en otros, atendiendo al principio de que si se quiere formar médicos que trabajen en el interior del país, en las regiones más desprovistas y postergadas por la medicina y la atención de Salud, hay que formarlos en el interior, en contacto con la misma realidad que deben atender.

Futuro

El Nuevo Plan de Estudios es un emprendimiento académico trascendente, pero es a la vez un desafío en el plano social que apunta a reposicionar a la Medicina y a los médicos en su rol de profunda y reconocida contribución al bienestar colectivo.

Da respuesta a la demanda de un profesional próximo a la comunidad en su rol de trabajador social, y competente en su capacidad técnica de cuidar la salud de las personas y los grupos de población.

Atiende al cambio del Sistema de Salud y al nuevo modelo de atención, con una formación orientada al trabajo en equipo, óptima capacidad de comunicación humana y conducta ética.

La decisión institucional de construcción de un nuevo Plan de Estudios de la carrera de medicina coloca a todos los actores de la Facultad, docentes, estudiantes, egresados, funcionarios, en el compromiso de contribuir a un proceso de transición curricular que promueve avances educativos consistentes con los criterios regionales que orientan los procesos de acreditación, y con las líneas de desarrollo del Sistema de Salud que nuestra sociedad y la comunidad internacional priorizan. Es deber colectivo ineludible asumir esta oportunidad y culminar con éxito este desafío.

BIBLIOGRAFÍA

1. Facultad de Medicina. Reseña Institucional. Accesible en: <http://www.fmed.edu.uy/index.php?ref=info> Consultada: 24/08/2010.
2. ¿Qué está haciendo la Universidad? Rendición Social de Cuentas 2007. Disponible en: http://www.universidadur.edu.uy/memoria/pdfs/rendicion_social_2008.pdf Consultado el 24/08/2010.
3. Sobral D, Mejia A. La Escuela de Medicina de la Universidad de Brasilia (Brasil) 1966-1976. Accesible en: [http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_70_\(chp3\)_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_70_(chp3)_spa.pdf) Consultado el 16 setiembre 2010.
4. La Construcción del SNIS. Ministerio de Salud Pública. Accesible en: http://www.msp.gub.uy/ucsnis_2967_1.html Consultado el 10 setiembre 2010.
5. Información sobre reforma Universitaria. Accesible en: <http://www.universidad.edu.uy/renderPage/index/pageld/499> Consultado el 10/09/2010
6. Informe de cumplimiento del Plan de Mejoras, Carrera de Medicina UdelaR, que permitió acceder a la acreditación MERCOSUR. Febrero-Mayo 2007. 135 pp. Puesta al día de programas y planificación de mediano plazo. L.A. Calegari, L.E. Carbajal, T. Ceretti, D.Domenech, F.Ferrando, L.Llambí y otros.
7. Schelotto, F. La Universidad de la República y el SNIS. Cuadernos del CES 1, pp 145-154, 2008. Centro de Estudios de la Salud, Uruguay. <http://www.smu.org.uy>
8. Schelotto, F. La Facultad de Medicina a la hora del Cambio. Cuadernos del CES 3, pp59-65, 2008 <http://www.smu.org.uy>
9. Schelotto F, Domenech D. Un Nuevo Plan de Estudios. Editorial. Schelotto F, Domenech D. Rev Med Urug 2008; 24: 227-229
10. Ferrando F, Domenech D, LLambí L, Schelotto, F. Los cambios, la Facultad de Medicina y el SNIS. Revista opción médica Año 1 N° 1 - julio de 2009

-
11. Henderson E, Vignolo J, Garces, G, Schelotto F Nuevo Plan de Estudios de la carrera de doctor en medicina. Revista opción médica Año 1 N°. 4 - diciembre de 2009.
 12. Mercosur Educativo: Medicina: Dimensiones, componentes, criterios e indicadores para la acreditación ARCU-SUR. Marzo de 2010.
 13. OMS. 20 maneras en que la Organización Mundial de la Salud ayuda a los países a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio. WHO/DGO/2010.3 Teleaccesible en: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/20ways_mdgs_20100517_es.pdf Consultado el 10 octubre 2010
 14. Gardner H. Intelligence Reframed. Multiple intelligences for the 21st Century. Ed Copyrighted Material, New York, 1999.
 15. Perkins, D. N. (1992). Technology meets constructivism: Do they make a marriage? In T.M. Duffy & D. H. Jonassen (Eds.), *Constructivism and the technology of instruction: A conversation* (pp. 45-55). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

**EXTENSIÓN UNIVERSITARIA.
INSERCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LA CIUDAD DE
BARROS BLANCOS
CENTRO CÍVICO SALVADOR ALLENDE.
2008-2010**

Dr. Julio Braidá.*
Dr. Simón Centurión.**.

Colaboradores:
Dra. Cristina Desiderio.#
Dra. Silvana Gianoni.#
Dra. Agustina Terra.§
Dra. María Laura Lagreca.§

* Coordinador de la Policlínica del Centro Cívico Salvador Allende por el Dto. de MFyC. Médico de Familia y Comunitario de ASSE en Colonia Nicolich. Coordinador del Ciclo Básico Clínico Comunitario del Nuevo Plan de Estudios de la F de Medicina por el Dto. de MFyC. Tutor de Residentes de MFyC

**Asistente del Dpto de Medicina Familiar y Comunitaria. Fac de Medicina. UDELAR

Residente 3 de Med Familiar y Comunitaria. Fac de Medicina, UDELAR

§ Residente 2 de Med Familiar y Comunitaria. Fac de Medicina UDELAR

1. INTRODUCCIÓN

La inserción del departamento de medicina familiar y comunitaria en la Ciudad de Barros Blancos está orientada a brindar un servicio de asistencia, docencia en pre y postgrado e investigación en el marco de la extensión Universitaria.

Este proyecto es viable por la confluencia de cambios que se vienen procesando en diferentes sectores de la sociedad generando una encrucijada de oportunidades:

- a) Una comunidad que exige un sistema sanitario con una perspectiva integral y holística.
- b) El nuevo sistema nacional de salud.
- c) El nuevo plan de estudio de la Facultad de Medicina. La nueva estructura del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria
- d) El proceso de descentralización de la intendencia municipal de Canelones.

Dos años es poco tiempo para demostrar que esta experiencia es exitosa. Pero esperamos demostrar que se está en un buen y sustentable camino y que lo más significativo está por venir.

2. CONCEPTOS RELEVANTES QUE HAN SIDO ADOPTADOS POR EL EQUIPO DE TRABAJO

2.1 Concepto de salud comunitaria.

La salud comunitaria representa un avance más en la evolución de la salud pública. Es conocida como la nueva salud pública.

La salud comunitaria introduce la responsabilidad y participación de la comunidad en la planificación, la administración, la gestión y el control de las acciones que conducen a un óptimo estado de salud de sus integrantes.

Según Conill y O'Neill¹ la salud pública equivale a la salud comunitaria si se le añade el polo participativo de la comunidad.

2.2 Concepto de Salud Familiar y Comunitaria.

La salud familiar y comunitaria se construye desde la cotidianidad de los individuos, es allí en el diario vivir, en las expresiones corporales, los hábitos, los gestos, los alimentos, la higiene, la sexualidad, entre otros donde se gesta la salud.

2.3 Concepto de comunidad.

Personas, familias, organizaciones sociales e instituciones que comparten problemas y percepciones sobre una realidad o situación común, pudiendo habitar o no en un sector geográfico determinado.²

¹ Conill, E. M. et M. O'Neill (1984). « *la notion de santé communautaire: éléments de comparaison internationale.* » Canadian Journal of Public Health 75: 166-175

² OPS/OMS. Planificación Local Participativa: Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe. Serie Paltex para ejecutores de Programas de Salud N°41. Canadá 1999

2.4 Concepto de participación Comunitaria.

Es el proceso conciente por el cual la comunidad siente, analiza y prioriza sus problemas para luego decidir y actuar para solucionar los mismos, asumiendo la responsabilidad que garantiza el proceso. La participación ha sido definida como indispensable para la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS)

2.5 Concepto de Atención primaria de la Salud.

“Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”. Alma Ata 1978.

2.6 Concepto de Promoción de Salud.

La carta de Ottawa³ establece que la promoción de salud es el proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud, ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla.

Se basa en los siguientes principios:

Afecta a las personas en su vida cotidiana. Pretende influir en los determinantes de la salud. Combina métodos y enfoques que son diferentes pero complementarios. Busca la participación de la población en su conjunto. Los profesionales de la salud actúan como facilitadores de la promoción de la salud.

2.7 Concepto de equipo de salud del Primer Nivel de Atención.

El equipo de salud lo entendemos como una estructura organizativa, funcional, flexible. Integrada por profesionales, técnicos, representantes de la comunidad, que desarrollan actividades de APS con el objetivo de contribuir a mejorar la salud de comunidad.⁴

2.8 Concepto de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC).

Para Mc Whinney⁵, la MFyC posee un conjunto definido de conocimientos, habilidades y un área de investigación y posee un ámbito propio de actividades. Su ámbito de acción es el primer nivel de atención y las estrategias tales como la APS y promoción de salud encuentran en este el mayor espacio para su desarrollo. El enfoque comunitario le permite una valoración desde la medicina colectiva utilizando herramientas epidemiológicas, realizando diagnósticos de comunidades e interviniendo en las mismas. La organización mundial de médicos de familia (WONCA) la define como “la especialidad medica que brinda cuidados integrales de salud al individuo a la familia y la comunidad” y Lemus Elia Rosa⁶ la define como “la especialidad efectora de la APS, que posee un cuerpo de conocimientos propios, con una unidad funcional conformada por la familia el individuo y la comunidad y tiene como base el método clínico epidemiológico y social integrando las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta”.

³ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Ottawa, 21 de noviembre de 1986

⁴ Zurro M; Cano Pérez, J.F. Atención Primaria de Salud Capitulo 1. En Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Cuarta Edición. Harcourt Brace. Madrid. España.1999

⁵ McWhinney, Ian R. An Introduction to Family Medicine. Oxford University Press. New York. 1981

⁶ Lemus Elia Rosa, Borroto Eugenio Radamés, Aneiros-Riba R.

Atención Primaria de Salud, Medicina Familiar y Educación Médica, Biblioteca de Medicina Volumen XXXIV, La Paz, 1998 . Disponible en línea en: http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/17_borroto_eugenio_radames_1.doc

2.9 Concepto de Extensión Universitaria.

Definición de la extensión universitaria de la Federación de Estudiantes Universitarios de la IX Convención “Universidad para el Pueblo en 1999” que dice: “no podemos concebir la función de la extensión universitaria, desvinculada de las otras dos funciones básicas, la enseñanza y la investigación. La extensión no solo es un proceso de formación integral a través del cual se corresponsabilizan problemáticas sociales definidas con el aporte del conocimiento generado, sino que es fuente de información principal para la planificación de la enseñanza formal universitaria y para el direccionamiento de la investigación científica. Es por tanto la función que sirve de guía política a la institución, garantizando la pertinencia social del trabajo en la universidad”. El documento propone la creación de una unidad académica que contribuya a desarrollar y fortalecer la función de extensión en la Facultad.

3. ANTECEDENTES

El proyecto se inicia con el acuerdo interinstitucional entre Facultad de Medicina (FM), el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria (Dto. MFyC), Intendencia Municipal de Canelones (IMC) y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Esta experiencia comenzó en abril de 2008 con la inauguración de la policlínica Entre Todos, debido a la necesidad de iniciar el curso de pregrado y postgrado desde el inicio del año lectivo, teniendo en cuenta que el Centro Cívico Salvador Allende (CCSA) llevaría uno mes en completar las reformas que lo habilitarían para su inauguración el 8 de julio del mismo año con la presencia de la presidenta de Chile Michelle Bachelet.

El 5 de agosto de 2008 se inició la actividad en la policlínica siendo una de las dos instituciones que inauguraron la actividad en el CCSA, transformándose en referencia para este durante el segundo semestre de 2008.

Los recursos humanos y materiales son aportados por las distintas instituciones participantes:

FM: un docente grado 2 del Dto. MFyC, 9 tutorías de grupos de estudiantes del ciclo introductorio de la carrera de doctor en medicina.

Comuna Canaria: un docente grado 2 del Dto. MFyC durante el periodo 2008-2009. El espacio físico en el CCSA.

ASSE: una Aux. de enfermería, una Aux. de servicio, una Aux. administrativa, farmacia y los materiales necesarios para el funcionamiento de la policlínica.

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES): el programa INFAMILIA por convenio con ASSE, compró parte del equipamiento de los consultorios.

4. CONTEXTO SANITARIO Y SOCIO-POLÍTICO

Cuando comenzamos este proyecto coincidieron varios procesos de reformas en diferentes instituciones, cambios en el sistema nacional de salud (SNS), en la Universidad de la República (Udelar), en FM, Dto. MFyC y en la IMC.

Desarrollaremos brevemente estos procesos.

4.1 El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), presenta como pilares el cambio en la Gestión, en la Financiación y en el Modelo de Atención a la Salud, el eje de éste último pilar es la estrategia de la Atención Primaria de Salud (APS) y la consolidación de un primer nivel de atención continente y resolutivo que permita una atención integral a la salud, promoviendo a su vez la participación comunitaria en defensa de la salud como un derecho.

4.2 En el proceso de la segunda reforma de la U de la R se entiende insoslayable descentralizar la enseñanza terciaria en el país.

En tal sentido la **FM** ha procesado cambios que se inician con el perfil del egresado definido por el claustro en 1996: “Un médico responsable, con sólida formación científica básico – clínica, capaz de comunicarse adecuadamente en su misión de prevenir, curar y consultar, profundamente humanista, crítico, preparado para investigar, educar y educarse, dispuesto siempre a aprender, proporcionándole durante su preparación las herramienta metodológicas para tal fin, comprometido con la ética, preparado conscientemente para trabajar en un sistema que priorice la atención primaria de la salud, adiestrado para interactuar armónicamente con los otros profesionales”.

La asamblea del claustro de la FM, aprobó en diciembre de 2007 el nuevo plan de estudios para la carrera de Dr. en Medicina. Este prioriza y atraviesa toda la enseñanza de pregrado por tres pilares: metodología de la investigación, bioética y el ámbito comunitario, incorporando precozmente el estudiante a la comunidad y sus instituciones para trabajar en ella, vinculándose a los servicios de salud del primer nivel de atención, desarrollando en este ámbito el aprendizaje clínico en contacto con el paciente desde el primer año de la carrera y la incorporación del método científico aplicado a todas las actividades.

Se introduce un título intermedio de técnico en promoción de la salud y prevención de enfermedades, promoviendo la integración básico-clínica y acortando la carrera a siete años.

4.3 El Dto. de MFyC de FM se ha ubicado como uno de los ámbitos centrales en la formación del egresado de la carrera de Dr. en medicina y responsable del postgrado en la especialidad de MFyC. El desarrollo de este departamento ha sido un proceso complejo dado por la creación de la residencia de MFyC por el MSP que se inicia en el año 1997 con el ingreso de 4 residentes de la especialidad. En el año 2001 se creó el postgrado MFyC, la Escuela de Graduados de la FM responsabilizó de esta tarea al Dpto. de Docencia en Comunidad.

El número de cargos de residentes por año aumentó progresivamente hasta ser 40 en el año 2009.

En el año 2004 se generó una estructura transitoria la que en el 2007 a través de una reestructura se transformó en el Dto. de MFyC actual, pasando a tener docentes que son mayoritariamente formados en la especialidad y docentes de otras especialidades, para generar un médico acorde con el perfil que definió el claustro de la FM.

En el marco de esta nueva estructura docente se adquieren nuevas responsabilidades en

la formación de pregrado (que incluyen la enseñanza de las actividades comunitarias y clínica en el primer nivel de atención), pasando a tener estudiantes de 1º y 6º año de FM hasta el 2006, a tener en el año 2007 estudiantes de 1º, 2º, 3º, 4º y 6º año. Y a partir del año 2009 con la implementación del nuevo plan de estudios, se integran progresivamente estudiantes de pregrado durante toda la carrera.

4.4 La propuesta de **Descentralización de la Comuna Canaria** orientada a fortalecer la gestión y la participación de la ciudadanía, crea nuevas centralidades locales. En este marco surge como herramienta el desarrollo de los centros cívicos en diferentes ciudades y localidades del departamento, siendo el CCSA de Barros Blancos el primero en funcionar.

El Centro Cívico presenta las condiciones ideales para el desarrollo de este proyecto. Permite por su posición geográfica coordinar estratégicamente con el resto de los actores de salud así como establecer una coordinación intersectorial, interinstitucional e interdisciplinaria inédita en el país, ya que en el CCSA se encuentran presente diferentes instituciones: Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Ministerio del Interior a través de policía comunitaria, junta de ediles de Barros Blancos, oficina de la Junta Local de la Comuna Canaria, ASSE, Servicio de Orientación Consulta y Articulación Territorial (SOCAT), Grupo Interinstitucional Especializado en Dificultades de Aprendizaje (INTERIN), Centro Educativo de Capacitación y Producción (CECAP) del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Instituto de la Niñez y la Adolescencia (INAU), Centro de atención Ciudadana (CAC), Espacio de Formación e Información Ciudadana (EFIC), Asociación de Discapacitados y Familiares, Centro Uruguayo de Tecnologías Apropriadas (CEUTA), Grupo de Usuarios del Servicio de Salud, Dto. de MFyC de FM.

En este contexto se inicia y desarrolla este proyecto que da un gran impulso a el primer nivel de atención en el marco de la extensión universitaria, fundamentalmente en la zona este de Canelones en coordinación con la comuna Canaria y ASSE. El objetivo es enriquecer la infraestructura existente con el componente académico brindando una atención y una actividad docente de alta calidad con énfasis en la promoción de salud, en beneficio de los usuarios que son el destinatario más importante de la propuesta.

5. CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA

5.1 Antecedentes Históricos

Este lugar se denominaba Barros Blancos, debido a la huella que dejaban las carretas cuando previamente habían transitado por esta localidad, esto ocurría por el tipo de suelo de este lugar. En 1963 recibió la categoría de “pueblo”. Por decreto-Ley N° 14.538 del 25 de Junio de 1976 a esta localidad se le había dado el nombre de Capitán Juan Antonio Artigas en honor al abuelo de nuestro prócer, que fue el primer poblador de la zona; en 1994 se lo catalogó como ciudad, y por Ley N° 18.136 del 11 de Junio de 2007, se le devolvió el nombre original de Barros Blancos.

5.2 Características geográficas

La Ciudad de Barros Blancos se encuentra ubicada al sur este del Departamento de Canelones, incluida dentro del área metropolitana de Montevideo. se extiende desde el

Km. 22 al Km. 29 de la ruta 8, limitando al sur con la ruta 101, al norte con el camino José Gervasio Artigas, al suroeste con el departamento de Montevideo y al noreste con la ciudad de Pando.

El Centro Cívico Salvador Allende se encuentra ubicado en el Km. 23.800 de la Ruta 8 y 1,5 kilómetros al sur de éste se encuentra la policlínica Entre Todos.

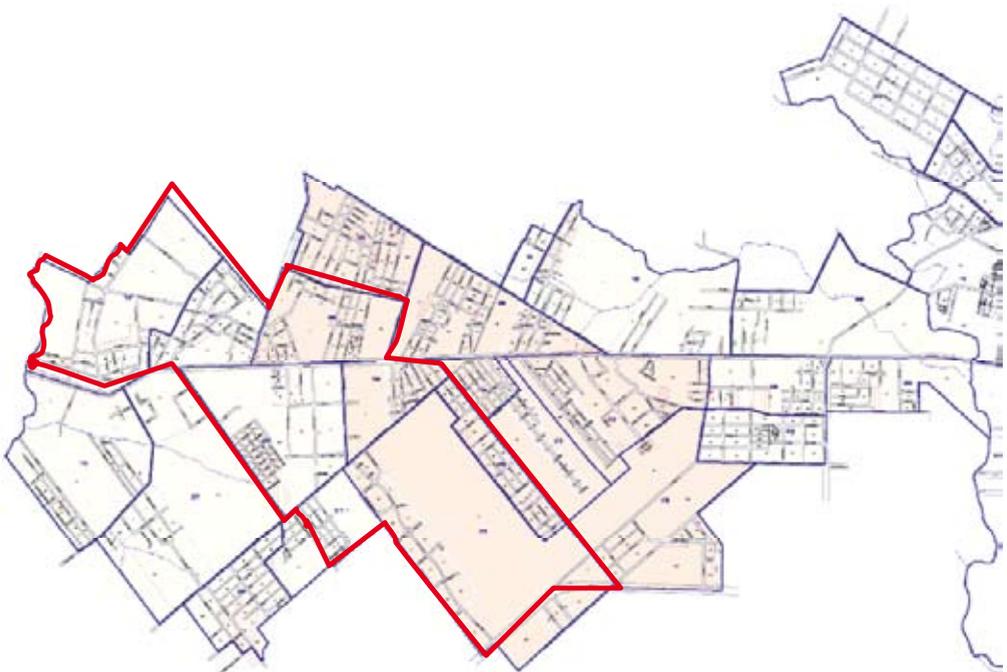
El área de influencia del Centro Cívico Salvador Allende (CCSA) y la policlínica Entre Todos se encuentran delimitados: Al Norte Calle “Los naranjales” (Villa Manuela) y Ruta 8, al Sur la Ruta 101, al Este Ruta 74, Calle “Los paraísos”, Calle 21 de Setiembre, al Oeste el Arroyo Toledo, camino Paso Escobar, camino Arroyo Cuñapirú (ver cuadro 1).

Las Villas de referencia son: Las Flores, Electrón, Universitaria, Bella Vista chico, Bella Vista grande, Altamira, Manuela, La Loma. Parte de éstas están compuestas por asentamientos irregulares entre los que se destacan por sus dimensiones Paso Escobar, Capitán Artigas y Villa Unión.

Cuadro 1

MAPA Barros Blancos

-----Zona de Referencia



5.3 Características de la Población

La ciudad de Barros Blancos contaba con una población de 28.610 habitantes con una distribución etárea más joven que la de todo el Departamento y la del País: (65 y más años: 9,5% para Barros Blancos, 12,25% para Canelones y 13,4% para todo el País) según datos del último censo INE 2004.

Actualmente desde la Comuna Canaria se estima en 40.000 habitantes la población teniendo en cuenta los asentamientos irregulares no censados más los que se desarrollaron en los últimos 6 años.

De los datos obtenidos en el diagnóstico de situación de salud del periodo 2008-2009 surge que la población que estamos analizando se corresponde con una pirámide poblacional de tipo “pagoda”, tiene base ancha y disminuye rápidamente hacia el vértice; corresponde a poblaciones jóvenes con alta natalidad y bajo nivel de desarrollo (ilustración 1).

Se diferencia por lo tanto de la pirámide de población del Uruguay que es de tipo campana que corresponde a poblaciones estacionarias y envejecidas, con características similares a países desarrollados (ilustración 2).

Según el mismo diagnóstico de salud, predominan las enfermedades transmisibles sobre las crónicas, con un alto índice de pobreza (54 %) e indigencia (21%) (ilustración 4), bastante superior al resto del Uruguay, Bajo nivel educativo (15% tiene primaria incompleta) y existe una alta tasa de embarazo adolescente (36%).

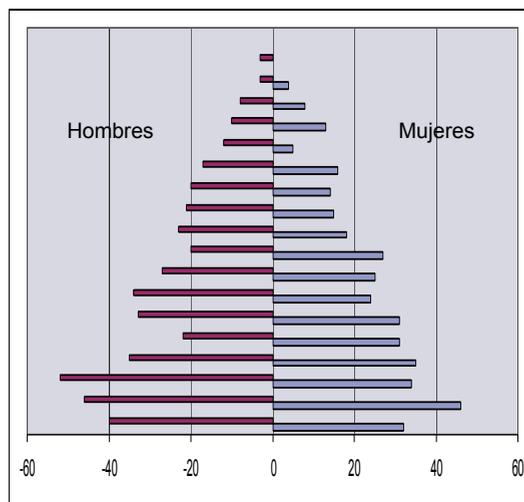


Ilustración 1
Pirámide poblacional de la zona de referencia



Ilustración 2
Pirámide poblacional Uruguay 2005

5.4 Recursos y servicios de Barros Blancos.

La ciudad cuenta con 8 escuelas públicas, una privada, 2 liceos (uno de primer ciclo y otro de segundo ciclo), un centro UTU, 6 Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF) y varias instituciones privadas de educación preescolar, 9 Clubes Sociales y Deportivos, entre otras instituciones.

Con respecto al transporte, cuenta con servicios locales, departamentales e interdepartamentales.

5.5 Descripción de los Servicios de Salud.

Sector Público: existe una red de 7 policlínicas de primer nivel de atención en Barros Blancos dentro de las que se encuentran las policlínicas CCSA y Entre Todos.

Las Policlínicas coordinan con otros niveles de atención: Salud Mental de Pando y Centro Auxiliar de Pando ubicado a 8 Km. de nuestra zona, (15 minutos en ómnibus aproximadamente) que brinda Servicio de urgencia- emergencia 24 horas y especialidades básicas. Desde allí se coordina a un segundo y tercer Nivel de Atención, Hospital Pasteur, Centro Hospital Pereyra Rossell (CHPR), servicios pertenecientes a ASSE.

Sector Privado: existen 5 policlínicas de diferentes mutualistas y un servicio de emergencia móvil privado.

Estructura Física de las 2 policlínicas desde las que se desarrolla la propuesta: Cuentan con 7 consultorios, 2 salas de enfermería, 2 salas de administración, 2 farmacias, 1 sala de reuniones, 2 salas de espera y 1 sala de conferencias para 100 personas del CCSA de uso compartido.

5.6 Recursos Humanos.

Estos son: 2 médicos asistentes del departamento de MFyC, 1 médico de MFyC, 4 médicas residentes de MFyC 2 de primer año y 2 de segundo, 1 médica ginecóloga, 1 psicólogo, 1 psiquiatra (1 vez al mes), 1 nutricionista, 1 partera, 3 auxiliares de enfermería, 2 administrativas, 2 auxiliares de servicio, 9 docentes tutores para la actividad comunitaria del primer año de la carrera de medicina.

5.7 Gestión.

La gestión del servicio surge del acuerdo entre la Facultad de Medicina y ASSE, implementando un estilo de conducción democrático, con organigrama que establece responsabilidades específicas a los integrantes del equipo, promoviendo la comunicación directa, flexible, horizontal y multidireccional.

La coordinación interinstitucional es una característica esencial de este servicio tanto en la actividad comunitaria como en la atención del usuario.

6. BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DOCENTES, ASISTENCIALES Y DE INVESTIGACIÓN EN LAS POLICLÍNICAS ENTRE TODOS Y CCSA

Desde la medicina familiar y comunitaria la docencia y la investigación son inseparables de la asistencia y la actividad comunitaria. Solo por razones descriptivas los separaremos.

6.1 La Actividad Asistencial: Se desarrolla combinando la consulta tanto programada como a demanda, visita domiciliaria, consulta en otro nivel de atención cuando el paciente lo requiere.

La atención integral centrada en la persona se enmarca en los programas prioritarios del MSP, con un enfoque familiar y comunitario regido por el criterio epidemiológico local. Se desarrollan los siguientes programas: control de embarazo, plan ADUANA o control del niño menor de 2 años, control del niño, del adolescente, del adulto, del adulto mayor, salud sexual y reproductiva, acompañamiento del paciente oncológico y su familia.

Utilizamos la historia clínica familiar por ser el instrumento de registro idóneo para la actividad asistencial en el primer nivel de atención dado el conocimiento actual, que facilita y orienta la atención longitudinal.

6.2 Actividad Docente.

La actividad docente incluye la clínica en la consulta con pacientes, seminarios, ateneos, talleres en relación con los temas del programa curricular de cada ciclo, visitas domiciliarias, coordinación con instituciones de la zona, inserción en la comunidad y trabajo con estudiantes de pregrado de medicina y postgrado de medicina familiar y comunitaria en la zona.

En el año 2008 dos médicas iniciaron la residencia de MFyC en la zona, comenzando la actividad de postgrado en el servicio.

La enseñanza de pregrado se desarrolla desde la policlínica Entre Todos con 19 estudiantes de sexto año de la carrera de Doctor en Medicina distribuidos en 3 grupos, que desa-

rollan su actividad clínica y comunitaria en el primer nivel de atención, 15 estudiantes de cuarto año de medicina CIMI (Ciclo Iniciación Medicina Integral) distribuidos en 3 grupos de 5 estudiantes por rotación de 7 semanas cada uno y 40 estudiantes de primer año de medicina distribuidos en 4 grupos. El 5 de agosto de 2008 se inauguró la actividad en la policlínica del CCSA, hacia donde se trasladó la mayor parte de las actividades docentes.

Se desarrollan desde el año 2008 los talleres de habilidades clínicas sobre violencia doméstica como problema de salud, en los que participaron por año 400 estudiantes de cuarto (CIMI) de FM distribuidos en grupos de 35 estudiantes por semana. A lo largo de estos 3 años más de 1.200 estudiantes han participado de esta actividad educativa.

En el año 2009 se incorporaron dos nuevas residentes de MFyC. 24 estudiantes de CICLI-PA II, 6 estudiantes de CIMI por rotación, 120 estudiantes del ciclo introductorio del nuevo plan de estudios de medicina que se inició ese año.

Ese año se inició la experiencia de trabajo con estudiantes de psicología y medicina en un mismo grupo dentro del Instituto Universitario para el Primer Nivel de Atención (IUPNA) que desarrolla sus actividades en el marco del Programa de Integración Metropolitana (PIM) de la UDELAR. Este grupo inició su actividad abordando la discapacidad desde una perspectiva interdisciplinaria.

En el año 2010 se implementa el segundo año del nuevo plan de estudio iniciándose la actividad clínica comunitaria por primera vez en forma continua a lo largo de toda la carrera. La unidad docente contribuye a la implementación y la continuidad del nuevo plan de estudio en el área metropolitana.

En este año se suman 180 estudiantes de segundo año del nuevo plan de estudio de la FM en la zona de la Unidad Docente Asistencial Canelones al Este lo que incrementa el total de estudiantes en la zona a más de 350. Todos ellos tienen actividad no inferior a las 8 hs semanales.

La actividad docente se ha extendido también a pasantías de estudiantes de las licenciaturas de Enfermería, Trabajo Social y Psicología, con la supervisión de sus respectivos docentes.

6.3 Actividades Comunitarias

Se incluyen actividades de promoción de salud, educación para la salud e investigación desarrollada en la comunidad y con participación de esta.

6.3.1 Diagnóstico de situación de salud

Área de intervención: Canelones, Barros Blancos, georreferencia de las policlínicas del Centro Cívico Salvador Allende (CCSA), Entre Todos y Villa Manuela (área representada en el cuadro 1). Se realizó en el periodo setiembre 2008 a agosto 2009.

El objetivo era y es identificar las características de la comunidad, los problemas de salud más importantes para iniciar un abordaje de los mismos, promoviendo la participación de la comunidad desde el mismo diagnóstico.

Metodología empleada:

Para la recolección de los datos se utilizaron fuentes secundarias y primarias:

Las fuentes secundarias son: el Instituto de Nacional de Estadísticas (INE), Unidad Ejecutora 0.50 de ASSE (Pando), Junta Local de Barros Blancos, servicios de salud de la zona (ASSE), Ministerio de Salud Pública (MSP), diagnóstico de Paso Escobar realizado por el SOCAT Juntos Somos Mas.

Fuentes primarias: Encuesta a referentes de la comunidad y encuesta en una jornada comunitaria a 231 hogares (848 personas). Muestra seleccionada para poblaciones heterogéneas de forma aleatoria en base al programa Epi info, con el cual se construyó una base de datos.

Participaron en la elaboración 4 vecinos, 23 estudiantes de medicina, 3 estudiantes de psicología, 2 técnicos, 6 médicos, 1 analista programador y el mismo fue corregido por el Departamento de Medicina Preventiva y Social (Epidemiología) y el de MfyC.

De los datos obtenidos surgieron características demo epidemiológicas y sanitarias: Es una población joven con carácter progresivo y se acerca a una población adulta, con un alto índice de pobreza 54% (se considera pobreza a un individuo con ingresos mensuales insuficientes para cubrir las necesidades básicas, equivalente a menos de 6.000 pesos uruguayos), indigencia 21% (se considera indigencia a personas con ingresos mensuales insuficiente para cubrir las necesidades alimenticias, equivalente a menos de 2.000 pesos uruguayos), índices muy superiores a los de Uruguay.

El nivel educativo es bajo: 15 % tiene primaria incompleta.

Se identificó una alta tasa de embarazos adolescentes

Las patologías médicas crónicas más frecuentes son: hipertensión arterial (HTA) 12%, asma 7%, diabetes mellitus (DM) 4 %, lo cual si lo comparamos con las estadísticas nacionales se encuentran algo por debajo de los valores esperado para el Uruguay (HTA 34%, DM 7%).

En cuanto a hábitos, se constató una alta prevalencia de sedentarismo, baja ingesta de frutas y verduras y el hábito tabáquico algo superior al resto del Uruguay.

Los problemas priorizados e identificados tanto por la comunidad como por el equipo técnico son:

En lo medio ambiental: alto índice de pobreza e indigencia, falta de saneamiento (manejo inadecuado de las excretas humanas), de seguridad, de espacios disponibles para actividades físicas y recreativas, de iluminación, de caminería (aunque se reconocen en estos dos últimos importantes avances en los últimos tres años)

Enfermedades: diarrea aguda, parasitosis intestinal, enfermedades respiratorias.

Asistencial: dificultad en la captación de los adolescentes y el varón adulto, falta de acceso a la consulta de urgencia y emergencia (sobre todo en la noche), falta de profesionales en salud mental y odontología.

Dificultad para la interconsulta con el segundo nivel de atención (particularmente en oftalmología, urología y neurología con demoras mayores a 6 meses).

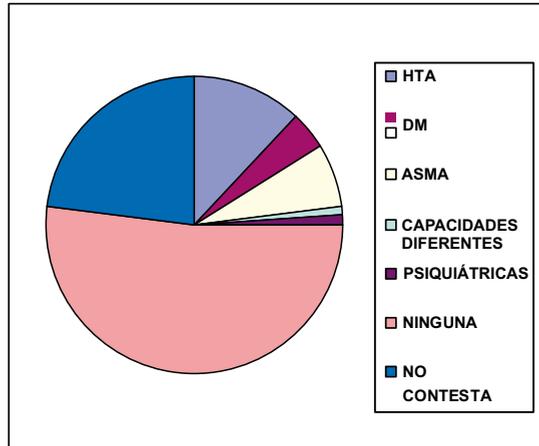


Ilustración 3:
Enfermedades crónicas más frecuentes.



Ilustración 4:
Población bajo el nivel de pobreza
y en situación de indigencia

6.3.2 Trabajo en centros CAIF

Con los estudiantes de FM que se encuentran cursando el primer año del nuevo plan de estudios y sus tutores realizamos un programa de promoción de salud y prevención de

enfermedades, abordando temáticas que contemplen las necesidades sentidas por los actores locales en la ciudad de Barros Blancos durante el periodo de marzo-diciembre del 2009.

Participaron 30 estudiantes de medicina y 3 tutores en estas actividades. El trabajo se desarrolló en los Centros de Atención a la primera Infancia y la Familia (CAIF) “Peques” y “Aprendiéndonos”, en los que no había experiencia de trabajo previo desde la FM.

Como primera instancia se realizaron las coordinaciones con dichas instituciones y su caracterización.

El propósito era contribuir con los equipos de trabajo en los CAIF en actividades que promuevan estilos de vida saludables con los preescolares y sus familias.

El objetivo es promover prácticas saludables en relación a los temas sentidos por la población de los dos CAIF (padres) y los integrantes de sus equipos técnicos.

La población con la que se trabajó y se sigue trabajando es de 120 niños y sus familias, aunque es importante aclarar que la participación de familiares en las diversas actividades planificadas no superó el 20 % de las previstas de acuerdo al número de niños que concurren a los CAIF.

La metodología utilizada resultó de la combinación de diferentes modalidades, juegos con los niños, talleres con padres y juego de roles.

Las actividades incluyeron: Jornada de Mediciones Antropométricas. Talleres con los padres sobre gripe, higiene, prevención de accidentes domésticos, sexualidad, endoparasitosis, ectoparasitosis, primeros auxilios y alimentación saludable; este último realizado en conjunto con los grupos de “Uruguay Integra” conservación de alimentos (adultos), juego de reconocimiento de alimentos saludables (niños).

Se realizaron los talleres programados, los adultos del grupo Uruguay Integra participaron de la propuesta activamente, en conjunto con un grupo de padres. Se implementaron distintas dinámicas, promoviendo la participación, y realizando reflexión y auto observación para evaluar cada actividad y mejorar la propuesta en los siguientes talleres.

6.3.3 Trabajo en las Escuelas.

Se trabajó en las escuelas 175 (Villa Manuela), 187 (Villa Universitaria), de Barros Blancos durante el período 2008-2009 y 171 (Dinamarca) en Empalme Nicolich y 155 (Alemania) en Colonia Nicolich durante el año 2008. En las cuatro instituciones se trabaja en el año 2010 en el que además se suman nuevas instituciones de primaria en Barros Blancos.

Se trabaja con escolares de tercero a sexto año de las diferentes escuelas abarcando un total de 300 alumnos por año; con diferentes temas priorizados en cada institución de acuerdo al diagnóstico hecho por estudiantes de medicina, sus tutores, docentes de la escuela y alumnos de las mismas.

Los temas abordados fueron: Alimentación, Ejercicio, Higiene, Consumo inadecuado de Sustancias Sicoactivas, Salud Bucal, Salud sexual y reproductiva, Derechos de la infancia y la adolescencia.

En estas actividades participaron 40 estudiantes en el año 2008 y 45 en el 2009, distribuidos en 4 y 5 grupos respectivamente cada uno con su tutor (que son practicantes de medicina o Residentes de MFyC), coordinados por docentes del Departamento de MFyC en la zona.

Estas actividades se desarrollaron con el consentimiento de las direcciones de las instituciones y padres de los alumnos.

Metodología de trabajo

Se trabajó con diferentes técnicas para generar nuevos conocimientos en forma interactiva, lúdica, que fomentara la participación de los alumnos en cada actividad, donde se combinaban diferentes dinámicas de intercambio de conocimiento. Los instrumentos que se utilizaron en las diferentes actividades fueron creados por los grupos de estudiantes: ellos fabricaron los juegos y crearon las representaciones que se utilizaron en cada actividad. Entre otros se elaboraron juegos con preguntas y puntajes, juegos de mesa gigantes con dados de 15 centímetros de lado y tableros de juego de 1 metro cuadrado, simulación de lotería gigante con preguntas, puzzles, láminas de reconocimiento de diferentes situaciones, entre otros.

Esta forma de trabajo generó un impacto muy positivo en los niños y los maestros de los grupos con los que se trabajó

También se organizaron y realizaron jornadas de screening y control básico de salud en las escuelas, complementario del control del niño que se realiza en los centros de salud.

6.3.4 Trabajo con Adolescentes.

En función del diagnóstico de situación de salud se definió como una de las prioridades el trabajo con adolescentes, donde se complementa la atención específica centrada en el control adolescente realizando coordinadamente el trabajo comunitario con las instituciones educativas de la zona y en el 2010 se suma el trabajo con una institución deportiva de la zona que cuenta con 100 jóvenes menores de 19 años participando en sus cuatro divisionales formativas. Esto contribuye a sostener y desarrollar espacios adolescentes que unen el componente de salud con las actividades que desarrollan en el área educativa, deportiva y recreativa.

6.3.4.1 Trabajo en el CECAP.

Como trabajo en comunidad, uno de los grupos de estudiantes y su tutor trabaja con el **CECAP** (Centro de Educación Capacitación y Producción).

Se creó el CECAP en 1981, con el fin de ofrecer una propuesta educativa flexible y amplia, a jóvenes de entre 15 a 20 años que no estudian en el sistema educativo formal, no trabajan y se encuentran en situación de vulnerabilidad social, basándose en el Programa Nacional de Educación y Trabajo (PNET). El programa atiende a 1.200 jóvenes en todo

el país y 60 en Barros Blancos con el objetivo de contribuir a brindar educación integral a adolescentes y jóvenes, favoreciendo la inclusión social y laboral, reinserción educativa y participación ciudadana desde una postura crítico reflexiva.

Esta modalidad cuenta con una propuesta educativa que se desarrolla mediante actividades de espacio grupal, acompañamiento personal (referentes educativos) y participación en los diferentes espacios de CECAP realizados en diferentes áreas de trabajo, tales como: conocimientos básicos, diferentes formas de comunicación, lenguaje oral y escrito, lógica matemática. Brinda capacitación profesional a través de talleres experimentales y laborales, a través de la experiencia en el mundo del trabajo y no solo teórico. Busca la conceptualización mediante en análisis y reflexión de las experiencias laborales de los adolescentes. Se trabaja también en expresión artística, diferentes formas expresivas, técnicas y corrientes como música, danza, expresión plástica, teatro, etc.; en informática, herramienta de comunicación e información y trabajo. La educación física, recreación y deportes apunta al desarrollo del cuidado del cuerpo y la utilización del tiempo libre, la cooperación y la inserción en el grupo.

El objetivo de trabajar con el CECAP en el ámbito comunitario, complementa el control adolescente en salud que se hace en la policlínica de todos los jóvenes que concurren a dicha institución.

Luego de las instancias de presentación con el coordinador del CECAP, el equipo técnico y estudiantes de la institución acuerdan y planifican los temas a abordar. En base a lo acordado se planificaron las actividades, la primera sólo con las jóvenes a pedido de ellas, y las restantes con grupos mixtos. En las mismas participaron estudiantes del Ciclo Introductorio, Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y Agente Socio educativa del MIDES.

Los temas abordados se centraron en derechos del adolescente en el marco de los derechos en salud sexual y reproductiva, información sobre métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual y el apoyo a la participación de estos jóvenes en las propuestas de Arrímate a la Salud y Arrímate al Deporte. También incluyeron debate sobre la historia clínica de control adolescente, el control en salud y el carné adolescente.

La metodología de trabajo en forma de taller incorporó diferentes tipos de dinámicas (presentación, compartir conocimientos) con actividades lúdicas.

6.3.4.2 Trabajo en el Liceo de Barros Blancos

En el liceo se trabajaron distintas líneas en talleres sobre depresión y sobre temáticas variadas de la adolescencia, así como control de salud del adolescente

En el 2008 se abordó el tema depresión en el adolescente que fue elegido en conjunto con el equipo de medicina familiar y comunitaria, docentes del liceo y delegados estudiantiles de 4^a año y 1 grupo de 5^a orientación artístico y comunicación del liceo.

La elección del tema fue a partir de una encuesta hecha entre los estudiantes de esos cursos quienes definieron depresión en el adolescente como tema de mayor preocupación para ellos.

El trabajo se desarrolló en forma de talleres en los que participaron (en su armado y ejecución) docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, Psicólogo, Psiquiatra, Agente Socio-educativa, docentes del Liceo, Residente de MFyC, estudiantes de sexto año de medicina (CICLIPA II) estudiantes de liceo de los grupos involucrados.

Se planificaron una serie de talleres en cuanto a: definiciones (adolescente y depresión) síntomas y signos, importancia del tema, factores de riesgo y protectores (¿como pueden los talleristas incidir en estos factores?), desmitificación, recursos con los que se cuenta en la zona para poder abordar este problema.

En el último taller se identificaron las conclusiones y con éstas se elaboró el contenido de medios de comunicación para los estudiantes de todo el liceo (volantes, pósters, etc.) transformándose los adolescentes en informantes calificados (productores de información de calidad).

En el 2009 se abordó el tema adolescente como una crisis normativa del individuo, considerando a ésta como una oportunidad para la adquisición de estilos de vida saludables. Para ello se trabajaron diferentes temas priorizados a partir del diagnóstico hecho con docentes y estudiantes del liceo: higiene, salud sexual y reproductiva, consumo problemático de drogas, seguridad vial, alimentación saludable, importancia del control en salud.

Los temas se desarrollaron en forma de talleres, incorporando dinámicas que hacían énfasis en la producción de conocimiento a través de actividades recreativas.

En estas actividades participaron 150 estudiantes del ciclo básico del liceo, 35 estudiantes de primer año de medicina con sus respectivos docentes tutores del Dto. de MFyC

6.3.4.3 Control en Salud Adolescente

Para esta actividad se realizó una jornada de control en salud y entrega de carne adolescente a 96 estudiantes de primer año del liceo de Barros Blancos socios de ASSE y de CAAMEPA en la cual participaron docentes y administrativos del liceo, Facultad de Medicina, ASSE, CAAMEPA, Comuna Canaria, SOCAT (servicio orientación consulta y articulación territorial) un total de 20 estudiantes de medicina, 11 médicos, 4 enfermeras, 2 licenciadas en enfermería, 3 psicólogos, recreadores del SOCAT y recreadores de la Comuna Canaria.

6.3.4.4 Trabajo en el club Villa Manuela.

Desde la necesidad de trabajar con jóvenes y adolescentes de la zona surge la posibilidad de vincularse con el club Villa Manuela. La iniciativa de la propuesta surge de la relación del equipo de salud con directivos del club. El planteo fue compartido por las tutoras de dos grupos del Ciclo Introductorio, desarrollando esta propuesta y elaborando con los estudiantes de medicina un proyecto de trabajo que fue discutido con la directiva y los entrenadores del club quienes lo apoyaron totalmente.

Se trabaja con jóvenes de las divisiones formativas del equipo de fútbol de la institución, alcanzando a un total de 100 jóvenes entre 13 y 19 años.

El objetivo de trabajar con este grupo de jóvenes es contribuir al conocimiento de prácticas saludables entre jóvenes deportistas en la zona, vinculando a los grupos de Facultad

de Medicina con la institución deportiva, lo que contribuye a la experiencia de trabajo de jóvenes con edades muy cercanas y diferentes proyectos de vida
Se realizan actividades sobre diferentes temas: deporte y salud, sexualidad, violencia, consumo inadecuado de sustancias, educación vial, alimentación saludable, salud mental, proyecto de vida, y actividades que propicien la red social del club.

Metodología de trabajo: en forma de taller, con tareas grupales, en un ambiente lúdico, relajado y de confianza.

Las actividades se realizan en las instalaciones del club coincidiendo con días de entrenamiento de los jóvenes como forma de incorporar naturalmente los talleres con su actividad deportiva.

6.3.5 Participación en el Proyecto de Manejo Adecuado de los Residuos Domiciliarios.

El Dto. de Medicina Familiar y Comunitaria apoya el anteproyecto presentado por la ONG. CEUTA en el año 2008 cuyos objetivos eran el desarrollo educativo y la construcción de sistemas sanitarios alternativos y/o complementarios (baños secos) para el manejo responsable de los residuos domiciliarios (aguas, excretas y residuos sólidos) en un contexto suburbano de ausencia o precariedad sanitaria.

Parte de los equipos de salud de las policlínicas Entre Todos y Centro Cívico Salvador Allende participamos en la plataforma de lanzamiento del proyecto, junto con usuarios, docentes de enseñanza primaria y secundaria de la zona y representantes del SOCAT, realizando talleres sobre lo determinante que es el manejo responsable de las excretas humanas en la salud. Fue ésta una rica experiencia de aprendizaje sobre el manejo de residuos domiciliarios, hecho junto con la comunidad.

Desde la plataforma se colaboró con la convocatoria a los vecinos y con la realización de talleres de educación para la salud en los que se reflexionaba sobre el vínculo entre salud y saneamiento como problema de la comunidad.

En este marco surgió la necesidad desde el Dto. de M F y C de incorporar a este proceso una investigación dirigida a determinar la efectividad del compostaje y el sistema sanitario utilizado, como barrera en la transmisión fecal-oral de determinados parásitos.

En esta investigación participan el Dto. de MFyC, Dto. Parasitología, estudiantes de Medicina del ciclo CICLIPA II (6º año), CEUTA y vecinos beneficiarios del proyecto que brindaron su consentimiento para participar de la investigación. Esta incluye análisis del proceso de compostación, de los suelos de las viviendas, exámenes coproparasitarios y espátulas adhesivas de los integrantes las familias.

Actualmente participan 8 familias a las que se integraron 10 nuevas a inicios del año 2010.

6.3.6 Trabajo Grupal con Adultos.

Grupo Generaciones:

Definimos la actividad grupal como medio para promover ámbitos saludables que permitan desarrollar acciones colectivas de promoción de salud a través de la co-responsabi-

lidad del equipo de salud y el usuario en inclinar la balanza hacia la salud en el complejo proceso salud enfermedad del individuo y la comunidad en la que habita.

La educación para la salud es uno de los pilares fundamentales para lograr el empoderamiento de las comunidades, que les permita trabajar por su salud.

El trabajo grupal y la riqueza de la vida social se consideran el cuarto pilar terapéutico en patologías crónicas.

Por lo cual, desde abril 2009, conociendo la demo- epidemiología de la localidad de Barros Blancos y la zona de influencia del CCSA, se comenzó a trabajar con un grupo de adultos con patologías crónicas, a través de la participación social en el control de su salud.

Se justifica el trabajo en grupo ya que en éste se establece un proceso de comunicación, intercambio de opiniones, socialización, relaciones afectivas, mejor adherencia al tratamiento, sentimiento de pertenencia, y herramientas de aprendizaje para el cuidado de la salud.

El trabajo se coordinó con estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina, que inician su carrera intentando un acercamiento a la comunidad. Este grupo consta de un docente tutor, médicos residentes de medicina familiar y comunitaria, y once estudiantes. La actividad de grupo se desarrolló junto a los estudiantes desde abril a diciembre de 2009 y luego se mantiene dicho trabajo grupal con médicos residentes de medicina familiar y comunitaria que están integrados al equipo de salud.

La población objetivo es toda persona interesada en mejorar su calidad de vida a través de promover estilos de vida saludable; son abordados los temas de mayor preocupación e interés de los integrantes.

El grupo está compuesto por personas de diferentes edades aunque la mayoría de los integrantes son adultos mayores; éstos representan un sector vulnerable de la población, ya que no cuenta con ninguna institución o grupo que realice actividades para ellos. La composición multietaria del grupo es la que le da el nombre, elegido entre varios por sus integrantes. La integración genera un intercambio de experiencias y aprendizaje entre sus miembros, el equipo de salud y los estudiantes de medicina.

Los grupos de ayuda están compuestos por personas que comparten un problema o situación, que se reúnen para realizar actividades para superarlo y/o conseguir cambios sociales y/o personales. Estos enfatizan la interacción personal y la asunción individual de responsabilidades de sus miembros. Suelen proporcionar ayuda material o emocional y promueven valores a través de los que sus miembros pueden reforzar su autonomía.

Dentro de los temas tratados a lo largo del año desde la existencia de este grupo, se destacan: hipertensión arterial, como problema de alta prevalencia y factor de riesgo para varias enfermedades, se realizan varios talleres donde se pone el énfasis en los estilos de vida saludables, aprenden también el auto control de la presión arterial.

Alimentación. Se prioriza este tema ya que influye directamente sobre la salud por lo cual fue trabajado en varios encuentros, con el objetivo de intercambiar información y educar sobre los buenos hábitos alimentarios. A través de técnica collage se creó el plato saludable conocido por los participantes, para luego reforzar la correcta utilización de los alimentos basándonos en los grupos básicos y sus porciones. Los integrantes del grupo crearon un recetario saludable con la información producida en los talleres, aportando recetas caseras, económicas y saludables. Estos recetarios se distribuyeron en la comunidad y en la exposición de la “Semana del Corazón”.

Otros temas tratados fueron Salud Mental, centrándose en depresión en el adulto y el adulto mayor, ejercicio físico, salud bucal, diabetes, formación de los estudiantes de FM en la comunidad, concepto de salud-enfermedad, promoción de salud, trabajo en grupo, entre otros.

La metodología aplicada en el trabajo en grupos se basa en diferentes técnicas participativas, de las que se destacan: taller, discusión grupal, teatro, juegos, juego de roles, canciones, torbellino de ideas, etc. También participamos en jornadas regionales sobre diabetes, interactuando con otros grupos de la misma comunidad.

6.3.7. Trabajo en la Semana del Corazón Barros Blancos 2009.

En la Semana de la Salud Cardiovascular, se desarrolló una jornada en el Centro Cívico Dr. Salvador Allende el 2 de octubre de 2009. En ella se realizaron actividades enfocadas en la Promoción de Salud Cardiovascular y de tamizaje. En la misma participaron vecinos, estudiantes de Medicina, equipo de Medicina Familiar y Comunitaria de las diferentes policlínicas del área.

La actividad se desarrolló con una caminata y estaciones de nutrición, recreación, antropometría, estimación del riesgo de padecer diabetes a los 10 años.

Hubo dos estaciones más, pero esta vez con pacientes pre-seleccionados, a quienes se les realizó el estudio de espesor íntima media carotídea y electrocardiograma.

En cuanto a la primer estación, se realizó la difusión de un Recetario Saludable, elaborado por los integrantes del grupo de adultos Generaciones, una mesa de alimentos que contenían conservas ecológicas y otros productos, a cargo de integrantes del SOCAT capacitados por una profesora de UTU, otra mesa con muestras de alimentos saludables elaborados por escolares que participan de talleres temáticos en su escuela. Las actividades recreativas estuvieron a cargo de los adolescentes del grupo CECAP al inicio de la jornada y luego recreadores de la Comuna Canaria.

En otra estación se realizaron controles de presión arterial, hemoglucotest (HGT), peso, talla, índice de masa corporal y cintura abdominal y cálculo de la probabilidad de desarrollar diabetes en los próximos 10 años de vida.

En esta actividad hubo fuerte participación de los estudiantes de primero, cuarto y sexto de FM.

6.3.8 Actividad de Promoción de Salud y Discapacidad y familiares.

Desde la experiencia de trabajo de estudiantes de medicina y psicología en el marco del IUPNA se trabajó en la zona sobre el problema de la discapacidad coordinando actividades y contenidos con la Asociación de Discapacidad de Barros Blancos y con equipo de la Facultad de Psicología especializado en el tema.

Se decidió trabajar en este tema a solicitud de la asociación de familiares de Barros Blancos y ante una propuesta del Programa de Integración Metropolitana (PIM) de la Universidad de la Republica.

El grupo estaba compuesto por 11 estudiantes de medicina y 5 estudiantes de psicología con la coordinación y dirección de dos docentes (uno de cada disciplina)

El objetivo de la actividad fue contribuir a la difusión de la situación de las personas con discapacidad en Barros Blancos, la sensibilización sobre este problema de salud y la capacitación del grupo IUPNA sobre dicho problema y el uso del instrumento utilizado para encuesta de detección de diferentes niveles de discapacidad en la población.

Las actividades realizadas luego de la elaboración del marco conceptual y la planificación del trabajo, fueron: encuentros con docentes de psicología con experiencia en el tema, barridas casa por casa en la ejecución del cuestionario como parte del diagnóstico, talleres de sensibilización con vecinos y familiares de personas con discapacidad y técnicos del equipo de salud.

7. CONCLUSIONES

La inserción del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria en la Ciudad de Barros Blancos brinda un servicio de asistencia, docencia en pre y postgrado, actividades de educación para la salud con la comunidad y diferentes instituciones. Esta propuesta se desarrolla desde el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria con el apoyo de ASSE y se sustenta en los cambios que se vienen procesando en diferentes sectores de la sociedad y se mencionaron al comienzo de este trabajo:

- Una comunidad que exige un sistema sanitario con una perspectiva integral y holística.
- El nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud que prioriza el primer nivel de atención.
- El nuevo plan de estudios de la Facultad de Medicina.
- El proceso de descentralización de la Intendencia Municipal de Canelones, con la creación del Centro Cívico Salvador Allende.

Dos años de desarrollo y crecimiento de este proyecto marcan la consolidación de la propuesta.

La implementación de un servicio de gestión compartida entre dos instituciones resulta una experiencia muy rica y positiva que permite el crecimiento de ambas complementándose y potenciándose mutuamente.

Lo más importante es el impacto en la comunidad y sus instituciones, que rápidamente incorporaron la propuesta como referencia en problemas de salud y de relación entre usuarios y servicios de salud.

La incorporación de una nueva metodología de trabajo en red nos permite un abordaje desde diferentes miradas coordinadas entre los servicios que se crean en este periodo (policlínica Entre Todos de ASSE y la policlínica de CCSA que nace como unidad docente asistencial), con los servicios de ASSE que existían y otras instituciones de la zona (ej: escuelas, SOCAT, INAU, MIDES, Comuna Canaria, Policía Comunitaria etc.) lo que resulta en una mejora de la atención a usuarios de ASSE.

Particularmente en problemas de salud muy complejos como la violencia domestica, esta metodología permite por ej: la construcción del SIPIAV Barros Blancos (Servicio Integral, de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia).

La integración al CCSA ha facilitado las coordinaciones interinstitucionales y el abordaje interdisciplinario de situaciones complejas en el ámbito individual, familiar y comunitario, desarrollándose encuentros de discusión, seminarios y ateneos en situaciones que ameritan abordajes interdisciplinarios con el aporte del enfoque académico.

Esta propuesta contribuye a mejorar la atención de los usuarios mediante la implementación de un sistema planificado de consultas programadas, a demanda, en domicilio, actividades comunitarias, actividades docentes (se realizaron más de 8.000 consultas en los dos años), actividades de promoción y educación para la salud en más de 15 instituciones, 50 extracciones mensuales para estudios paraclínicos desde abril de 2009, vacunación mensualmente en cada servicio y electrocardiogramas y ecografías en CCSA.

Se cuenta con un adecuado sistema de registro en un formato de Historia Clínica Familiar (en las policlínicas del CCSA y Entre Todos llegan a 1000 historias familiares y 3000 usuarios). Las actividades están orientadas por los programas prioritarios del MSP y la implementación de la estrategia de APS

En materia de Docencia, cursaron más de 630 estudiantes de pregrado de FM en actividad semanal de 8 hs y 800 en actividades puntuales, estudiantes de Psicología, Licenciatura de Enfermería y Trabajo Social. Se incorporaron 6 médicos residentes de MFyC junto al equipo docente de la especialidad, transformándose en un gran impacto para la zona en varios aspectos, desde su presencia, el aporte educativo, el asistencial. La presencia de estudiantes en las diferentes instancias tanto clínicas como de trabajo en la comunidad ha sido incorporada en forma natural y muy positiva por los usuarios de los servicios y las instituciones de la zona.

La relación con los usuarios y la contribución a su organización como parte del Sistema Nacional Integrado de Salud es preocupación permanente, lo que se traduce en 4 encuentros de usuarios de salud de la zona, 3 de ellos con sus representantes en el directorio de ASSE. La participación local se impulsa en cada servicio, en algunos se inició la participación en reuniones del equipo del servicio. Esto es un proceso que aún no se ha consolidado.

8. PERSPECTIVAS DE CONTINUIDAD

La sustentabilidad de este proyecto se basa en tres pilares:

- a) El fortalecimiento del primer nivel de atención en el SNIS que se inicia.
- b) Una estructura de dirección específica para éste y asignación de recursos propios.
- c) La continuidad del nuevo plan de estudios de la FM que asegura la docencia en el primer nivel de atención en todos los años de la carrera. Esto determina la formación de un médico más calificado para desarrollar la estrategia de APS.
- d) El programa de las Unidades Docentes Asistenciales (UDA)

A partir de la implementación del programa UDA en el año 2010 en la zona, se garantiza la continuidad y desarrollo del proceso al incorporar recursos propios y articular con mayor fluidez con todas las instituciones de la zona.

Este programa surge de un acuerdo entre ASSE y la Facultad de Medicina para desarrollar docencia y asistencia con incentivo para los docentes que integran las UDA, a partir de un compromiso de cumplimiento de metas asistenciales vinculadas a la actividad docente y sujetas a evaluación permanente, lo que permite seguimiento del compromiso e incluso la continuidad de cada UDA en particular. Este programa tiene financiación propia definida en el presupuesto nacional lo que le da independencia en el plano económico de las instituciones que lo implementan.

El funcionamiento de las UDA del primer nivel de atención garantiza también la implementación del nuevo plan de estudios de la facultad de Medicina que introduce la enseñanza en este nivel de atención durante todos los años de la carrera, tanto en la actividad clínica como en la comunitaria.

A partir de esta realidad se incorporan 12 médicos (con diferente carga horaria especialistas en MFyC, Pediatría y Ginecología) y 1 Psicólogo.

Este proceso fortalece lo hecho y favorece un gran salto en cantidad y en calidad incorporando un énfasis importante en las actividades de investigación que eran las de menor desarrollo durante los dos primeros años. Mejora el número de estudiantes por docente y la disponibilidad de horas para la docencia.

Se amplían los espacios disponibles al incorporarse tres policlínicas de Barros Blancos a las actividades de la UDA.

El equipamiento e infraestructura se amplían a través de varios mecanismos, recursos propios UDA, de ASSE, espacio físico cedido por la Comuna Canaria, convenios con plan Cuenca Arroyo Carrasco, proyecto de investigación CESCAS (Centro de Excelencia en Salud Cardio Vasculares Para el Cono Sur)

La presencia creciente de Médicos Residentes de MFyC son parte del proceso (siendo 9 en el año 2010) han contribuido a su desarrollo y sostenimiento, también su formación se enriquecerá con el crecimiento de recursos docentes en la zona.

CURSO DE DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO PARA LOS EQUIPOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

INFORME FINAL

Sandra Fraifer*

Julio Siede **

* Médica, Especialista en Medicina Familiar y General
Directora de Atención Primaria de la Municipalidad de Tandil, Pcia. De Buenos Aires, Argentina
Presidenta de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General, FAMFyG, Argentina

** Médico. Especialista en Medicina Familiar y General
Magíster en Economía y Gestión de Servicios de Salud
Docente de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires.
Prof. Adjunto de Epidemiología y Políticas Saludables. Universidad ISALUD. Buenos Aires, Argentina

1. INTRODUCCION

El Curso de Desarrollo Profesional Continuo para los equipos del primer nivel de atención se desarrolló, en el marco de la colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud Pública, entre los meses de agosto y diciembre de 2009 en la República Oriental del Uruguay.

El Curso tuvo como destinatarios a los trabajadores de la salud que se desempeñan en el primer nivel de atención. Su preparación se desarrolló entre los meses de diciembre de 2008 y julio de 2009 e incluyó un taller de capacitación presencial para los tutores.

La primera fase del curso consistió en la puesta en marcha de cuatro módulos de educación a distancia utilizando como soporte el Campus Virtual de la Universidad ISALUD de Argentina, que aportó los contenidos y la coordinación mediante un convenio con la Fundación AEQUUS. El Ministerio de Salud de la ROU convocó al Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de la República para que aportase al diseño de contenidos y el desarrollo del Curso.

En esta primera experiencia, considerada como piloto, se convocó a un número de 248 alumnos seleccionados por el Ministerio de Salud Pública.

Una vez finalizadas las actividades de enseñanza-aprendizaje, se dio un plazo de tres meses para que los alumnos completaran sus evaluaciones.

2. DESCRIPCION DEL CURSO

a) OBJETIVOS GENERALES

- (i) Contribuir a la formación de profesionales integrantes de equipos de atención del primer nivel.
- (ii) Actualizar los conocimientos y destrezas de los profesionales formados, mediante la incorporación de herramientas y metodologías de trabajo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria.
- (iii) Fortalecer la comprensión de Atención Primaria de la Salud renovada como estrategia para los Servicios de Salud.
- (iv) Promover el desarrollo profesional de los recursos humanos que se desempeñan en el primer nivel, estimulando el compromiso y la participación activa de los mismos en la atención de individuos, familias y comunidad.
- (v) Generar la necesidad de conformar un Equipo de Salud (enfermero, médico, asistente social, psicólogo, administrativos, etc.) que interactúe adecuadamente para lograr óptimos resultados.

b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS (COMPETENCIAS)Y CONTENIDOS

MODULO I: Introducción al Curso

1. Objetivos de aprendizaje: competencias

Al finalizar el módulo, el alumno será competente para:

1. Conocer las características del aprendizaje en el Campus Virtual ISALUD e identificar todos los recursos que están disponibles en su plataforma educativa electrónica.
2. Utilizar todos los recursos existentes en la plataforma educativa electrónica del Campus Virtual estableciendo un vínculo dinámico con los tutores y sus compañeros de grupo.
3. Reconocer los fundamentos de la Atención Primaria de la salud entendida como estrategia y su vigencia actual.
4. Enumerar y discutir el aporte de la Atención Primaria Renovada a los sistemas nacionales de salud en la actualidad
5. Describir las líneas principales del proceso de construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud y sus implicancias en el trabajo del Primer Nivel de Atención.

2. Contenidos

2.1. Utilización de la plataforma educativa ISALUD

Familiarización con los elementos y recursos de la plataforma de aprendizaje

Reconocimiento de los principales comandos

Utilización de las herramientas de comunicación con el tutor y los compañeros de grupo

2.2. Atención Primaria de la Salud

Atención Primaria de la Salud como enfoque estratégico fundamental para los sistemas de salud.

La vigencia de Alma Ata en la actualidad.

Atención Primaria Renovada y nuevos desafíos para los sistemas de Salud

2.3. El Sistema Nacional Integrado de Salud

La instalación de un Seguro Nacional de Salud: Elementos fundamentales

Reformulación del sistema en base a la estrategia de APS

Impacto en el trabajo en el Primer Nivel de Atención

MODULO II: La Gestión de la Atención Primaria de Salud en el Sistema Nacional de Salud del Uruguay

1. Objetivos de aprendizaje: competencias

Al finalizar el módulo, el alumno será competente para:

- Conocer la importancia y el rol de la gestión aplicada a los servicios del primer nivel de atención.
- Describir y aplicar algunas de las herramientas de la gestión clínica a la Atención Primaria de la Salud
- Adquirir los conceptos necesarios para aplicar las principales herramientas técnicas para la comunicación de problemas del Primer Nivel de Atención.
- Aplicar los conceptos principales de la gestión de recursos humanos y liderazgo de equipo de salud.

2. Contenidos:

- Introducción a la Gestión en el Primer Nivel de Atención
- Teorías de la Gestión en Salud
- Gestión estratégica en el Primer Nivel de Atención
- Gestión clínica en el Primer Nivel de Atención
- Comunicación Social en Primer Nivel de Atención. Comunicación en el Equipo de Salud. Comunicación médico-paciente. Comunicación social
- Gestión de recursos humanos en el Primer Nivel de Atención
- Equipo de salud en el Primer Nivel de Atención. Perfiles disciplinarios, roles y responsabilidades en el Equipo de Salud. Interdisciplina. Intersectorialidad

MODULO III: Salud Comunitaria en la APS Renovada

1. Objetivos de aprendizaje: competencias

Al finalizar el módulo, el alumno será competente para:

1. Conocer y entender la dimensión de la Salud Comunitaria en la APS renovada.
2. Reconocer los fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en el concepto de salud.
3. Entender y aplicar el concepto de DSS en relación con la inequidad, la desigualdad, la exclusión social, la marginalidad y sus mecanismos de acción.
4. Reconocer el modelo comunitario de los DSS
5. Entender la asociación de APS renovada y participación comunitaria

-
6. Reconocer los componentes, actores y funciones en y de la participación comunitaria (conceptualmente, en su lugar de trabajo, en su país).
 7. Reconocer la importancia de la implementación en la comunidad de la promoción de la salud, la educación en salud y la comunicación social.
 8. Reconocer y poder utilizar el instrumento de gestión local de la Planificación Local Participativa (PLP) reconocida como modalidad apropiada para trabajo comunitario.
 9. Adquirir herramientas para realizar diagnóstico de situación de salud y planificación en el área programática de trabajo.

2. Contenidos

- 2.1. Determinantes Sociales de la Salud:
Salud Comunitaria y DSS. Significado, reconocimiento e importancia de los DSS. DSS y equidad sanitaria. Recomendaciones de la OMS (Comisión de DSS)
- 2.2. Participación Comunitaria
Participación comunitaria en el marco de la APS renovada. Salud y Comunidad. Condiciones bases para trabajar en Participación Comunitaria. Características en Participación Comunitaria
- 2.3. Promoción de la Salud, Educación para la Salud y Comunicación social en salud
Promoción de la Salud y Salud Comunitaria. Características de la Promoción de la Salud. Educación de la salud y Salud Comunitaria Comunicación y Salud Comunitaria. Elementos de Comunicación. Aspectos a considerar en la comunicación en salud. Características de una optima comunicación.
- 2.4. Participación Local Participativa (PLP)
APS, Salud Comunitaria y PLP. Características de PLP. Metodología en la PLP. Diseños de experiencias y evidencia en PLP

MODULO IV: Salud Familiar en la APS Renovada

1. Objetivos de aprendizaje: competencias

Al finalizar el módulo, el alumno será competente para:

- Describir en forma conceptual las principales herramientas de la Medicina Familiar y Comunitaria
- Conocer el concepto de Familia
- Estructura y dinámica familiar

2. Contenidos:

- Abordaje familiar y comunitario
- La Familia hoy en el Uruguay. Abordajes integrales de los problemas familiares principales que se plantean en el ámbito de la salud

En el anexo I se detalla el diagrama conceptual de cada uno de los módulos.

3. ESTRUCTURA ACADÉMICA

- a. Dirección y Coordinación Docente: La dirección del curso estuvo a cargo de quien suscribe este informe final. La coordinación docente fue llevada a cabo por la Dra. Sandra Fraifer, de la Fundación AEQUUS.
- b. Se conformó un Comité Coordinador integrado por delegados de OPS, MSP y UdeLaR a fin de colaborar con la Dirección en el desarrollo del Curso.
- c. OPS convocó al Dr. Tabaré González para que lleve a cabo el monitoreo y la evaluación de la experiencia.
- d. Para la tarea de tutoría, se convocó a 21 profesionales de la salud con experiencia docente y capacitación específica previas. Cada uno de ellos se hizo cargo del seguimiento de un grupo de alumnos.

4. DESARROLLO DEL CURSO

a. CONVOCATORIA Y MATRICULACIÓN

Los alumnos fueron distribuidos en 21 grupos de entre 12 y 13 alumnos cada uno que estarían a cargo de uno de los tutores designados. A su vez, cada grupo fue denominado con el apellido del tutor o tutora.

A partir de la convocatoria inicial, realizada por el Ministerio de Salud Pública, se envió desde Universidad ISALUD, a cada uno de los 248 trabajadores seleccionados, un mensaje por correo electrónico en el cual se los invitaba a ingresar a la plataforma web del campus informándoles su nombre de usuario y clave inicial.

b. INGRESO A PLATAFORMA Y PROCESO DE FAMILIARIZACIÓN

El Curso comenzó formalmente sus actividades a distancia el día 26 de Agosto de 2009 luego de la sesión inaugural presencial realizada el día 20 de Agosto en el Ministerio de Salud Pública, en Montevideo.

El desarrollo de las actividades correspondientes al primer módulo se cumplió de manera adecuada por parte de aquellos alumnos que ingresaron a la plataforma de aprendizaje

dentro de las dos primeras semanas, es decir, aproximadamente un 40% de la matrícula actual activa.

Por motivos diversos, entre los que se destacan los tiempos administrativos y los errores en la transcripción de datos, buena parte de los alumnos recibió efectivamente la invitación a unirse al curso recién alrededor de la segunda semana después de haberse iniciado.

El constante ingreso de alumnos hasta la última semana del primer módulo, motivó que la mayor parte de los grupos no pudiera cumplir acabadamente con el cronograma, extendiéndose, en la mayor parte de los casos durante la primera semana del módulo II.

En total, al finalizar el primer módulo habían ingresado a la plataforma unos 190 alumnos, de un total de 248 inscriptos.

Una vez finalizado el segundo módulo, se constató una deserción importante. La matrícula participante efectiva se redujo a 110 alumnos.

En los últimos días previstos para las actividades del módulo 2 (segunda semana de octubre) la plataforma del Campus Virtual de ISALUD sufrió un desperfecto de gran magnitud que dejó sin acceso a todos sus cursos a alumnos y docentes. Dicho desperfecto se extendió por un lapso de 15 días. Durante el mismo se realizó una comunicación a los alumnos, por vía del correo electrónico convencional, a través de los tutores, explicándoles el problema. A partir del 23 de Octubre se recuperó la utilización de la plataforma y se avisó por el mismo método a los alumnos. En esa oportunidad, se rediseñó el cronograma extendiendo por dos semanas, en el mes de diciembre, las actividades de enseñanza y aprendizaje.

c. PARTICIPACION EN LAS ACTIVIDADES

i. FOROS

La participación en los foros específicos de cada uno de los módulos, como puede observarse en los registros de la plataforma, fue aumentando progresivamente y mejorando en términos cualitativos a medida que avanzaba el curso

Los grupos de alumnos y tutores que llegaron a término con el desarrollo de los cuatro módulos dieron muestras de un alto nivel de participación y de calidad de las intervenciones.

Módulo Número de Intervenciones

1	11.979
2	8.194
3	10.907
4	9.856
Total	40.936

Tabla: Intervenciones por foro.

Como se había previsto, algunos alumnos no pudieron acceder, por su modalidad de conexión web al video de la Conferencia de la Dra. Mirta Roses Periago. Esta dificultad no resultó en un impedimento para que el tema de APS renovada fuera tratado en los foros.

Durante todo el curso, los alumnos activos expresaron, en numerosas oportunidades, su satisfacción por la oportunidad de capacitación y la comunicación que se había logrado establecer entre trabajadores de los equipos de salud.

ii. ACTIVIDADES DE ELABORACION

En cada uno de los módulos, los alumnos debieron elaborar y enviar al tutor ejercicios y actividades individuales de elaboración. El módulo 1 contó con una de dichas actividades y los restantes con dos, tres y una respectivamente.

Los tutores llevaron a cabo las revisiones de dichos trabajos a fin de evaluarlos, y, al finalizar el módulo, enviaron una planilla con esta información a la dirección del curso. Estas planillas se utilizaron como insumo para la evaluación general y aprobación.

La calidad de los trabajos de elaboración fue muy variable aunque, en términos generales, fue adecuada a la formación previa de los alumnos, las expectativas de los docentes y los objetivos del curso. Prueba de esto es el hecho de que ningún trabajo fue rechazado aunque en algunos pocos casos se solicitó al alumno que lo completara.

El trabajo final, fue realizado también en forma individual y consistió en una consigna de elaboración en base a material teórico y una noticia relacionada con la salud seleccionada de los periódicos.

d. JORNADAS PRESENCIALES

i. JORNADA PRESENCIAL INAUGURAL. MONTEVIDEO, 20 DE AGOSTO DE 2009

La Jornada presencial inicial del Curso contó con la presencia del cuerpo de tutores y docentes del curso y una concurrencia de alumnos de aproximadamente 80. Esto se debió a que parte de la matrícula inicial aún no había sido contactada en ese momento. La Jornada incluyó un acto inaugural presidido por la Sra. Ministra de Salud Pública y contó con la estimada presencia de la Sra. Directora de OPS, Dra. Mirta Roses Periago. Estuvieron presentes también las autoridades de la Universidad de la República y Universidad ISALUD. Posteriormente, como actividad inicial, el Ec. Daniel Olesker brindó una conferencia sobre el proceso de transformación del Sistema de Salud en Uruguay.

ii. JORNADA DE TUTORES. MONTEVIDEO. SETIEMBRE DE 2009

Al promediar el curso, el equipo coordinador consideró pertinente convocar a una jornada presencial de trabajo con los tutores a cargo de grupos de alumnos. En dicha oportunidad se trabajó sobre la marcha de las actividades, los procesos de evaluación y se realizaron ajustes unificando dos grupos en uno.

iii. JORNADA DE INTEGRACION FINAL. 17 DE DICIEMBRE DE 2009

Esta Jornada, estuvo destinada a brindar a alumnos y tutores una instancia de trabajo presencial al finalizar las actividades formales de los cuatro módulos.

La actividad comenzó con una conferencia del Dr. Jorge Basso acerca del Proceso de Reforma del Sistema Sanitario en el Uruguay. Posteriormente, se realizaron preguntas y los grupos trabajaron en la confección de una matriz FODA referida a los elementos de la reforma en los niveles Macro y Micro de la Reforma. La producción de dichos trabajos grupales se expuso al finalizar la Jornada y se encuentran transcritos en la plataforma virtual del Curso.

5. EVALUACION DE LOS ALUMNOS

La evaluación de los alumnos se realizó teniendo en cuenta:

- Cumplimiento y evaluación de las tareas de elaboración individual
- Participación en foros y actividades de comunicación
- Cumplimiento y evaluación del trabajo final integrador

Los requisitos mínimos de aprobación fueron: cinco trabajos aprobados y el trabajo final integrador entregado y aprobado.

En el mes de diciembre, una vez finalizadas las actividades, se estableció un periodo de dos meses y medio para que los alumnos pudiesen completar y enviar a los tutores los trabajos atrasados y realizar el trabajo final integrador.

En el mes de marzo, se envió a los alumnos que no habían completado sus trabajos un mail invitándolos a hacerlo extendiendo el plazo hasta mediados de abril.

Como resultado final de la evaluación, un total de 55 alumnos aprobó el curso. 38 alumnos, a su vez, obtuvieron calificación de excelente por haber cumplimentado todos los requisitos de aprobación.

La Universidad ISALUD preparará los certificados de aprobación que serán enviados a la sede de OPS en la ciudad de Montevideo.

6. EVALUACION Y APRECIACIONES DE LOS TUTORES

El grupo inicial de 21 tutores fue seleccionado entre los asistentes al taller para la formación de tutores en entornos virtuales.

Cada tutor se hizo cargo de grupo con entre 12 y 13 alumnos.

El campus virtual destinó un espacio especial para el desarrollo de las tareas propias del equipo de tutores y Coordinación. En dicho espacio, los tutores se comunicaron por medio de un foro y se utilizó también para el envío de las planillas de evaluación.

Durante el Curso se realizaron 8 sesiones de trabajo de tutores y coordinación utilizando la plataforma Elluminate aportada por OPS.

En el mes de Octubre se decidió llevar a cabo una reunión del equipo. A partir de dicha oportunidad los tutores adquirieron mayor participación y seguimiento de los alumnos. En esa instancia también se decidió el reemplazo de dos de los tutores y se unieron dos de los grupos iniciales de alumnos con lo cual se redujo el número final de tutores y grupos de trabajo a 20.

La relación entre tutores y la coordinación resultó sumamente satisfactoria según lo expresado por los mismos tutores y el equipo coordinador. Dicha comunicación permitió salvar obstáculos tales como los problemas técnicos que dejaron sin funcionamiento a la plataforma durante 15 días.

Según lo expresado por los tutores resultó muy satisfactorio el seguimiento y respuesta a sus necesidades desde el equipo coordinador.

En el ítem referido a apreciaciones generales de la dirección se incluyen varias recomendaciones que surgen a partir de la evaluación hecha con los tutores.

7. APRECIACIONES GENERALES DE LA DIRECCION Y COORDINACION DOCENTES

El Curso de Desarrollo Profesional Continuo para los Equipos del Primer Nivel de Atención desarrollado entre los meses de Agosto y Diciembre de 2009 constituyó la experiencia piloto para el desarrollo de capacitación continua para los integrantes de los equipos de salud del Uruguay. Por ello, resulta de gran interés su evaluación y las recomendaciones y correcciones que a partir de esta primera experiencia pueden definirse para ser aplicadas en el futuro.

Desde la perspectiva de la Dirección y Coordinación Docentes, el Curso logró los objetivos planteados en tanto los alumnos que lo completaron y cumplieron con las tareas propuestas tuvieron la oportunidad de aprender nuevos contenidos como también de compartir experiencias y discutir en términos democráticos y constructivos las instancias de macro, meso y micro gestión del sistema de salud en el marco de su proceso de reforma.

Resulta necesario remarcar el compromiso y la dedicación al trabajo del equipo de tutores que llevó hasta el final la tarea. La experiencia y el entrenamiento docente que volcaron en las actividades resultó clave para facilitar el proceso de enseñanza y aprendizaje de un grupo tan numeroso de alumnos.

A modo de recomendaciones finales aplicables a nuevas ediciones del Curso, queremos enunciar las siguientes:

- Realizar una nueva experiencia de capacitación de tutores en taller utilizando como herramienta la plataforma virtual de ISALUD.

-
- Hacer la convocatoria para la matriculación desde el Ministerio de Salud Pública, solicitando a cada candidato a alumno el compromiso de ingresar a la plataforma y dar aviso al Ministerio en caso de tener que discontinuar el curso por algún motivo. Considerar efectivamente matriculados solo a aquellos alumnos que ingresan al curso.
 - Establecer un cronograma que permita un plazo de al menos tres semanas efectivas para la familiarización con la plataforma web del Campus Virtual y dos semanas para la elaboración y envío del Trabajo Final Integrador y los trabajos atrasados.
 - Conformar grupos de entre 12 y 15 alumnos por tutor, conservando la designación de dos tutores suplentes como se realizó en este curso.
 - Disminuir la cantidad de trabajos no presenciales a evaluar a uno por cada módulo, de modo tal que se evite el desgranamiento final por falta de cumplimiento de trabajos de elaboración.
 - Realizar la evaluación de los trabajos no presenciales utilizando el sistema de evaluaciones en línea de Moodle.
 - Realizar al menos una Jornada presencial final de integración

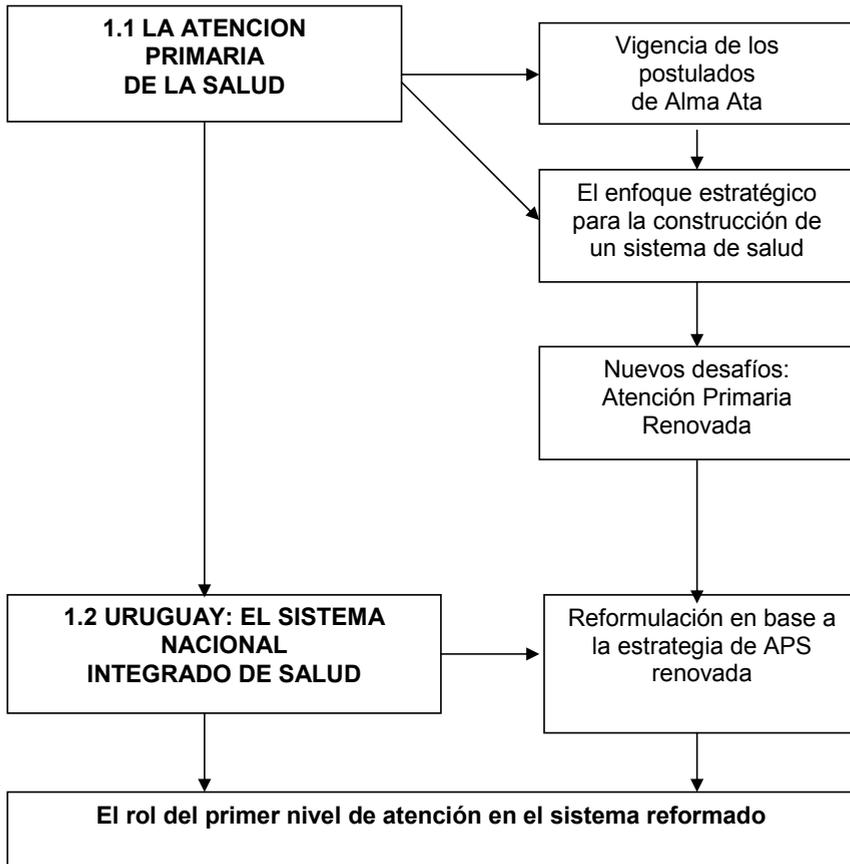
Para finalizar el presente informe es nuestra intención, agradecer a las instituciones que impulsaron esta experiencia por la confianza depositada en nosotros. Estamos convencidos del valor de este curso, que con los agregados y mejoras necesarios, servirá, para promover la capacitación y la motivación de los trabajadores de salud del primer nivel no solo en la República Oriental del Uruguay sino también en el resto de los países de la Región.

Uruguay, 14 de Junio de 2010

ANEXO 1 - Mapas Conceptuales Módulos I a IV

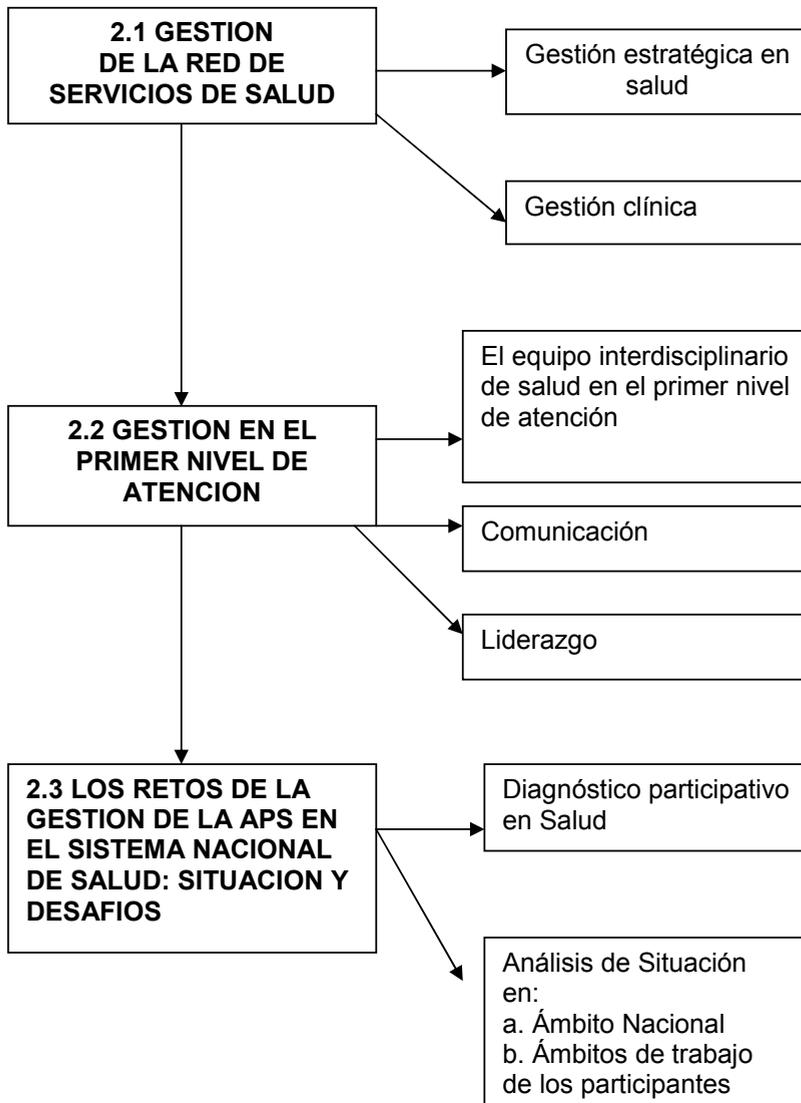
1. Módulo I:

Introducción a la Atención Primaria de Salud Renovada y sus implicaciones en el Sistema Nacional de Salud del Uruguay



2. Módulo II:

La Gestión de la Atención Primaria de Salud en el Sistema Nacional de Salud del Uruguay



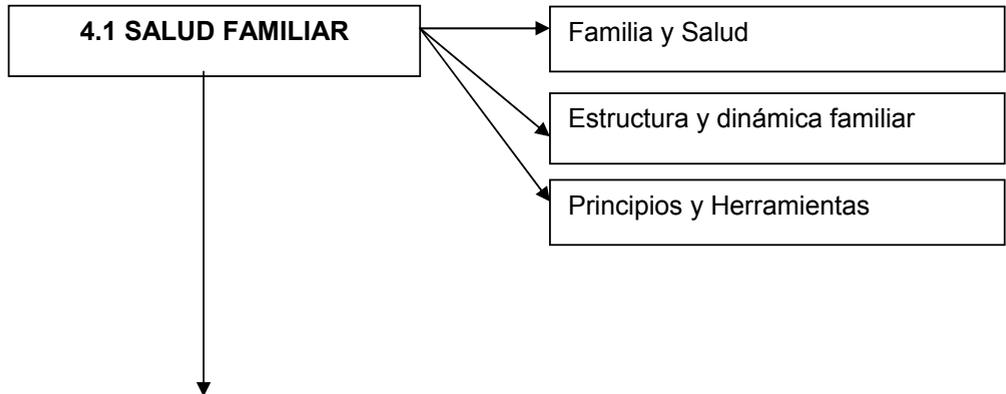
3. Módulo III:

La Salud Comunitaria en la APS renovada



4. Módulo IV:

La Salud Familiar en la APS Renovada



4.2 LA FAMILIA HOY EN EL URUGUAY.

Abordajes integrales a los problemas familiares principales que se plantean en el ámbito de la salud

4.3 ACTIVIDAD INTEGRADORA FINAL EL DESAFIO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN EL ESCENARIO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS: UNA FUNCIÓN ESENCIAL DE LA SALUD PÚBLICA

*Dr. Gilberto Ríos Ferreira

*La salud concebida como “una categoría biológica y social,
en unidad dialéctica con la enfermedad,
resultado de la interrelación armónica y dinámica entre
el individuo y su medio,
que se expresa en valores mensurables de
normalidad física, psicológica y social,
permite al individuo el cumplimiento de su rol social,
está condicionada al modo de producción y
a cada momento histórico del
desarrollo de la sociedad y
constituye un inestimable bien social ”.*

Villar – Capotte

INTRODUCCION

La reforma sanitaria iniciada en 2005 en el Uruguay, se procesa en el marco de un conjunto de reformas estructurales en el campo social y económico. Entre estas se destacan el Plan de Emergencia, la Reforma Tributaria, la Reforma de Educación, y la Reforma Laboral. Todas con diferente grado de avance al final del período 2005 - 2009 y todas con continuidad en el presente.

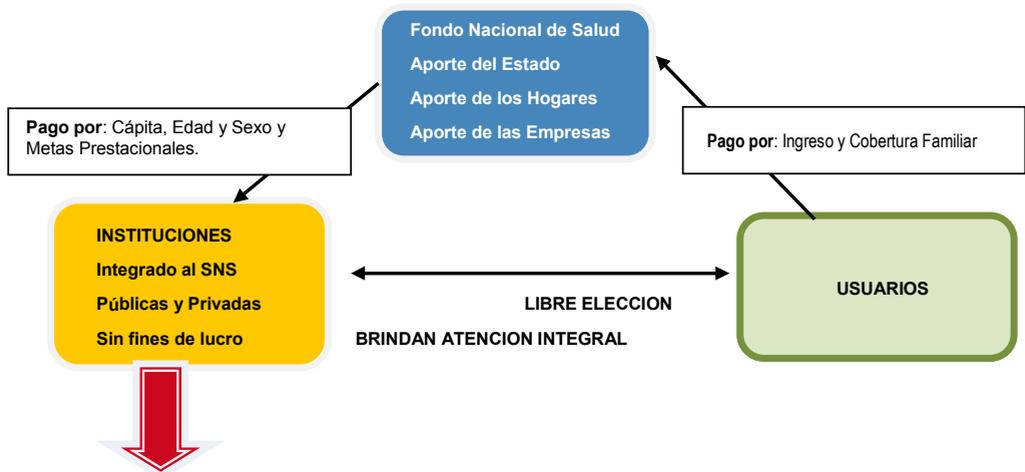
El objetivo central de la Reforma del Sistema de Salud es la universalización de la atención en salud a toda la población en niveles de accesibilidad y calidad homogéneas y con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano. Sus lineamientos nacen de las definiciones programáticas del gobierno consensuadas con los actores involucrados nucleados en el Consejo Consultivo para el cambio en salud.

Los grandes desafíos del proceso de la reforma comprenden la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), financiado por el Seguro Nacional de Salud (SNS), la descentralización de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y el Ministerio de Salud Pública (MSP) retomando su rol de rectoría y las funciones de autoridad sanitaria que le asigna la Constitución y las Leyes.

El propósito es avanzar hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) único que favorezca la racionalización y optimización de las prestaciones y los recursos en salud, en una lógica de complementación y coordinación entre efectores públicos y privados, recogiendo lo mejor de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y demás servicios públicos.

Cuadro I:

REFORMA DE LA SALUD: Seguro Nacional de Salud su estructura y los prestadores del SNIS



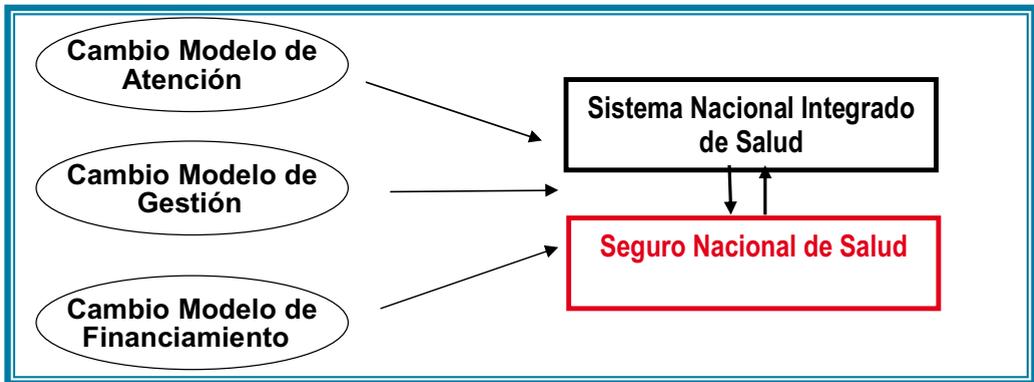
Tipo de prestador integral		FA	Distribución territorial
Privado	IAMC (sin fines de lucro)	40	Montevideo. Interior.
	Seguros privados	6	Montevideo
Público	ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado)	1	Montevideo. Interior
Totales		47	

Se trata de la construcción de un Sistema que racionalice servicios, ahorre costos, mejore la justicia social en el acceso a las prestaciones y desarrolle la eficiencia del sistema, estimulando la integración y la complementación, enfrentando la inercia de Instituciones que estimulan aun más la competencia que la complementariedad. *

* La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) Ministerio de Salud Pública - 2009

Cuadro II

REFORMA DE LA SALUD: su estrategia



El cambio de modelo de Atención

- Fortalecimiento de los aspectos preventivos sobre los curativos, con énfasis en el Primer Nivel con una estrategia de APS, con un enfoque de cercanía y desarrollo.
- Promover la educación y la promoción de salud con un abordaje interdisciplinario e intersectorial que permita actuar sobre los factores determinantes de la salud (sociales, económicos, culturales y ambientales).
- Prevención de las enfermedades prevalentes, actuando sobre los hábitos de vida inadecuados, adelantándose a su presentación con activas políticas de educación, promoción, inmunización y detección oportuna.

ANTECEDENTES

Desde el inicio se consideraba a este eje estratégico como clave para el éxito de la reforma y como el mismo estaba íntimamente relacionado con una política de capacitación de recursos humanos alineado con el cambio del modelo y el desarrollo de la estrategia de APS.

En abril del 2006 a instancias de la Dirección Departamental de Salud de Canelones y el MSP se realizó **el Seminario – Taller “Diseño de un Plan de Atención Primaria en Salud”, y donde además de un diagnóstico de situación sobre esa región, emergieron como aspectos relevantes la capacitación en APS, como condición ineludible para efectivizar un plan de APS.**

El **PROPÓSITO** del Seminario es establecer un debate doctrinario sobre la estrategia de APS hacia el cambio del modelo de atención en el marco de la reforma del sector salud. El debate debe incorporar las concepciones más actualizadas tomando como referencia el impulso que en ese sentido lleva adelante la OPS/OMS: **Documento de posición:**

“Renovación De la Atención Primaria en las Américas” que tuvo como insumo básico los resultados de la Consulta Regional sobre la Renovación de la APS en las Américas realizada en Montevideo entre el 26 y el 29 de julio de 2005.

La estrategia de APS debe ser asumida como herramienta innovadora para el cambio de la práctica de los profesionales de la salud y la participación activa de la sociedad civil en su cuota parte de responsabilidad en una concepción integral de la salud.

Significará el inicio de un proceso de verdadera transformación cultural, de debate de ideas, de confrontación de la teoría con la práctica y la construcción de un cuerpo de ideas que deberá ser patrimonio común de todos los actores involucrados.

Un componente permanente del debate será el desarrollo de un programa de recursos humanos acorde a la estrategia de la APS, determinando necesidades, diseñando procesos de capacitación, optimizando las capacidades propias y requiriendo apoyo para superar las insuficiencias.

OBJETIVOS:

1. Ocupar por parte del Ministerio de Salud Pública el papel activo que le corresponde para generar la discusión doctrinaria del cambio de modelo.
2. Jerarquizar el papel del equipo de salud, del sector público y colocarlo en una posición de liderazgo.
3. Realizar una actividad de educación para el equipo de salud en un ámbito participativo centrando los objetivos principales del Plan de Salud.
4. Incorporar experiencias de otras protagonistas naturales del desarrollo de este tipo de estrategias.

En las conclusiones del seminario resumidas por el Dr. Luis Calegari Costa¹ ya se establecía entre otras consideraciones que “...es notoria la deficiente cobertura universal, la inequidad en el acceso a la salud entre diferentes comunidades y aún dentro de la misma, la carencia de recursos humanos y materiales para atender la demanda – **fundamentalmente recursos humanos con perfiles técnicos o profesionales diversos y específicos** – y sobre todo la deficiente coordinación entre servicios que interfiere con la necesaria complementación y un adecuado sistema de atención progresiva.” Ya en el análisis de las debilidades se remarcaba

“ la escasa formación del personal de salud actual para el desarrollo de actividades de APS”

En el nuevo SNIS, el Ministerio de Salud Pública, (MSP, reforzado en su rol de autoridad sanitaria y separado de las funciones prestadoras y la Junta Nacional de Salud, (JUNASA) Organismo Desconcentrado, Administradora del Seguro Nacional de Salud y respon-

¹ Exdecano de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

sable de garantizar el cumplimiento de los principios rectores y objetivos del SNIS), llevan adelante un cambio en el modelo de atención a la salud.

Éste consiste en la articulación de todos los prestadores públicos y privados² de atención integral. Sus principios rectores no solamente tienen que ver, como hasta el momento, con las acciones curativas y de consulta espontánea de la población, sino que agrega criterios de calidad en la atención, acciones de prevención y promoción de la salud, intersectorialidad de las políticas, cobertura universal, accesibilidad y sustentabilidad del sistema, equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones, respeto al derecho de los usuarios, solidaridad en el financiamiento, eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.

Sus objetivos explicitados son alcanzar el más alto nivel de salud de la población, implementar un modelo de atención integral, impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, organizar la prestación de los servicios, lograr aprovechamiento racional de recursos humanos, materiales y financieros, promover el desarrollo profesional continuo, fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios y establecer un financiamiento equitativo para la atención integral en salud.

Para el logro de estos objetivos, la política de RRHH y particularmente la capacitación de los mismos es uno de los “Ejes estratégicos”. No es posible una reforma del sistema sin una adecuada política de RRHH que incluya la capacitación, el “reperfilamiento”, la adecuación de los mismos a una nueva forma de organización de la asistencia.

Se han puesto en marcha acciones para lograr que los efectores de salud tengan políticas de capacitación de sus RRHH.

A nivel general se han instrumentado “metas prestacionales”, que se incorporan a la cápita que recibe cada prestador ajustadas por riesgos de edad y sexo. Una de las metas refiere a la capacitación de los recursos humanos.

Además desde hace varios años funciona un Grupo de Trabajo interinstitucional Permanente (GTIP), donde participan las gremiales médicas, la Facultad de Medicina, la Academia Nacional de Medicina y el MSP, con el objetivo de avanzar hacia un Sistema Nacional de Desarrollo Profesional Continuo (DPMC).

RRHH DE SALUD EN EL URUGUAY

El punto de partida respecto de los RRHH de salud en Uruguay tiene algunas fortalezas que le son propias y algunas debilidades compartidas con otros países de la región.

Entre las primeras podemos decir que contamos con un médico cada 240 habitantes lo que junto a Cuba y Argentina nos coloca como los países con mayor número, con buena formación profesional. Las debilidades incluyen la distribución irregular en el territorio nacional, con dificultades para cubrir algunas zonas con algunas especialidades, la tendencia creciente a la migración en los últimos años, (Chile en la región y España a nivel

² Uruguay tiene una larga historia de prestadores privados sin fines de lucro conformando un sistema de seguro de prepago, organizaciones mutuales de ayuda muchas veces vinculadas a los agrupamientos solidarios de emigrantes y en otros casos cooperativas médicas, todos estos prestadores integrales.

internacional figuran como los principales atractores) y una formación que todavía no se adapta a las demandas del nuevo modelo.³

La enfermería universitaria en número muy por debajo de las necesidades y estándares internacionales invierten el índice enfermera/médico. El país para subsanar este déficit prepara en escuelas de enfermería, “auxiliares de enfermería” que son supervisadas por aquellas en los diferentes servicios de asistencia.

En este contexto la capacitación de RRHH de Salud se concibe por parte del MSP:

- como actividad permanente en cualquier escenario de una organización.
- como uno de los ejes estratégicos para el cambio de modelo de atención.
- incluyendo tanto las áreas asistenciales como las de rectoría.
- priorizando dos polos:
 - gestión (tanto en servicios asistenciales como en lo concerniente a rectoría y políticas sanitarias)
 - equipos de salud

Un documento de la Dirección Departamental de Salud de Canelones titulado “FORMACION PROFESIONAL CONTINUA DE LOS EQUIPOS DE LA SALUD, PROPUESTA DEPARTAMENTAL”, establece en sus fundamentos ***“la imperiosa necesidad de coordinar la formación y readecuación de sus Recursos Humanos con los organismos académicos nacionales, articulando desde lo local con las estructuras públicas y privadas acreditadas para poder transitar el proceso de cambio hacia un modelo prevencionista, integral y participativo que logre viabilizar en forma oportuna y dar respuesta en la primera línea las necesidades de la comunidad y los requerimientos de la reforma.”***

Es en éste marco que se vienen planificando actividades de capacitación de recursos humanos, para profundizar la reforma del sistema.

ACTIVIDADES DE CAPACITACION EN APS.

Las actividades de capacitación en APS han sido numerosas en este período, pero se destacan algunas en las que el MSP participó activamente a través de la firma de convenios.

Uno con una institución internacional: la Escuela Andaluza de Salud Pública y el otro con una institución regional: ISALUD de Argentina.

Estos proyectos tenían como factor común la participación de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República como capacitador asociado y en el caso del convenio con ISALUD con el apoyo de la OPS.

³ La Facultad de Medicina de la Universidad de la República ha iniciado el año pasado un nuevo programa de formación a esos efectos.

Dichos convenios dieron lugar a dos proyectos:

1. “Curso de Capacitación en Gestión para Profesionales del MSP y ASSE”. Convenio MSP-Escuela Andaluza de Salud Pública España.
 2. **“Curso de Desarrollo Profesional Continuo para el Equipo de Salud del 1er. Nivel de Atención”. Convenio MSP - Fundación ISALUD Argentina** (que desarrollaremos en mayor profundidad)
-
1. **“Curso de Desarrollo Profesional Continuo para el Equipo de Salud del 1er. Nivel de Atención”.**

El día 17 de abril de 2009 fue firmado el Convenio Marco de Cooperación celebrado entre el MSP y la Universidad Fundación ISALUD de la República Argentina para la Formación, Capacitación y desarrollo de Recursos Humanos, desarrollo de investigaciones y/o programas de asistencias técnicas para la gestión de instituciones públicas y/o privadas de salud,

Como primera etapa se llevó adelante el **“Curso de Desarrollo Profesional Continuo para el Equipo de Salud del 1er. Nivel de Atención”** con formato fundamentalmente virtual. Se estructuró en ocho módulos, dictándose en una primera etapa (2009-2010) los primeros cuatro. Estuvo dirigido a médicos y no médicos del SNIS que trabajan en el primer nivel de atención, del interior y de Montevideo, tanto del subsector público como el privado, cuatro restantes se destinan a temas de actualización clínica para médicos. Esta segunda etapa se encuentra próxima a comenzar.

Esta iniciativa cuenta con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y la Facultad de Medicina de la UDELAR.

Este curso constaba de dos etapas, una general en tanto alcanzaba a funcionarios médicos y no médicos, otra exclusiva para médicos. Previamente se llevó adelante el proceso de selección de los tutores en base a un llamado abierto, publicado en prensa, luego se conformó un tribunal integrado por un representante de cada una de las instituciones y se realizó la selección en base a los méritos de los aspirantes.

Luego se capacitó a los tutores seleccionados en la utilización de la plataforma virtual de ISALUD.

Curso: Contenidos y competencias

Módulo I	Curso: Contenidos y competencias
Introducción	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aprendizaje a distancia <input type="checkbox"/> Utilización de los instrumentos del aula virtual <input type="checkbox"/> Comunicación con el tutor y sus compañeros <input type="checkbox"/> Introducción a la Medicina Familiar y Comunitaria <input type="checkbox"/> La Estrategia de la Atención Primaria de la Salud <input type="checkbox"/> La realidad de los Sistemas de Salud. Ejes del proceso de Reforma en el Uruguay
Competencias	<p><u>Al finalizar el módulo, el alumno será capaz de:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Manejar las herramientas básicas de la plataforma educativa sobre base Web <input type="checkbox"/> Comunicar su tutor y participar en los foros que se proponen <input type="checkbox"/> Definir a la Atención Primaria de la Salud como conjunto de actividades, puerta de entrada, estrategia y filosofía y conocer sus principales componentes y características

Módulo II	Gestión en el Primer Nivel de Atención
Competencias	<p><u>Al finalizar el módulo, el alumno será capaz de:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conocer la importancia y el rol de la gestión aplicada a los servicios del primer nivel de atención. <input type="checkbox"/> Describir y aplicar las principales herramientas de la gestión clínica a la Atención Primaria de la Salud <input type="checkbox"/> Adquirir los conceptos necesarios para aplicar las principales herramientas técnicas para la comunicación a problemas del Primer Nivel de Atención. <input type="checkbox"/> Aplicar los conceptos principales de la gestión de recursos humanos y liderazgo de equipo de salud en Atención Primaria de la Salud.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Introducción a la Gestión en el Primer Nivel de Atención <input type="checkbox"/> Teorías de la Gestión en Salud <input type="checkbox"/> Gestión estratégica en el Primer Nivel de Atención <input type="checkbox"/> Gestión clínica en el Primer Nivel de Atención <input type="checkbox"/> Comunicación Social en Primer Nivel de Atención. Comunicación en el Equipo de Salud. Comunicación médico-paciente. Comunicación social <input type="checkbox"/> Gestión de recursos humanos en el Primer Nivel de Atención <input type="checkbox"/> Equipo de salud en el Primer Nivel de Atención. Perfiles disciplinarios, roles y responsabilidades en el Equipo de Salud. Interdisciplina. Intersectorialidad

Módulo III	Promoción de Salud. Salud Comunitaria. Participación Comunitaria en Salud. Conceptos y herramientas
Competencias	<p><u>Al finalizar el módulo, el alumno será capaz de:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Definir Atención de Primaria orientada a la Comunidad, su ciclo y su importancia en relación con el trabajo en el Primer Nivel de Atención. <input type="checkbox"/> Enumerar los métodos que se utilizan para la realización de estudios cuantitativos y cualitativos de necesidades en la comunidad y sus principales componentes. <input type="checkbox"/> APS y Renovación de la Atención Primaria en Salud (Documento de Montevideo). <input type="checkbox"/> Determinantes Sociales de la Salud <input type="checkbox"/> Realizar diagnóstico participativo de situación de salud comunitaria. <input type="checkbox"/> Aplicar la tecnología de la atención primaria, a casos relacionados con problemas comunitarios. <input type="checkbox"/> Definir la estrategia de Promoción de Salud. Planificación local participativa
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estudio de necesidades desde la perspectiva comunitaria. Herramientas. Cualitativas y cuantitativas. <input type="checkbox"/> Análisis de información y diseño de intervenciones en la comunidad. Modelo Preceed-Proceed. <input type="checkbox"/> Promoción de Salud. <input type="checkbox"/> Educación para la Salud. <input type="checkbox"/> Participación comunitaria y social. Empoderamiento. Vida Cotidiana. Estilos de vida

Módulo IV	Principios y herramientas de la Medicina General Integral con abordaje Familiar y Comunitaria
Competencias	<p><u>Al finalizar el módulo, el alumno será capaz de:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medicina Familiar y Comunitaria. Conceptos. Alcances y desarrollo <input type="checkbox"/> Describir en forma conceptual las principales herramientas de la Medicina Familiar y Comunitaria <input type="checkbox"/> Aplicar las principales herramientas de la Medicina Familiar y Comunitaria a la atención de pacientes, familia y comunidad. <input type="checkbox"/> Conocer y aplicar el modelo de práctica clínica centrada en la persona del paciente y sus componentes. <input type="checkbox"/> Conocer y aplicar las diferentes modalidades de consulta. <input type="checkbox"/> Conocer el concepto de Familia <input type="checkbox"/> Conocer el concepto de comunidad <input type="checkbox"/> Estructura y dinámica familiar
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Principios de la Medicina Familiar y Comunitaria <input type="checkbox"/> El Modelo Biopsicosocial y el trabajo por problemas. Historia Clínica familiar y listado de problemas de factores de riesgo y protectores <input type="checkbox"/> Proceso Clínico Centrado en el paciente. <input type="checkbox"/> Medicina Basada en la Evidencia <input type="checkbox"/> Abordaje familiar y comunitario <input type="checkbox"/> La Familia hoy en el Uruguay. Abordajes integrales a los problemas familiares principales que se plantean en el ámbito de la salud

El trabajo concertado entre OPS/UDELAR/Ministerio de Salud Pública /Universidad ISALUD permitió generar una propuesta curricular adecuada a la realidad uruguaya que se refleja en la selección de los contenidos.

El curso tuvo una Modalidad Semipresencial (un encuentro al principio del Curso, luego a distancia vía campus virtual de ISALUD y una actividad final de presentación de trabajos y síntesis conceptual general en la que participaron alumnos, tutores y docentes de la Facultad de Medicina, Coordinadores de I Salud y representante de OPS).

La plataforma tecnológica puso a disposición de los alumnos materiales de lectura obligatoria y complementaria, casos y consignas de trabajo, así como foros de discusión y la posibilidad de interactuar con los tutores. Cada alumno tuvo asignado un tutor durante todo el curso.

Las actividades propuestas consistieron en resolución de casos, foros de discusión, lecturas complementarias, actividades de reflexión sobre la práctica y elaboración de propuestas de intervención y actividades individuales y grupales de estudio.

Las actividades comenzaron formalmente el día 11 de junio de 2009 luego de la sesión inaugural presencial y finalizó el 28 de febrero con la culminación del Módulo 4.

Por otra parte se realizaron ocho reuniones virtuales de trabajo mediante el uso del sistema “Elluminate” del equipo de coordinación integrado por los docentes de ISALUD, de la Facultad de Medicina de la UDELAR y representantes de OPS y del MSP. De esta manera se realizó un monitoreo permanente sobre la marcha del curso, se planteaban las dificultades y se aportaban las soluciones, se hacían los ajustes que correspondían para cada etapa, se planificaban las actividades futuras.

El curso contó con una estructura de 21 grupos. Los tutores incorporaron la experiencia de enseñanza con base en tecnologías de la comunicación, todos contaron con capacidades y destrezas suficientes para desarrollar adecuadamente su rol y cumplieron con las consignas y la comunicación en forma regular.

Ingresaron a la plataforma 190 alumnos, de un total de 251 inscriptos. Entregaron y aprobaron su trabajo final en tiempo y forma 87 alumnos.

Esta actividad ha sido evaluada por el MSP como positiva. Se trató de una experiencia piloto que permitirá llevar adelante actividades de este tipo con regularidad, acierto y llevar la capacitación a otras áreas del interior del país donde el acceso a las actividades de capacitación es más difícil.

Es la primera vez que se realiza en el país un curso virtual, de capacitación tan amplio, (como veíamos los tutores incorporaron la herramienta del manejo de la docencia a distancia) y con la coordinación entre cuatro instituciones, (MSP, ISALUD, UDELAR y OPS).

El día 27 de julio de 2010 se realizó en el Salón de Actos del MSP, la entrega de los certificados a los participantes que aprobaron el curso, con la presencia del Vice / Rector de ISALUD, Lic. Eugenio Zanarini, el representante de OPS/OMS en Uruguay Dr. Eduardo

Levcovitz, el recientemente electo nuevo Decano de la Facultad de Medicina Prof. Dr. Fernando Tomasina y el Ministro de Salud Pública Economista Daniel Olesker.

Este cierre de una primera etapa marcó la continuidad de una política que sigue formando parte de la agenda de prioridades de la reforma, por lo que son amplias las perspectivas para la continuidad de proyectos de /estas características.

Agradecimientos

A la Licenciada Ana Gatti, y el Dr. Ricardo Acuña por el apoyo y colaboración para la elaboración de esta publicación.

CONSTRUCCIÓN DE UNA RED CONTINENTE. APS y Primer Nivel en el Cambio de Modelo de Atención en Montevideo. Uruguay. 2005 – 2009

Dr. Wilson Benia¹
Dra. Gabriela Medina²

¹ Asesor de la Dirección de la División Salud de la Intendencia de Montevideo.
Ex Director de la Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de Servicios de Salud del Estado. RAP-ASSE (2005 - 2010). Ex Prof. Adj. del Dpto. de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Universidad de la República (2001 - 2009). Magíster en Epidemiología. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

² Subdirectora del Área Metropolitana de la Red del Primer Nivel de Atención de la Administración de Servicios de Salud del Estado. Ex Subdirectora de la Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de Servicios de Salud del Estado. RAP-ASSE (2005-2010) Especialista en Administración de Servicios de Salud. Facultad de Medicina. Universidad de la República

Glosario de siglas y abreviaturas

ADU:	Asociación de Diabéticos del Uruguay.
ANCAP:	Administración Nacional de Combustibles, Alcohol y Portland
ANEP:	Administración Nacional de Educación Pública
ASSE:	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BPA:	Buenas Prácticas de Alimentación
BPS:	Banco de Previsión Social.
CAIF:	Centros de Atención a la Infancia y a la Familia
CH:	Comisión Honoraria
CHPR:	Centro Hospitalario Pereira Rossell.
CLAP:	Centro Latinoamericano de Perinatología.
CS:	Centro de Salud
DIGESA:	Dirección General de la Salud
EAS:	Equipo de Área de Salud
FFSP:	Federación de Funcionarios de Salud Pública
FNR:	Fondo Nacional de Recursos
IMM:	Intendencia Municipal de Montevideo
INAU:	Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay
INDA:	Instituto Nacional de Alimentación
INFAMILIA:	Programa de Infancia, Adolescencia y Familia del MIDES
ITS:	Infecciones de Transmisión Sexual
JUNASA:	Junta Nacional de Salud
MSP:	Ministerio de Salud Pública.
MIDES:	Ministerio de Desarrollo Social
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
OPP:	Oficina de Planeamiento y Presupuesto de Presidencia
PANES:	Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social.
PAP:	Estudio de Papanicolaou
PNA:	Primer Nivel de Atención
PIAI:	Programa de Integración de Asentamientos Irregulares
PNUD:	Programa para el Desarrollo de Naciones Unidas
RIIS:	Redes Integradas de Servicios de Salud
SGS:	Sistema de Gestión en Salud
SNIS:	Sistema Nacional Integrado de Salud.
UDELAR:	Universidad de la República
UE:	Unidad ejecutora

MARCO POLÍTICO INSTITUCIONAL.

En el año 2005 el Sector Salud comenzó a transitar en el Uruguay un proceso de Reforma relevante, que diversos actores políticos y sociales identifican como uno de los logros más destacados de la primera etapa de lo que algunos consideran la instalación de la “era progresista” en el país, después de dos décadas de gobiernos de los partidos tradicionales que detentaron el poder luego de la reapertura democrática en 1985. El proceso ha sido sostenido por un imperativo ético y técnico derivado de las inequidades observadas en la realidad nacional, así como por un imperativo programático emanado de la voluntad popular expresada en las urnas validando las propuestas de la actual administración.

La experiencia que analizamos se ha desarrollado en la **Red de Atención del Primer Nivel (RAP-ASSE)**, que integra 114 puntos de contacto de efectores de salud con la población, en la capital del país y parte de la zona metropolitana.

RAP-ASSE es una unidad ejecutora de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) en Montevideo, responsable de la atención a la salud en el Primer Nivel, de alrededor de 350.000 ciudadanos con cobertura formal del sector público a través de ASSE. Debe señalarse aquí rasgos relevantes del perfil institucional de ASSE, que también caracterizarán a su Red de Atención del Primer Nivel: a partir de la Reforma iniciada en el año 2005, ASSE se configuró en un organismo descentralizado, empresa pública prestadora de servicios de salud perteneciente al Sistema Nacional Integrado de Salud; a la vez, por el mandato constitucional de que el Estado debe asegurar la atención a la salud de las personas en situación de indigencia, constituye el brazo operativo estatal para dar cobertura en salud a todas las personas en situación de exclusión social, inclusive extranjeros. Se puede, entonces, acceder a poseer cobertura formal de ASSE de tres maneras: 1. Por su bajo nivel de ingresos que lo habilita a obtener la atención gratuita. 2. A través de la Seguridad Social (porque elige ASSE o porque al no elegir prestador se le asigna ASSE). 3. A través del pago una cuota mensual de afiliación, cuando opta por ASSE y no le corresponde la cobertura de la Seguridad Social. Las dos últimas modalidades son posteriores a la Reforma y significan menos del 10% de los usuarios. Si bien ha tenido modificaciones, su población beneficiaria, que según datos oficiales asciende a 1.281.000 personas en todo el país, aún proviene mayoritariamente de los sectores sociales más sumergidos.

En la RAP-ASSE anualmente se brindan aproximadamente 1.000.000 de consultas médicas a sus usuarios. Incluye servicios territoriales (Centros de Salud, Policlínicas, Consultorios de Área) y un Sistema de Unidades Móviles para emergencia, urgencia y traslados. Debe señalarse que es la única de las 68 UE de ASSE con estructura y funcionamiento exclusivos de Primer Nivel.

Tiene definida como **VISION** institucional,

- Consolidar un Primer Nivel de atención, continente y resolutivo, que permita realizar la promoción, prevención específica, detección precoz, atención de los problemas de salud, rehabilitación y cuidados paliativos para la población beneficiaria de ASSE del departamento de Montevideo.
- Brindar atención a la salud con criterios de integralidad, oportunidad, accesibilidad, calidad, continuidad y equidad, consolidando un modelo de atención humanizado

con enfoque interdisciplinario y la plena participación de funcionarios y beneficiarios, desde una perspectiva de derechos.

Su **MISION** en el sistema de salud es,

- Brindar atención integral a los ciudadanos con cobertura formal de ASSE, en el primer nivel de atención, con enfoque preventivo y énfasis en la promoción de salud, en el departamento de Montevideo.
- Contribuir desde el ámbito departamental a la constitución de un Sistema Nacional Integrado de Salud de cobertura universal e igualitaria, financiado por un Seguro Nacional sobre bases de solidaridad y justicia social.

ASPECTOS DEL MARCO JURÍDICO.

Los documentos oficiales y los proyectos de ley que han viabilizado la Reforma identifican que la razón de ser de ese proceso, es el Cambio de Modelo en la Atención, en la Gestión y en la Financiación de las instituciones integrantes del naciente Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) ⁽¹⁾

Los aspectos vinculados al cambio en el sistema de Financiación de las instituciones han sido ampliamente discutidos en ámbitos políticos, sociales, académicos y en los medios masivos de comunicación, con fuerte presencia de los protagonistas institucionales, desde el cuestionamiento o la defensa de las modificaciones.

El Cambio de Modelo de Atención y de Gestión es quizá el más difícil de materializar y visibilizar; allí se instala el desafío de que el discurso pueda ser contrastado objetivamente con la praxis de la Reforma. Se perciben señales visibles con el lanzamiento de programas priorizados por las autoridades sanitarias y diversos actores sociales, como con la difusión de lo que en términos técnicos se denominan metas prestacionales, de fuerte carácter preventivo, cuyo cumplimiento se vincula al pago de una proporción de la cápita a las instituciones responsables de la cobertura de la población.

En este apartado plantearemos en trazos gruesos el soporte jurídico de la Reforma ⁽²⁾, que sustenta el cambio de modelo de gestión y de atención, integrando desde el ámbito normativo la lógica de redes y la estrategia de APS.

La **Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud** (Ley 18.211) ⁽³⁾ plantea un conjunto de principios rectores, entre los que destacamos:

- Promoción de salud / orientación preventiva e integral
- Intersectorialidad
- Cobertura universal
- Equidad, continuidad y oportunidad de prestaciones. Calidad de atención
- Respeto a derechos
- Participación social de trabajadores y usuarios
- Solidaridad en el financiamiento

En su capítulo II sobre la integración del SNIS, define que podrán integrarlo ASSE y otros servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas, las Instituciones de Asistencia

Médica Colectiva, Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular sin fines de lucro, y otros seguros integrales existentes al momento de aprobación de la Ley. Define asimismo como criterio de inclusión al Sistema Nacional Integrado de Salud, que las entidades públicas y privadas deben contar con órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios.

En su Cap IV sobre la RED de Atención en Salud plantea algunos elementos relevantes:

- El SNIS se organizará en REDES por niveles de atención, en base a estrategia de APS y con prioridad en el Primer Nivel de atención,
- La Junta Nacional de Salud (JUNASA) establecerá mecanismos de referencia y contra referencia entre distintos niveles de atención,
- Prioridad del Primer Nivel: enfoque hacia personas, familia, comunidad y ambiente, con acciones integrales y equipos interdisciplinarios, atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia,
- JUNASA fomentará la articulación de redes en territorio definido tendiendo a la racionalización de recursos,
- Fomento de la acción intersectorial en salud integral, con énfasis en espacios educativos.

Los objetivos del SNIS planteados en la Ley 18.211 evidencian el potencial transformador del proceso de reforma:

- Alcanzar alto nivel de salud por el desarrollo integrado de acciones hacia personas y medio ambiente, con su amplia participación.
- Implementar un modelo de atención integral con políticas articuladas y programas integrales (promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación, cuidados paliativos).
- Organizar la prestación de servicios según niveles y áreas territoriales.
- Promover el desarrollo profesional continuo.
- Fomentar la participación de trabajadores y usuarios.
- Establecer un financiamiento equitativo.

El contexto de la Reforma también está definido por la **Ley 18.161**⁽⁴⁾ que determinó la descentralización del prestador público respecto del MSP, configurando a ASSE como la Empresa Pública prestadora de servicios de salud en un Sistema Nacional Integrado de Salud. También cabe señalar que ASSE conserva en su definición de competencias, el rol de articulador de los servicios de salud del ámbito público.

ANTECEDENTES

Explorar los antecedentes de la actual Red de Atención del Primer Nivel de Montevideo, nos remonta a la década del 40. ⁽⁵⁾

En 1942, en la Reunión de Cancilleres Americanos realizada en Río de Janeiro, se decidió desarrollar en el continente los denominados Servicios Cooperativos Interamericanos de Salud Pública (S.C.I.S.P.) que fueron creados en el Uruguay, por un Convenio concluido

el 18 de noviembre de 1943, entre el General George C. Dunham en representación del Instituto de Asuntos Americanos de los Estados Unidos de Norteamérica, y el Ministro de Salud Pública Dr. Luis Mattiauda en representación de Uruguay. Una ley sancionada en setiembre de 1945, aprobó este convenio, extendido sucesivamente hasta 1956.

Con fines de demostración práctica en materia de medicina preventiva y salubridad pública, el S.C.I.S.P. construyó, equipó y puso en funcionamiento los tres primeros Centros de Salud del Uruguay, que en orden cronológico fueron los ubicados en ciudad de Fray Bentos (Departamento de Río Negro, zona oeste del país), ciudad de Treinta y Tres (zona este del territorio nacional) y el barrio Cerrito de la Victoria (en el Departamento de Montevideo, al sur del país, hoy Centro de Salud Giordano). En una segunda etapa, los CS de las ciudades de Melo, Young y San José.

En 1956, finalizó el convenio citado y se creó el Departamento de Unidades Sanitarias, de quien pasaron a depender estos seis centros.

Paralelamente, en 1954 surgía el Programa de Salud Pública Rural (P.S.P.R.), por convenio entre el Consejo Central de Asignaciones Familiares, Instituto Geográfico del Uruguay, los Consejos Departamentales (hoy Intendencias), y las organizaciones internacionales de OMS y UNICEF. Se crearon bajo su dependencia los CS de Rivera, Artigas, Salto, Tacuarembó, Durazno y Paysandú, organizados según el modelo del S.C.I.S.P.

En 1960 se creó el Servicio de Médicos de Radio. En 1962, el Poder Ejecutivo aprueba el Reglamento del Servicio de Asistencia Externa (S.A.E.).

Por la Ordenanza N° 729 del 17/7/1970, se creó el Departamento de Centros de Salud, que fusionó en un solo organismo a lo que era el Departamento de Unidades Sanitarias y Programa de Salud Pública Rural, pasando a integrar el Servicio de Asistencia Externa.

En 1965, en la órbita del MSP se creó el Departamento Materno Infantil, que comenzó a funcionar en 1970. En una Orden Especial de Servicio de 1973, se deslindaron totalmente los campos de acción del Departamento de los Centros de Salud y el Departamento Materno Infantil, estableciendo que al primero le corresponderían las acciones preventivo-asistenciales materno-infantiles del primer grado de complejidad, además de sus otros cometidos específicos, mientras que el segundo sería normativo, de supervisión y asesoría de todas las acciones materno infantiles del país. También se estableció que entre el Departamento de Centros de Salud y el Materno Infantil, las relaciones serían de coordinación y no de dependencia.

En 1983, los Centros de Salud del Interior del país pasaron a depender de los Centros Departamentales, mientras que el Nivel Central del Departamento de Centros de Salud y los Centros de Salud de Montevideo quedaron integrando el Servicio de Asistencia Externa.

En diciembre de 1990 el Servicio de Asistencia Externa, pasó a llamarse Unidad de Atención Médica Ambulatoria Extra-Hospitalaria (U.A.M.A.E.H.), reorganizando sus servicios. En 1993, por Resolución Presidencial N° 27/93 se aprobó la Estructura Orgánica de ASSE. En 1995 por Resolución de ASSE, se aprobó el Reglamento de los Médicos de Ambulancias Especializadas, Médicos de Urgencia, Emergencia y de Radio, dentro de U.A.M.A.E.H. (Unidad Ejecutora Número 02 de ASSE).

Posteriormente, la UAMAEH cambió su denominación a Servicio de Salud de Asistencia Externa (S.S.A.E.), integrando en 1996 al ex Hospital Filtro para la creación del Centro Regulador de Atención Primaria en Salud (C.R.A.P.S.), denominado actualmente, “CS Enrique Claveaux”, con funcionamiento similar a los demás Centros de Montevideo. Desde el año 2005 el S.S.A.E. pasó a denominarse Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (RAP–ASSE, UE 02); absorbió a los médicos de familia que se desempeñaban en Montevideo y que hasta ese momento eran coordinados por un organismo independiente de la UE del primer nivel.

MARCO CONCEPTUAL

En las últimas décadas América Latina ha sido escenario de diferentes procesos de reforma del sector salud, que muestran la conjunción de enfoques diversos. Un primer enfoque responde a la corriente impulsada en 1978 desde la Conferencia de Alma Ata (URSS), en que la OMS validó la denominada **Estrategia de Atención Primaria de Salud** (APS). Esta estrategia significó en la región de las Américas la definición de algunas metas fundamentales que tenían el objetivo de asegurar la accesibilidad y el desarrollo de los denominados ocho elementos básicos de la APS, que integraban desde mejoras en la alimentación, hasta el suministro de medicamentos esenciales. En varios países la APS devino en APS selectiva, con un conjunto específico de actividades de los servicios de salud dirigidas a los pobres, con énfasis en pocas intervenciones de gran repercusión (control de crecimiento, vacunación, rehidratación oral, lactancia materna). En pocos países latinoamericanos (Cuba, Costa Rica) se desarrolló como una estrategia integral, dirigida a toda la población, de alcance nacional. En los países europeos, particularmente en los que tenían sistemas nacionales de salud estructurados, la Atención Primaria, fue entendida como sinónimo de Primer Nivel de Atención, con énfasis en su calidad y accesibilidad como puerta de entrada al sistema y tendiente a asegurar la continuidad en la atención. ^{(6) (7)}

Un segundo enfoque fue generado por el empuje de políticas neoliberales que tuvieron su propuesta más elaborada en el documento *Invertir en Salud*, propuesto en 1993 por el Banco Mundial, y que han perseguido los objetivos básicos de compatibilizar las políticas de salud con la doctrina neoliberal, ubicando la atención de la salud en el ámbito de lo privado. Buscó adecuar la política de salud a las prioridades del ajuste fiscal, en orden a disminuir y reestructurar el gasto social público y delinear políticas para amortiguar los costos sociales y políticos del ajuste, y los efectos indeseados del proyecto neoliberal: deterioro social y conflictividad política. Desde esta perspectiva, la APS y los servicios públicos han sido visualizados “en razón del alivio de la pobreza”, reorientando el gasto público en salud hacia programas de salud pública con grandes externalidades y servicios clínicos esenciales, sobre los supuestos básicos de la ineficiencia y la escasez de recursos del sector público, y la noción de que el cuidado de la salud pertenece al ámbito de lo privado.^{(8) (9) (10)} Estos procesos de reforma han sido generadores de grandes inequidades, en la medida que las personas y las familias adquieren “paquetes” de prestaciones en función de su capacidad de pago; asimismo aumentaron los niveles de segmentación y fragmentación en los sistemas de salud. ⁽¹¹⁾

Recientemente la OPS, luego de una ronda de consultas regionales iniciada en 2003 al cumplirse los 25 años de Alma Ata, propuso la Renovación de la Atención Primaria de Sa-

lud de las Américas a través de la construcción de los Sistemas de Salud basados en APS, sustentados en un conjunto consensuado de valores, principios y elementos.⁽⁷⁾ Configuran una referencia conceptual para estructurar y definir la dinámica de la red de servicios de salud, y en nuestra experiencia se ha tratado de concretar en los ejes estratégicos definidos para el cambio de modelo.

Entre los valores centrales se destaca el derecho de los ciudadanos al mayor nivel de salud posible, reafirmando el carácter público de este derecho.

Las propuestas más recientes de OPS contribuyen a resituar la noción de lo público, aproximándose a la concepción de que el carácter público de un bien o una acción se determina a partir de que la sociedad lo considera valioso y socialmente prioritario, y decide asumirlo y financiarlo colectivamente.

En el mismo sentido parecen orientarse algunos procesos de fortalecimiento de la atención primaria de salud en los países europeos, aún en el marco de una conceptualización que asimila atención primaria a primer nivel de atención, pero acentuando la relevancia de su articulación con los otros niveles asistenciales y las garantías de continuidad e integridad en la atención.^{(12) (13)}

Se observa en algunas propuestas desarrolladas en países europeos, una tendencia hacia la cesión de poder y presupuesto al primer nivel para el soporte de atención especializada, la conformación de equipos multidisciplinarios que, incluyendo la medicina familiar, den cabida a otras especialidades médicas y otros profesionales de la salud, así como una cartera de servicios muy amplia vinculada a la atención primaria, que incluya la incorporación tecnológica adecuada para aumentar su resolutivez y capacidad de contención. Se tiene asimismo a que los servicios del primer nivel tengan dispositivos de vinculación con los ciudadanos, que los constituyan en ámbitos de democratización e inclusión social.^{(14) (15)}

Por otro lado, impulsar un cambio de modelo en el Primer Nivel orientado por la estrategia de la APS desde una perspectiva de redes, en una organización estatal de atención a la salud, impone plantearnos algunos interrogantes:

¿Que se busca con un Sistema de Redes? ¿Qué valores y criterios sustentan el trabajo en redes? ¿Qué circula por las redes? ¿Es posible articular control y dinámica de redes? ¿Es compatible la lógica de redes con una organización jerárquica?

Preliminarmente responderemos que por las redes circulan necesariamente decisiones, poder y recursos.

El trabajo en redes implica un cambio de paradigma, desde una lógica mecanicista hacia lo que algunos autores denominan paradigma ecológico-sistémico, caracterizado por los procesos integrativos y por la superación de la dinámica del poder-jerarquía-dominación, hacia una dinámica de poder-influencia-servicio hacia los demás.^{(16) (17)} Un poder que en lo institucional se concrete en disponibilidad de recursos y capacidad de una real toma de decisiones; que permita, como reclama Gervas⁽¹⁸⁾, que el potencial de cercanía y conocimiento del contexto y de las necesidades de los pacientes y de las poblaciones que tienen las redes del PNA, se transforme en cursos de acción que “produzcan” salud.

El desarrollo institucional desde una perspectiva de redes se concibe con un continuo proceso de construcción, en la medida que cada componente actúa transformando a los demás, y en una dinámica de autopoyesis, la red se hace a sí misma, es producida por sus componentes a los cuales también produce. La Red de Atención del Primer Nivel ha sido y es construida por cada policlínica barrial en sus procesos de vínculos comunitarios, intersectorialidad, participación social y vecinal, atención a la salud, desarrollo local; y a la vez que cada policlínica se desarrolla en el marco habilitante y de sustento que la institución RAP-ASSE le brinda, desde sus lineamientos, aporte de insumos, capacitación del personal, etc.

Para mantener su capacidad transformadora e incluir en su organización la dinámica de redes la institución debe sostener una tensión inherente a su esencia: Si la diversidad ahoga la estructura, las redes se debilitan y se disipan; si se ahoga la diversidad, las redes se cristalizan y se paralizan. Lo que pareciera una contradicción insoluble entre una lógica jerárquica y una lógica heterárquica ⁽¹⁹⁾, puede concebirse como un movimiento dialéctico hacia nuevas síntesis enriquecedoras de la institución y beneficiosas para los servicios y la salud de la población.

La estrategia mayor de asumir la diversidad y la complejidad, pretende contribuir al fortalecimiento de un proyecto político de cambio y humanización de los servicios de salud sosteniendo una dinámica institucional de redes que potencien las diferencias y los aportes originales de los sujetos a nivel personal e institucional, que partiendo estratégicamente de lo local se proyecten al espacio global, que multipliquen la información, que permitan el desarrollo de la autoestima y las potencialidades individuales e institucionales, que impulsen procesos participativos de investigación y planificación, que construyan y refuercen poderes sociales ⁽¹⁷⁾

Desde esta perspectiva se entiende la Participación, elemento central de la APS, como un proceso complejo que integra:

- empoderamiento y apropiación de los factores determinantes de la situación de salud de las comunidades,
- proceso de aprendizaje para comprender la realidad en su entramado causal e incidir en los procesos históricos y sociales condicionantes de la salud,
- desarrollo de capacidad de análisis de la realidad para intervenir en ella con intencionalidad transformadora,
- involucramiento en la toma de decisiones, respecto de la identificación de problemas de salud y potencialidades de salud, su priorización y eventualmente el diseño de respuestas colectivas, interinstitucionales y comunitarias para abordarlos.
- control social de la gestión, que implica diversos componentes: transferencia de información, rendición de cuentas, esfuerzo comunicacional, exposición transparente al escrutinio público.
- dinámica de reflexión - acción - reflexión, de modo que las actividades y acciones devengan en una praxis transformadora.

La clásica conceptualización de que el Primer nivel de atención se caracteriza por servicios de baja complejidad, desde el punto de vista de las características de sus recursos humanos y los dispositivos asistenciales que integra, debe ser problematizada.

En nuestro medio, ya en la década de los 90, algunos autores señalaban la necesidad de discriminar por un lado la complejidad intensiva, vinculada a la alta tecnología e infraestructura hospitalaria, orientada a la salud individual, y que es el sustento de la clasificación en niveles de atención, y por otro lado la complejidad extensiva, relacionada con los requerimientos del abordaje colectivo y comunitario de la salud, la conformación de equipos interdisciplinarios, intersectorialidad en las intervenciones, desarrollos de organización comunitaria y el énfasis en la prevención y la promoción de salud. ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾ Entendemos que la noción de complejidad extensiva aplica particularmente a la dinámica del PNA, sobre todo en una perspectiva de trabajo en redes. Recientemente la OPS lo ha conceptualizado y profundizado en su propuesta de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) ⁽¹¹⁾

La experiencia en Montevideo en la última década permite afirmar que implementar una Red continente de atención ha requerido el desarrollo de un Primer Nivel con diversos niveles de complejidad de la estructura asistencial:

- a) *Estructura Básica*: Consultorio barrial con Médico de familia o generalista y enfermera, Partera, Pediatra y ginecólogo visitante.
- b) *Estructura Intermedia*: Policlínicas barriales con médicos de especialidades básicas: general, pediatra, ginecólogo. Médicos especialistas de referencia zonal. Técnicos y Servicios básicos de apoyo diagnóstico.
- c) *Estructura de mayor complejidad*: Centros de Salud con médicos de especialidades básicas y demás especialistas. Especialistas y Servicios de apoyo diagnóstico (imagenología, laboratorio) de referencia regional. Servicios de Emergencia.
- d) *Sistema de Unidades Móviles*: Atención a pacientes crónicos no ambulatorios con médicos y enfermería domiciliaria; servicios de traslados y articulación con el nivel hospitalario, etc.

EJES ESTRATEGICOS DEL CAMBIO DE MODELO DE ATENCION.

A efectos de operacionalizar el Cambio de Modelo de Atención en el marco de la Reforma del Sector Salud, en el año 2005 la RAP-ASSE definió **6 ejes estratégicos**: ⁽²²⁾

- Reorganización de la Base Territorial.
- Fortalecimiento de Primer Nivel, en cuanto a resolutividad y capacidad de contención.
- Diseño y ejecución de Programas priorizados
- Implementación de una Política de Recursos Humanos.
- Coordinación intersectorial e interinstitucional.
- Participación de la comunidad organizada.

1. REORGANIZACIÓN DE LA BASE TERRITORIAL

Se inició en el año 2005 y ha implicado la definición de **3 Regiones de Salud**: Oeste, Este y Sur, que a su vez contienen cada una **6 Zonas de Salud**, totalizando 18 zonas en el departamento de Montevideo, compatibles con la división territorial administrativa municipal.

En un proceso participativo que integró actores institucionales del campo de la salud y actores comunitarios, han sido definidas **71 Áreas de salud** en el departamento, que configuran unidades de territorio-población, de cuya atención sanitaria es responsable al menos un efector de la Red.

Este proceso organizativo, así como los otros ejes estratégicos, se vienen desarrollando en conjunto con la División Salud de la Intendencia Municipal de Montevideo y sus 21 policlínicas dependientes, en el marco de un Plan de Acción Conjunto firmado a mediados del 2005, y con plena vigencia.

1.1. ZONAS DE SALUD

En cada una de las 18 zonas de salud, se ha tendido a establecer una coordinación regular de los efectores de salud públicos y privados, que contribuya a la identificación de problemas de salud de la zona, así como la implementación de programas y planes respecto a los mismos.

Cada zona tiene definida una cabecera sanitaria zonal, con el propósito de la coordinación zonal de efectores. Esta cabecera sanitaria zonal inicialmente es responsable de toda la población beneficiaria de ASSE radicada en la zona, con excepción de la población de las áreas que por razones de proximidad o voluntad de los ciudadanos se adscriba a servicios de salud de otra zona.

El rol de cabecera sanitaria zonal incluye las siguientes responsabilidades:

1. Convocar regularmente a la Coordinación Zonal de Efectores de Salud públicos y privados.
2. Realizar y mantener actualizado un diagnóstico de situación sanitaria zonal.
3. Verificar el buen funcionamiento operativo de los equipos de área de salud (EAS), independientemente de su vinculación administrativa.
4. Mantener actualizada la información básica que permita el adecuado control de los efectores de la zona.
5. Supervisar la ejecución de programas priorizados, en todos sus componentes.
6. Mantener la Vigilancia Epidemiológica de la Zona.
7. Propiciar los ámbitos de participación comunitaria.
8. Brindar servicios sanitarios para cubrir las necesidades de su propia área de salud.

Se han definido las cabeceras zonales según la distribución presentada en el Cuadro 1.

1.2. AREAS DE SALUD

La unidad territorio-población **ÁREA DE SALUD** es la base del sistema para dar cobertura de primer nivel. Para sus delimitaciones territoriales se consideraron las características de la población y el territorio: aspectos de carácter cultural, social, demográfico, epidemiológico, de accesibilidad, y dotación de recursos.

Las 71 áreas de salud surgieron así de la delimitación territorial dentro de cada zona, ba-

sada en un conjunto de indicadores demográficos, sociales, culturales y sanitarios, con la participación de actores comunitarios. Pertenecen 27 áreas de Salud a la Región Este, 13 a la Región Sur y 31 a la Región Oeste.

La distribución de áreas por zona se puede apreciar en el mapa de la Fig.1. Cada zona tiene diferente número de áreas, por ej. Zona 12 (7 áreas) y Zona 9 (4 áreas). Cada área de salud tiene una identificación que combina la región (E, O, S), el número de zona (1 a 18), y el número de área dentro de la zona. Así en el mapa se observa en el extremo noreste el área E.9.1 (región Este, zona 9, área 1) y en el noroeste el área O.12. 7, por citar dos ejemplos.

CUADRO 1. Zonas de Salud y Centros de Salud con función de cabecera sanitaria local. RAP-ASSE. 2005-2009.

ZONA de SALUD	Servicio Cabecera Sanitaria
REGIÓN SUR	
1	Centro de Salud CIUDAD VIEJA
2	
5	
3	Centro de Salud Dr. CLAVEAUX (Ex Filtro)
4	
16	
REGIÓN ESTE	
6	C.S. UNION
7	C.S. LA CRUZ DE CARRASCO
8	
9	C.S. JARDINES DEL HIPÓDROMO
10	C.S. PIEDRAS BLANCAS "Badano Repeto"
11	C.S. Dr. MISURRACO (Santa Rita)
REGIÓN OESTE	
12	Centro de Salud SAYAGO (*)
13	Centro de Salud SAYAGO
14	Policlínica Municipal LA TEJA
15	Centro de Salud Dr. GIORDANO
17	Centro de Salud CERRO
18	

(*) Nota: Durante los primeros tres años de la administración, se procuró que el Hospital Saint Bois se constituyera en la Cabecera Sanitaria de la Zona 12, pero actualmente ese rol es cumplido por el Centro de Salud Sayago.

En 2005 se comenzaron a definir e integrar progresivamente los Equipos de área de salud (EAS) responsables de las 71 ÁREAS DE SALUD. Los equipos de salud brindan atención sanitaria en base a los Programas Priorizados que incluyen los componentes de promoción, prevención, detección precoz, tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos. En cada Área de Salud se busca armonizar todos los programas prioritarios a desarrollar en el territorio, de acuerdo con las necesidades y demandas específicas de

cada una, identificando las actividades y los recursos responsables de su ejecución, tanto en el campo institucional como social.

En el año 2009 se comenzó el proceso de adscripción de usuarios a médicos de referencia en cumplimiento de la meta prestacional que al respecto definió el organismo rector del MSP. No se ha concluido este proceso por lo que no se han alcanzado definiciones acerca de cuantos pacientes o familias debe atender o tener adscriptos cada equipo de área de salud. Las líneas estratégicas futuras de profundización del modelo lo incluyen entre sus prioridades.

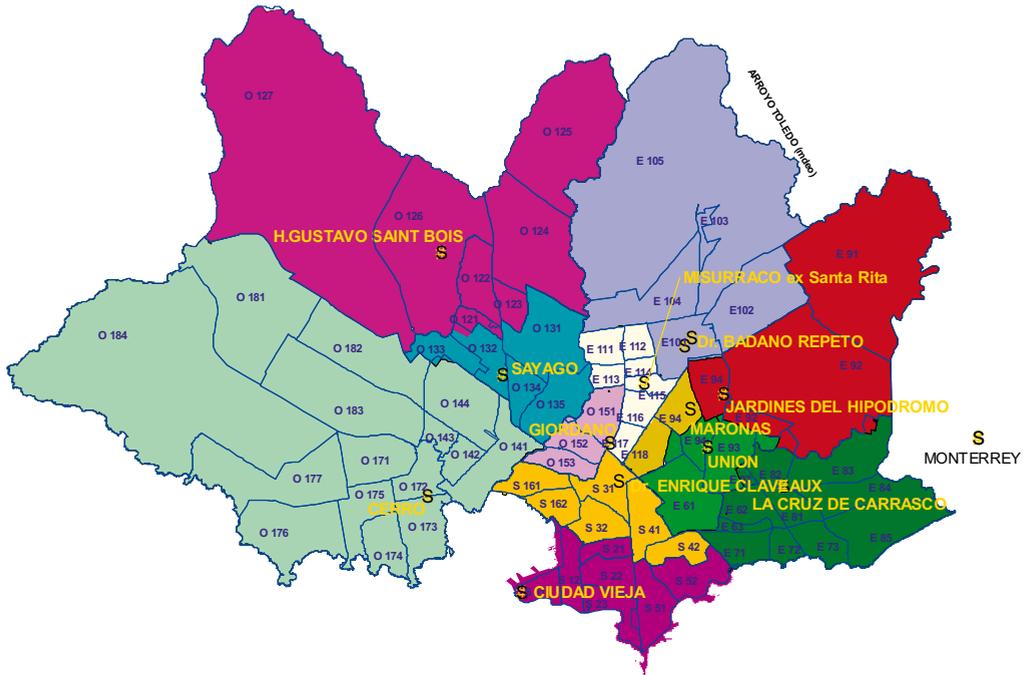


Figura 1. Zonas y áreas de salud. Red de Atención del Primer Nivel. RAP-ASSE. Montevideo. 2005-2009.

Según las necesidades y disponibilidades locales, pueden formar parte del EAS las siguientes disciplinas: médicos, enfermeros, asistentes sociales, psicólogos, odontólogos, higienistas dentales, parteras y nutricionistas. En tal sentido se han integrado progresivamente a los EAS, médicos generales, médicos de familia, pediatras, ginecólogos, enfermeras, odontólogos, higienistas dentales, etc. Otros técnicos y profesionales de especialidades médicas, han sido asignados a las cabeceras sanitarias zonales, para resolver en forma programada las demandas de varias áreas.

Se ha procurado que estos Equipos de Área de Salud, sean integrados en red y no como equipos aislados.

Actualmente la RAP cuenta con 90 médicos “comunitarios” en las áreas de salud (61 médicos de familia y 29 médicos de área). Estos médicos integrantes de los Equipos de Salud de Área, realizan consultas programadas o espontáneas en consultorio, así como consul-

tas programadas en domicilio para pacientes crónicos no autoválidos, por lo que forman parte del Servicio de Atención Domiciliaria de la RAP, coordinado desde el Nivel Central. Esta visita médica domiciliaria preestablecida por el médico, tiene como objetivos *la captación o seguimiento de casos – problema, y el seguimiento de patologías que no impliquen urgencias y que requieran tratamiento intradomiciliario, por imposibilidad real de traslado del paciente al consultorio.*

Este modelo de atención domiciliaria en la RAP busca atender las necesidades de aquellos pacientes adultos y adolescentes de más de 14 años, con enfermedades crónicas y/o terminales de diagnóstico y tratamiento establecido, con discapacidades que les impidan el acceso a los servicios de salud por sus propios medios. No se incluyen procedimientos diagnósticos o terapéuticos, correspondientes a una internación domiciliaria.

En el marco de este trabajo, hemos definido en la RAP, Sub-áreas de Atención Domiciliaria para cada Médico de Familia y de Área, incluidas en las Áreas de Salud de responsabilidad asistencial de cada profesional, delimitadas al interior de cada Zona de Salud. Dentro de cada área definimos tantas sub-áreas de atención domiciliaria como médicos de familia o de área se encuentren asignados a ellas, sin sobrepasar un diámetro de aproximadamente diez cuadras para cada sub-área y basándonos en diferentes criterios, como el de accesibilidad geográfica, adscripción de los pacientes a un médico o efector de salud, densidad de población del área, entre otros. De esta manera, aún resta territorio dentro de las áreas de salud que no queda incluido en ninguna sub-área de atención domiciliaria. Es por ello que el Servicio de Atención Domiciliaria cuenta con 7 Médicos de Crónicos (ME-CRO), que asisten a pacientes cuyos domicilios quedan fuera de las sub-áreas de salud hasta hoy definidas, contando con el uso de vehículos contratados para tales fines.

2. FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL

2.1. PLANTA FISICA

La mejora de la planta física ha sido una prioridad en el fortalecimiento del Primer Nivel y la dignificación de los servicios. Se han desarrollado diferentes estrategias, articulando los esfuerzos de la Comisión de Obras de la RAP, el equipo de Mantenimiento de la RAP, las cuadrillas de Trabajo por Uruguay del MIDES, y los recursos comunitarios. Con una fuerte política de inversiones se ejecutaron en el período 4,5 millones de dólares, logrando importante avances en la capacidad instalada de la red (Fig. 2):

- Remodelación y ampliación de 9 de los 12 Centros de Salud; además de consultorios y áreas asistencias, incluyó la incorporación de salones de usos múltiples como Espacios de Promoción Integral en 6 Centros.
- Construcción de 5 nuevas policlínicas; ampliación y mejoras sustanciales de mantenimiento en 7 policlínicas barriales.

Se implementó además un Servicio de Urgencia de Mantenimiento, que da cobertura ante imprevistos (electricidad, sanitaria, etc.) las 24 hs. del día los 365 días del año.

2.2. GESTION DEL MEDICAMENTO

- **DEFINICIÓN DE VADEMÉCUM RAP:** Se ha ampliado y publicado el nuevo Vademécum RAP, con un ejemplar para cada médico. Se ha difundido entre otros integrantes del equipo de salud, policlínicas comunitarias y farmacias. Una nueva publicación 2010 (segunda versión) con nuevos ajustes e incorporaciones está en preparación para imprenta.
- **FARMACOVIGILANCIA.** Se ha iniciado el proceso de capacitación de médicos, químicos, personal de enfermería y auxiliares de farmacia, en orden a que las 13 farmacias de la RAP configuren nodos en un sistema nacional de farmacovigilancia monitoreado desde la División Productos de Salud y Tecnología Médica (DIGESA-MSP).
- **PAUTAS DE MANEJO CLÍNICO Y TERAPÉUTICO.** Se han elaborado y/o adaptado, para diversas patologías prevalentes: diabetes tipo I y II, hipertensión arterial, asma, EPOC, tabaquismo, patología tiroidea, cuidados paliativos, a efectos de racionalizar el uso de medicamentos y mejorar la calidad de las prestaciones.
- **MAYOR ACCESIBILIDAD EN ENTREGA DE MEDICAMENTOS: LA ESTRATEGIA DE FARMACIAS SOLIDARIAS.**

A principios del año 2006 la RAP-ASSE y el Centro de Farmacéuticos del Uruguay (que representa la mayoría de las farmacias de *Primera Categoría de Montevideo*), iniciaron una experiencia concreta de complementación entre instituciones públicas y privadas del sector salud. El objetivo acordado fue: *“mejorar de la accesibilidad de los usuarios del MSP a la medicación, especialmente los más excluidos por la emergencia social.”*

En una primera etapa se integraron 8 farmacias de Primera Categoría, según los siguientes criterios de selección:

- Ubicación en áreas priorizadas por el PANES.
- Extensión de horarios de atención al público. Horarios nocturnos.
- Accesibilidad: transporte, distancias de núcleos de concentración de población, etc.
- Seguridad y disponibilidad de equipamiento informático.

Otro criterio de inclusión definido posteriormente fue la proximidad de las farmacias a CS con Servicios de Emergencia, para facilitar el acceso a la medicación las 24 hs. del día. Se ha llegado a 16 farmacias en convenio.

La experiencia se inició con la expedición de medicación de agudos (indicada para tratamientos breves, a diferencia de la medicación de uso prolongado de los pacientes con afecciones crónicas), incluyendo alrededor de 100 especialidades farmacéuticas. Luego se incorporaron los anticonceptivos orales, preservativos y anticoncepción de emergencia.

De este modo se pudo avanzar en el objetivo de asegurar a los ciudadanos con cobertura de ASSE, especialmente a los más excluidos, el ejercicio de su derecho de acceder a la medicación en forma oportuna. Se ha facilitado así la resolución de los episodios de enfermedad, así como la incorporación de prácticas saludables de corte preventivo: en salud sexual y reproductiva, por el acceso a preservativos y anticonceptivos orales; complementación alimentaria para niños y embarazadas: hierro, ácido fólico, etc.; fármacos orientados a prevención específica: sales de rehidratación, calcio, etc.

En el año 2009 las farmacias en convenio realizaron alrededor de 54.000 expediciones de medicamentos, sobre alrededor de 750.000 expediciones de medicación de agudos realizadas por las farmacias de los Centros de Salud de la RAP. Ello sitúa a las farmacias de Primera Categoría en su conjunto con una magnitud de expedición de agudos similar a la de un Centro de Salud “mediano” como el CS Misurraco.

El camino transitado evidencia un gran potencial de trabajo en conjunto entre la RAP, y eventualmente otros servicios de Primer Nivel de ASSE, y el colectivo de farmacias de Primera Categoría. El cartel que informa a la población sobre el servicio de expedición de medicamentos en cada farmacia integrada, las define correctamente como FARMACIA SOLIDARIA, ya que el servicio se brinda sin costo para ASSE.

2.3. GESTION DEL LABORATORIO

- Fortalecimiento y reorganización del Laboratorio del Primer Nivel (LAPS), que incluye grupos de trabajo por sector, informatización, sistema de registros, etc.
- Ampliación de puntos de recolección de muestras y extracciones en la red, sumando recursos de la RAP y de la IMM, incluyendo 2 móviles. Ha permitido llegar a nuevos puntos de la red, aumentando la resolutivez en las áreas de salud. En la actualidad funcionan 31 puntos de recolección de muestras y extracciones en la red; en 2004 solo funcionaban 12 lugares.
- Mayor resolución en Colpocitología Oncológica: Con la colaboración de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer se ha reforzado la dotación de RRHH y equipamiento al sector de Citopatología oncológica. La meta definida son al menos 1000 PAP por mes, con no más de 30 días entre la toma de la muestra y la entrega del resultado.

2.4. GESTION DE CALIDAD

En este campo se han concretado algunos avances a destacar:

- Proyecto de Mejora de Calidad en Proveeduría Central y Farmacias, Admisiones, Oficinas de Atención al usuario en etapas finales. Se han publicado en el Sistema de Información los manuales de procedimientos para cada una de las actividades en esos tres componentes, producto de un proceso de elaboración sostenido entre técnicos de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), equipos de gestión, responsables de cada sector y funcionarios.
- Curso de auditores del Sistema de Calidad. Dirigido a funcionarios de farmacia y subdirectores, capacitados para realizar el seguimiento de la aplicación de los procedimientos y pautas de trabajo definidas para las Farmacias, Admisiones y Oficinas de Atención al Usuario.
- Primeras auditorías en 6 Centros de Salud realizadas, con auditores internos (RAP) y externos (Gestión Calidad OPP).
- Oficinas de Atención al Usuario instaladas en los 12 Centros de Salud y en Central de la RAP.
- En el año 2008 se ha incorporado el componente de Registros Médicos al Proyecto de Mejora de Calidad. Se tiende a homogeneizar los criterios de archivo de historias clínicas, procesamiento de registros médicos, etc.
- Adjudicación telefónica de citas. Implementación de citas telefónicas para medicina general, ginecología, pediatría, partera, PAP y colposcopia, en los 12 CS, a través

del 08002773 (línea gratuita). El 10% de las citas fue adjudicado por esta vía en 2009, en un proceso apoyado por OPP y MSP.

2.5. GESTION DE SOPORTE INFORMATICO

- La RAP mantiene el Sistema de Gestión en Salud (SGS) que le permite la conexión en red de los 12 Centros de Salud, el Nivel Central, el Servicio de Unidades Móviles, dos policlínicas barriales y todos los efectores donde funcionan equipos de Salud Mental. El SGS también permite la conexión en red con las policlínicas municipales, el servicio médico del INAU, algunos Hospitales de ASSE de Montevideo y los puntos de Programa Aduana e INFAMILIA del interior del país.
- Se ha incorporado la utilización del Mantis, como programa de seguimiento y monitoreo de los problemas, mejoras y ajustes al Sistema de Información SGS. Se mantiene una coordinación continua con el Dpto. de Informática de ASSE.
- Se ha renovado y ampliado la dotación de computadoras e impresoras en los Centros de Salud, fortaleciendo los puntos de interfase con los usuarios, particularmente Farmacias, Admisiones y Oficinas de Atención al Usuario.

2.6. SISTEMA DE UNIDADES MÓVILES

- El Sistema de Unidades Móviles (SUM-RAP) incorporó 10 nuevas ambulancias a la flota destinada a urgencias y emergencias. El equipamiento y acondicionamiento de las nuevas unidades fueron definidos en conjunto por responsables técnicos y trabajadores.
- Proceso de mejoras del servicio de Enfermería Domiciliaria. Se han concentrado las extracciones de laboratorio en un móvil único, para optimizar calidad y supervisión.
- El Sistema de Unidades Móviles ha trabajado en la reducción de los tiempos de respuesta a los llamados clave 1 y 2, en la implementación de la referencia entre unidades móviles (emergencia, urgencia y radio) y servicios territoriales de la RAP, y en la mejora de aspectos administrativos de la gestión de RRHH.
- Se inició el Servicio de Seguimiento Domiciliario de niños de alto riesgo y altas programas del Hospital Pediátrico, a través de Unidades Móviles. En un año fueron visitados en su domicilio, por un pediatra en el período de post alta inmediata, 534 niños de alto riesgo. Entre los resultados debe señalarse la vinculación de 62 familias a servicios de apoyo social, facilitando en otras 27 el acceso al beneficio del apoyo económico por asignaciones familiares. La mortalidad entre estos niños de alta vulnerabilidad solo ascendió al 1,3% (7 niños), incluyendo algunos casos de acompañamiento en cuidados paliativos.

Reorganización de la base territorial.

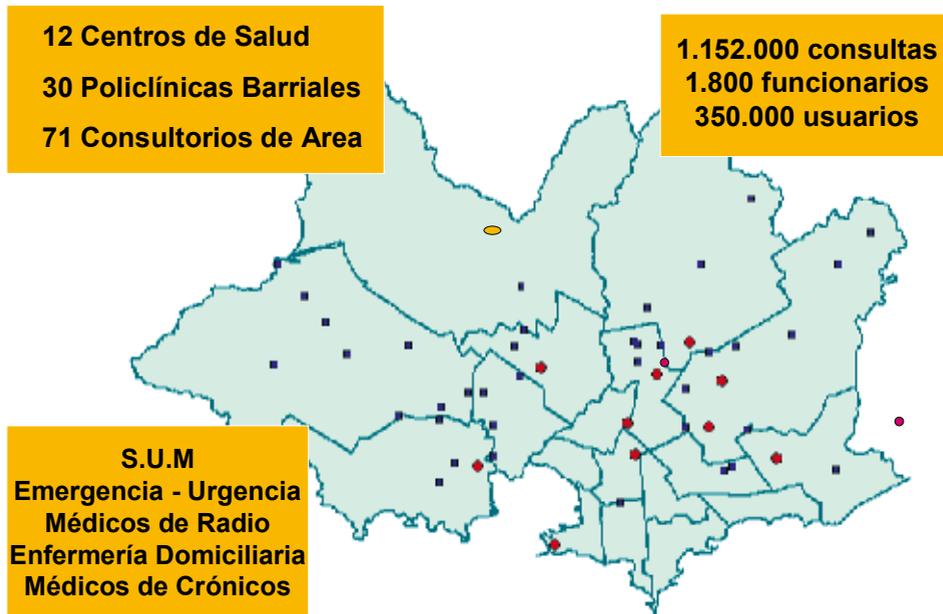


Fig. 2. Magnitud de la Red y Capacidad instalada. RAP-ASSE. 2007

3. ATENCION SEGÚN PROGRAMAS PRIORIZADOS

3.1. PROGRAMAS PRIORIZADOS EN EJECUCIÓN

Se mencionan concreciones y aspectos innovadores de las prestaciones vinculadas a los 9 Programas en ejecución.

• Programa de Atención a la Niñez.

- Fortalecimiento del Programa Aduana, extendiendo el seguimiento hasta los dos años, y facilitando su expansión al interior del país.
- Instalación y funcionamiento de dos equipos del Proyecto Serenar (Cerro y Unión), dirigido a la captación precoz y estimulación temprana de niños/as con riesgo neurológico o alteraciones del desarrollo, en un proyecto conjunto con la Cátedra de Neuropediatría.
- Diseño y puesta en marcha de una Historia Clínica del Niño, en conjunto con la IMM y la Facultad de Medicina.
- Fortalecimiento de las Puertas de Emergencia Pediátricas de cuatro CS, con incorporación de termocunas y equipamiento adecuado; desarrollo de las Unidades de Terapia Inhalatoria (UTI) en coordinación con el Hospital Pediátrico del CHPR, para atender la patología prevalente del período invernal.
- Participación del Proyecto Para ver un País Mejor de pesquisa de salud ocular, en conjunto con la empresa privada Visión Echagüe, MIDES, IMM, BPS y ANCAP.
- Participación en el diseño e implementación del Sistema Integral de Promoción de la

Infancia y la Adolescencia contra la violencia (SIPIAV). Se construyeron mapas de ruta y mecanismos de seguimiento para casos de maltrato infantil detectados en los Centros y en las áreas de salud.

- Se ha trabajado en conjunto con DIGESA para la definición de contenidos transmitidos en la capacitación de los equipos de salud para el uso del nuevo Carné de la Niña y el Niño, en Nuevos Patrones de Crecimiento de menores de 5 años.
- Se impulsó y se coordina con el Proyecto INTER-IN de apoyo a escolares con dificultades de desarrollo y aprendizaje, en tres zonas de Montevideo.

Programa Nacional de Adolescencia

- Consolidación de 12 Espacios adolescentes en la RAP en CS, con proyección en policlínicas de las áreas de salud. Son una combinación de servicios específicos de atención a la salud para adolescentes, con ámbitos de participación y promoción de salud con protagonismo de los propios jóvenes.
- Los agentes de seguimiento socioeducativo del Programa INFAMILIA, se han articulado con los equipos de salud de los Centros y los efectores en territorio.
- Realización en 2006 y 2008 de jornadas de capacitación de los equipos de salud, sobre atención integral de adolescentes y manejo de los instrumentos de registro (carné del adolescente, historia SIA, etc.)
- Participación en la elaboración de guías clínicas para adolescentes.

Programa del Adulto, generado por un equipo interdisciplinario de la RAP, la IMM y la DIGESA.

- Se ha coordinado con el Instituto de Reumatología, con integración de reumatólogos del Instituto en efectores de la RAP y la IMM.
- Elaboración de Guías clínicas interdisciplinarias para Diabetes tipo I y II. Implementación progresiva de la entrega de tirillas a diabéticos para control domiciliario de glicemia. Se han incorporado podólogos para trabajar en equipo con endocrinólogos, a partir de convenio con Asociación de Diabéticos del Uruguay (ADU), y acuerdos con Escuela de Podología de la UDELAR.
- Ampliación de los Programas de Nefro-prevención (policlínicas en 2 Centros en 2005 y en 9 Centros en 2009) y Prevención de cáncer colorrectal.
- Funcionamiento 10 grupos de Cesación de Tabaquismo, con 1000 personas desde 2005 a 2009, en coordinación con el FNR.
- Contribución en la elaboración y aplicación piloto de la Historia Clínica del Adulto.
- Diseño y publicación de Pautas en Cuidados Paliativos en el Primer Nivel. Convenio en curso con Facultad de Psicología, realizándose pasantías de alumnos que apoyan a los pacientes terminales y sus familias, trabajando en conjunto con los integrantes de los equipos. También se incorporó el trabajo de posgrados con los técnicos como una herramienta de prevención del Síndrome de Burnout.
- Implementación de Guías para el desarrollo de grupos ODH de Obesos, Diabéticos e Hipertensos. Organización de 9 grupos ODH funcionando en la actualidad.
- Elaboración de Guías clínicas de Hipertensión arterial y Manual de Neumonía para el PNA.
- Participación en la elaboración coordinada por el Programa Control Tabaco de la DIGESA, de la Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo, el Manual Nacional para el abordaje del Tabaquismo en el PNA y una cartilla con flujogramas. (23)

-
- Rediseño de la atención de oxigenoterapia domiciliaria con médicos de referencia y apoyo técnico-administrativo por Región. Se configuró el Servicio de Oxigenoterapia Domiciliaria (SOD), ajustando los criterios de inclusión y los controles a realizar, y confeccionando una historia clínica adecuada a estos pacientes.
 - Incorporación de Policlínicas de Funcional Respiratorio en CS en coordinación con la Cátedra de Neumología del Hospital Maciel.
 - Instalación en el CS Unión de un Servicio de Rehabilitación para adultos para cubrir las necesidades de la Región Este, dotado de todos los equipos para una buena atención en el primer nivel.
 - Acuerdo con el Hospital de Ojos para la referencia y contrarreferencia de pacientes de la RAP; correcta derivación y en condiciones adecuadas para la resolución rápida de los pacientes referidos. Concentración de oftalmólogos en un Centro de cada Región (Unión, Cerro y Claveaux).

• Programa de la Mujer y Género y Salud Reproductiva.

- Fortalecimiento de los programas de detección precoz de cáncer gínitomamario. Respecto a Cáncer de cuello uterino se logró la meta de 1300 tomas de PAP en base al aumento de las tomas en las áreas, con ampliación de la cobertura, pasando de contar con 44 efectores en el año 2005 a 77 en 2008. Colocación de mamógrafo en el Filtro (600 mamografías por mes).
- Realización de colposcopías en el Primer Nivel, en base a un proyecto conjunto con el Hospital de la Mujer.
- Implementación de estrategias de prevención de ITS en coordinación con el Programa Nacional de SIDA. Aplicación de test rápido de detección de sífilis y VIH en embarazadas. Tratamiento (penicilina benzatínica), consejería y suministro de condones en 83 efectores (CS y áreas de salud).
- Dispensación de métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia en todas las farmacias vinculadas a la Red. Instalación de máquinas expendedoras de preservativos en CS.
- Aplicación del test rápido de diagnóstico de embarazo. Facilitación de la captación precoz y seguimiento de la embarazada, eliminando barreras administrativas.
- Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer: Grupo de Atención a Mujeres en situación de Violencia Familiar; capacitación de referentes que realizan atención directa y actividades de prevención de violencia en instituciones educativas de la zona, sensibilización del equipo de salud, coordinación con Programa Mujer y Género de DIGESA. Implementación de hoja violeta en historia clínica: 44.000 mujeres relevadas, con un 4.3% de detecciones de VD correspondiente a 1.800 mujeres en 2008.

• Programa del Adulto Mayor

- Implementación del Carné del Adulto Mayor y detección de adultos mayores vulnerables.
- Desarrollo de policlínicas de Geriátrica de referencia, en Centros de Salud Cerro y Unión.
- Capacitación sobre Síndromes Geriátricos (Depresión, Caídas), en conjunto con el Hospital Piñeyro del Campo, y sobre Abuso, Maltrato y Negligencia en Adultos Mayores, dirigidas a todos los integrantes de los equipos de salud,

-
- Utilización coordinada del Servicio de Media Estancia del Hospital Piñeyro del Campo, con derivación de pacientes tratados por MECRO y médicos de familia, para brindar a los adultos mayores intervenciones de rehabilitación, permaneciendo internados hasta 45 días.

• Programa de Salud Bucal

- Abordaje preventivo integral en 22 escuelas de contexto crítico (7400 niños). Aplicación de la Técnica de Restauración Atraumática (PRAT), y actividades de educación y promoción que incluyen además a padres y docentes.
- Coordinación permanente con MIDES, IMM, ONGs, Asociación de Protésicos y Facultad de Odontología, para atención odontológica integral de protagonistas del PANES y del Plan de Equidad vinculados a Trabajo por Uruguay, incluyendo rehabilitación protésica con PPR (prótesis parciales) y PC (prótesis completas). Se han colocado más de 4.000 prótesis.
- Incorporación de Asistentes Dentales e Higienistas conformando el equipo de salud odontológico en 7 servicios.
- Integración de Odontólogos e Higienistas a los espacios adolescentes.

• Programa de Atención a Usuarios de Drogas.

- Referentes en cada Centro de Salud, que fueron sensibilizados y capacitados para realizar una primera escucha, lograr una valoración clínica y coordinar derivación, apoyándose en equipos de salud interdisciplinarios en coordinación con Salud Mental. Coordinación con la RED DROGAS y el Portal Amarillo.
- Funcionamiento de grupos de familiares de usuarios de drogas en 3 Centros de Salud

• Programa de Nutrición

- Se desarrolló el “Programa de Fortalecimiento nutricional y desarrollo de proyectos de vida. Buenas Prácticas de Alimentación (BPA) del niño/a de 6 a 24 meses”, con apoyo del PNUD. Fueron acreditados cuatro Centros de Salud en BPA por parte del MSP y UNICEF, y otros han solicitado la evaluación externa.
- Difusión de las Guías de Alimentación Basadas en Alimentos (GABAS).
- Producción de material educativo y de orientación para los equipos de salud, en diversos temas y grupos de intervención en aspectos nutricionales, con énfasis en las BPA.
- Programa Merienda Saludable con INDA e IMM que cubrió 24 escuelas. Se realizó la promoción de hábitos saludables y educación alimentario nutricional, formando a niños de 4º y 5º año como promotores de salud: 310 promotores escolares, quienes a su vez realizaron la difusión de buenas prácticas alimentarias y actividad física, llegando a un total de 4436 escolares.
- Actualización en Evaluación Nutricional de Niños y Adolescentes, en coordinación con INDA, APEX-Cerro, y Programa de Fortalecimiento Nutricional de PNUD.
- En acuerdo con ADU, actividades de formación en diabetes, cursos de cocina para diabéticos.

• Programa de Salud Mental

- Se mantiene una coordinación estable con la Dirección del Programa de Salud Men-

tal de ASSE; 9 equipos interdisciplinarios de Salud Mental (Psiquiatría adultos, Psiquiatría infantil, Psicología, Trabajo social, Enfermería, Administrativos) funcionan en la RAP; se ha avanzado en su integración con la dinámica del Primer Nivel: transversalización programática, gestión del medicamento, registros, etc.

- Se ha profundizado la coordinación con el Hospital Vilardebó para el alta referenciada de pacientes, derivándolos hacia un equipo concreto.
- Se ha desarrollado una exitosa experiencia piloto de inserción de psicólogos en 16 áreas de salud, previendo su ampliación.

3.2. UNIDAD DE RECONVERSION DEL MODELO DE ATENCIÓN

La Unidad de Reconversión del Modelo de Atención (URMA) fue concebida en los inicios de la administración, como un equipo interdisciplinario que debería constituirse en un motor impulsor del Cambio de Modelo de Atención. Su inserción en el organigrama de la RAP ha sido definida como un grupo de staff y ha estado vinculada al eje estratégico de Diseño y Ejecución de Programas Priorizados. Brinda asesoría permanente a la Dirección y Equipo de Gestión Central.

Sus objetivos iniciales y algunas líneas de acción relevantes desarrolladas fueron:

- Constituirse en equipo interdisciplinario. Fueron convocados profesionales de Medicina (Pediatría, Ginecología, Medicina Familiar, Adolescencia), Enfermería, Nutrición, Trabajo Social, Odontología, Partera.
- Integrar grupos de trabajo interinstitucionales, (particularmente con DIGESA e IMM) para el diseño de los componentes de Primer Nivel de los Programas Priorizados a ser ejecutados. Se trabajó en el diseño de 8 de los programas antes detallados (Niñez, Adolescencia, Adulto, Adulto Mayor, Salud Bucal, Nutrición, Mujer, Género y Salud Reproductiva y Drogas) con modalidades diferentes y con integraciones institucionales diversas.
- Interactuar al interior de la RAP con los integrantes de equipos de salud de los Centros de Salud y demás efectores de la Red, para impulsar la aplicación de los Programas y sus definiciones técnicas.
 - Se presentaron los programas a los equipos de los Centros para recibir aportes y comentarios. Se generaron espacios de discusión específica con grupos de profesionales.
 - Se distribuyeron los programas (en diskettes) entre organizaciones sociales y comunitarias. Se presentaron al Movimiento de Usuarios.

Luego de una práctica de 5 años en la RAP se concibe a la URMA como el núcleo técnico-profesional de la organización. Concentra calificados profesionales, con vasta experiencia de trabajo en terreno y con capacidad de articular con otros profesionales de la organización, para potenciar sus propias capacidades y rescatar recursos dispersos en la Red.

En el momento actual tiene planteados los siguientes objetivos:

- Profundizar su experiencia como equipo interdisciplinario, transitando sus dificultades y potencialidades, hacia la producción transdisciplinaria.
- Sostener los aspectos técnicos de los Programas, contribuyendo a la complementación transversal de los mismos y la integración de las acciones en torno a los sujetos de intervención: los pacientes y las poblaciones.
- Contribuir a alcanzar los objetivos programáticos, apoyando la reconversión y re-

perfilamiento de los profesionales y técnicos de la RAP, mediante su formación continua, la revisión de sus prácticas, su inserción en equipos de salud y su proyección a las actividades comunitarias.

- Apoyar a los Equipos de Gestión de los Centros de Salud para la adaptación local de los Programas Priorizados, la integración de los mismos a los Planes zonales y programaciones locales.
- Asesorar a la Dirección y el Equipo de Gestión de la RAP-ASSE en los diversos aspectos de la ejecución de los programas: insumos, equipamiento, perfil de recursos humanos, comunicaciones y logística, etc.

Se considera que es imperativo concentrar los esfuerzos para que las modificaciones y los cambios se materialicen en las prácticas de los servicios, dirigiendo las intervenciones hacia adentro de la organización para consolidar una nueva cultura institucional.

4. POLITICA DE RECURSOS HUMANOS

4.1. Política de RRHH tendiente a la humanización y dignificación.

La RAP-ASSE a través de su Departamento de Recursos Humanos ha impulsado diferentes líneas de acción:

- Ordenamiento y claridad normativa respecto de la administración de personal.
- Selección de personal a través de llamados públicos y concursos, en cuyos tribunales están representadas las organizaciones gremiales.
- Espacios de comunicación formal e informal con las organizaciones gremiales presentes en la institución, tendientes a la escucha, identificación de problemas, negociación y definición de acuerdos.
- Descripción de los cargos, con definición del perfil y actividades de algunos puestos de trabajo: Licenciada de Enfermería y Auxiliar de Enfermería de Centro de Salud, Auxiliar de farmacia, Admisión, Oficina de atención al usuario.
- Talleres participativos de funcionarios, como ámbitos de participación colectiva, con generación de propuestas locales de mejora del espacio laboral y autogestión de las mismas.
- Formación de facilitadores de trabajo grupal, surgidos de entre los funcionarios y orientados al seguimiento y potenciación de las propuestas locales autogestionadas, capacitados en coordinación con Escuela de Funcionarios Públicos de la Oficina Nacional de Servicio Civil.

4.2. Formación permanente

UNIDAD DE CAPACITACION DE LA RAP. El cambio de modelo de atención que se ha venido desarrollando desde el año 2005, desde del eje estratégico Política de Recursos Humanos, ha dado gran relevancia a la capacitación de los RRHH de la institución.

El Equipo de Gestión Central y los equipos de gestión de los Centros de Salud, han tratado de facilitar la participación en instancias de capacitación y conciliarla con los compromisos asistenciales.

Se constató, sin embargo, lo que podríamos denominar una sobre oferta de espacios de capacitación dirigidos a trabajadores y técnicos del PNA, con propuestas no siempre ali-

neadas con las necesidades de capacitación de la RAP y sus trabajadores.

Este hecho llevó a que la Dirección definiera la creación de la Unidad de Capacitación de la RAP, concebida como una unidad funcional, más que como un espacio físico concreto dentro de la institución.

Su inserción en el organigrama ha sido definida como un grupo de staff, en línea directa de asesoría permanente a la Dirección y Equipo de Gestión Central de la RAP-ASSE.

Sus objetivos principales son identificar y jerarquizar los requerimientos de capacitación de los trabajadores, y elaborar una propuesta de priorización y un cronograma anual de capacitación de la RAP, validado por el Equipo de Gestión Central y consistente con las metas prestacionales vinculadas a las capacitación de los funcionarios.

Se ha definido una composición de la Unidad de Capacitación con integrantes de la URMA, un representante del Equipo de Gestión Central y un representante de los trabajadores organizados (FFSP).

La Unidad de Capacitación funciona como un equipo de trabajo, de modo tal que prima una lógica de tareas y responsabilidades compartidas, y apoyo mutuo, para que todos los cometidos se cumplan con el involucramiento de los diversos integrantes. Su coordinación interna está a cargo de la representante del Equipo de Gestión Central.

En el año 2009 se realizaron 86 actividades de capacitación, con un total de 2663 inscripciones y 879 horas impartidas en distintas temáticas que dieron como promedio de capacitación un total de 9 horas por participante.

5. COORDINACION INTERINSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL

La dinámica de redes ha llevado a que la RAP-ASSE entable vínculos y coordinaciones con una gama muy diversa de organismos e instituciones, a efectos de avanzar en sus ejes estratégicos para el cambio de modelo:

- 5.1. **Mesas de coordinación regional**, con participación de directores o Coordinadores Regionales, MIDES, IMM División Salud, IMM División Descentralización, Enseñanza Primaria, Enseñanza Secundaria, INDA, PIAI, INAU.
- 5.2. **Redes locales por áreas temáticas** (Infancia, mejora de prácticas educativas, atención de adolescentes detenidos).
- 5.3. **Articulación con Servicios públicos en Primer Nivel** (IMM, BPS, INAU, UDELAR, ANEP, MIDES).
- 5.4. **Articulación con Servicios de ASSE y otros públicos** para la continuidad de atención y la referencia y contrarreferencia: CHPR, Hospitales Pasteur, Maciel, Español, Saint Bois, Portal Amarillo, Hospital de Ojos, Instituto de Reumatología, Instituto Nacional de Cáncer, Hospital de Clínicas, Sanatorio del Banco de Seguros del Estado.
- 5.5. **Hacia la promoción y prevención de salud:** CH de Lucha Contra el Cáncer, CH de Salud Cardiovascular, CH de Lucha Antituberculosa (Programa Ampliado de Inmunizaciones), DIGESA, FNR.
- 5.6. **Hacia la integralidad y calidad de la asistencia:** INDA, Centro de Farmacias del Uruguay, Clínica Visión Echagüe, Asociación de Diabéticos del Uruguay, ONG Ultimo Recurso – CIPFE.

5.7. Hacia la potenciación y difusión de políticas públicas:

5.7.1. Con organismos del sector público:

- OPP, para Gestión de Calidad y Atención al Usuario.
- ANCAP, ANEP, BPS, programa piloto “Para ver un país mejor” en la detección de alteraciones de visión en escolares y el suministro de lentes.
- FNR, para Cesación de Tabaquismo y Nefroprevención.
- ONSC, con la Escuela de Funcionarios Públicos para capacitación en Facilitación de Grupos, Atención al Ciudadano, Comunicación y Trabajo en Equipo.
- Junta Nacional de Drogas para integración de la Red-Drogas
- Establecimiento penitenciario Cabildo, para la atención de reclusas y sus hijos

5.7.2. Con organismos del sector privado:

- Liga de la Buena Voluntad, TV LIBRE (Programa “Todo se Transforma”), Comisiones de vecinos.

5.7.3. Con organismos internacionales:

- Embajadas de Japón e Italia para mejoras edilicias y de equipamiento.
- Sistema Naciones Unidas, PNUD, UNFPA. Apoyo para Jornadas de APS de la RAP para intercambio de experiencias, realizadas en 2008.
- OPS-OMS, para publicaciones y cursos.

6. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD ORGANIZADA

La RAP-ASSE ha definido entre los ejes estratégicos del cambio de modelo de atención la participación social en salud y una política de recursos humanos tendiente a la dignificación y humanización del espacio laboral.

Se impulsó en una primera etapa (2005-2006) el surgimiento y consolidación de las **Asambleas Representativas de Usuarios** por Zona de Salud. Fue definido como la estrategia principal en lo que respecta a participación de los usuarios, partiendo de la convocatoria de las comisiones de salud y los consejos vecinales del ámbito municipal. Se ha apuntado al rescate y la potenciación de todos los espacios participativos en salud a nivel local y barrial (redes temáticas, comisiones de policlínica, etc.)

Fueron realizadas Asambleas Representativas de Usuarios en 14 Zonas de Salud, concebidas como un ámbito de diálogo entre interlocutores comunitarios y los Servicios de salud. Contribuyeron al fortalecimiento de la participación y la organización del Movimiento de Usuarios de Servicios de Salud.

Se apoyo y participó en Encuentros Nacionales de Usuarios.

6.1. COMISIONES DE PARTICIPACION EN CENTROS DE SALUD

Las *comisiones de participación* se propusieron en el año 2008 como un ámbito de confluencia e integración de dos ejes estratégicos antes señalados: la participación de la comunidad organizada y una política de recursos humanos tendiente a la humanización del espacio laboral.

Sin desconocer las Asambleas Representativas de Usuarios como un interlocutor comunitario que dialogue con los Servicios de Salud, se concibe a su vez a la *Comisión de*

participación como el ámbito para instalar e institucionalizar ese diálogo, en el sentido de un lineamiento institucional para que suceda la “conversación entre tres actores sociales”, a saber: los servicios de salud a través de los equipos de gestión de los CS, los vecinos organizados a través de sus representantes (elegidos por votación en asamblea de usuarios), los funcionarios a través de sus representantes (elegidos por votación entre los trabajadores integrados a la FFSP).

Se espera que la *Comisión de Participación* permita la expresión de la palabra y la reflexión articulada y acumulada en los respectivos colectivos de usuarios y funcionarios, durante muchos años de ver la realidad de los servicios, de las comunidades y de los problemas y potencialidades de salud, teniendo muchas veces una muy limitada habilitación para actuar sobre ellos o expresar su visión de lo que sucede o deber suceder.

Respecto el *asunto de conversación las Comisiones de Participación* tienen como asunto central el *desarrollo de los programas de salud*, en el entendido que es desde los programas y su adaptación local, que se articula la respuesta a los problemas de salud identificados y priorizados.

Sus documentos de referencia son la programación local del Centro de Salud, y/o la programación zonal.

Sobre ese objeto común de reflexión, *el desarrollo de los programas de salud*, deben confluir y complementarse las diferentes miradas: desde la gestión, desde el funcionariado, desde los vecinos y usuarios.

Con las *Comisiones de Participación* se abre un proceso de construcción colectiva. Ya están en funcionamiento en los 12 Centros de Salud. El compromiso decidido de sus actores es el cimiento para su continuidad y productividad, como ámbito para la consolidación de ciudadanías y democratización de estos espacios de la vida cotidiana, que transcurren en torno a los servicios de salud.

7. LOGROS OBTENIDOS Y OBSTACULOS IDENTIFICADOS

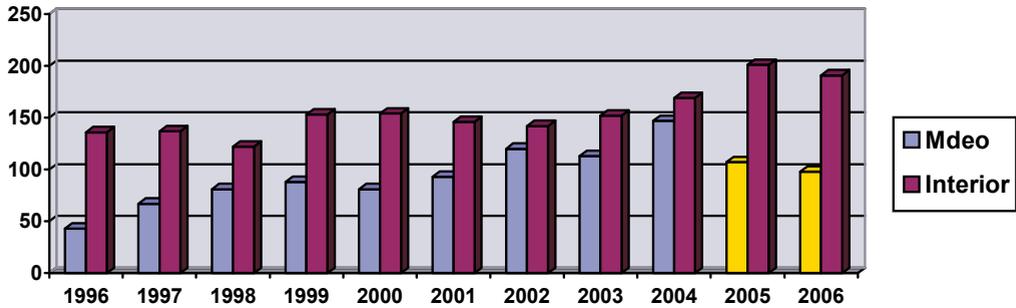
Algunos avances y logros obtenidos se describieron en párrafos anteriores. Debe señalarse que una carencia relevante del proceso desarrollado y compartida por realidades de otros países (24), ha sido la ausencia de un paquete de indicadores para la evaluación y monitoreo de los servicios.

Se han manejado algunos indicadores vinculados a producción y rendimiento de los RRHH, que han estado afectados por efectos de la Reforma como la migración de usuarios del sector público al privado, o la asignación de horas de los funcionarios a la capacitación en detrimento de su productividad, medida en número de consultas sobre horas contratadas.

Sin embargo, es posible identificar algunos resultados a partir de estudios realizados que han tomado como objeto de investigación algunos componentes de los programas priorizados.

Así, se ha podido constatar el impacto de las intervenciones en el campo de la nefropre-
 vención mediante la disminución de los pacientes que pasan a diálisis en la ciudad de
 Montevideo, respecto del interior. (Gráfica 1)

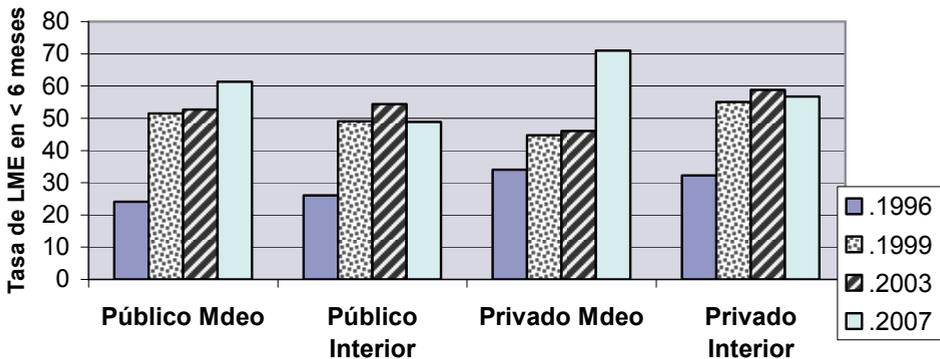
Gráfica 1. Número de casos de pacientes con enfermedad renal crónica que ingresaron a
 tratamiento sustitutivo en el Sector Público por año. 1996-2006



Fte: Dr. Pablo Ríos. Jornada RAP-ASSE – FNR – SUN – Facultad de. Medicina (UDELAR). 2006

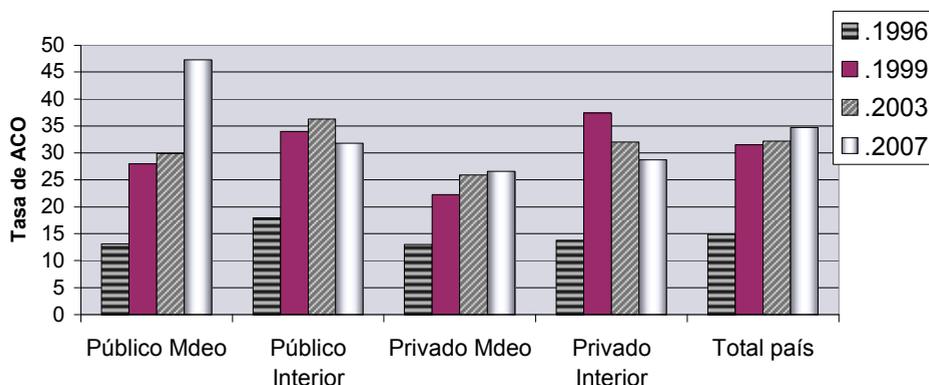
En lo que respecta al fomento de la lactancia materna y la alimentación a pecho directo
 exclusivo hasta los 6 meses, se ha observado una mejoría sostenida en las prácticas de
 alimentación en el subsector público de Montevideo, llegando al 61,3% y solo superada
 por los guarismos del subsector privado montevidiano. Asimismo, como se observa en las
 Gráficas 2 y 3, en el subsector público de la capital del país, se han alcanzado los me-
 jores índices de BPA respecto a la incorporación de alimentación complementaria hasta el
 primer año de vida, con el 47,3% de los niños de 6 a 9 meses, superando por primera vez
 las medias nacionales. ⁽²⁵⁾

Gráfica 2. Tasa de lactancia materna exclusiva según tipo de servicio de salud



Fte: Encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria. RUANDI. MSP. UNICEF.
 Montevideo, 2007

Gráfica 3. Tasa de alimentación complementaria oportuna en niños de 6 a 9 meses según tipo de servicio de salud.

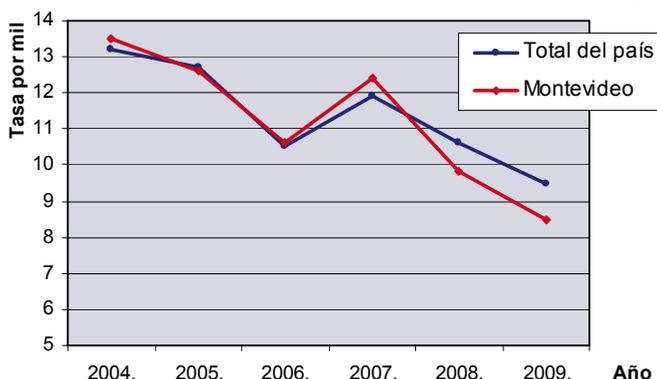


Fte: Encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria. RUANDI. MSP. UNICEF. Montevideo, 2007

Si bien es sabido que la tasa de mortalidad infantil es un indicador que evidencia la situación general de calidad de vida y el nivel socio-económico de una población, en cierta proporción los servicios de salud y sus programas de intervención contribuyen a su modificación. Es interesante observar la evolución en el período 2004-2009, en el total del país y en Montevideo, donde ya en el 2008 se logró la meta de un dígito (9,8 %o nacidos vivos), que al año siguiente se alcanzaría en todo el país. En 2009 Montevideo continuó bajando su tasa de mortalidad infantil llegando al 8,5 por mil. (Gráfica 4)

Los indicadores vinculados al control del embarazo en los servicios del PNA obtenidos del Sistema Informático Perinatal del Hospital de la Mujer (CHPR), la principal maternidad pública de Montevideo, muestran una disminución del nivel de embarazos no controlados que pasó del 10,1% en 2005 al 6,1% en 2009 (Gráfica 5). El porcentaje de partos prematuros descendió de 17,4% a 15,2% en el mismo período. ⁽²⁶⁾

Gráfica 4. Tasa de mortalidad infantil Montevideo y total del país. Uruguay. 2004 - 2009



Fte: Área de Información poblacional. DIGESA. MSP.

Nota: Se ha modificado la escala en el eje de las ordenadas, con un valor mínimo de 5, para poder apreciar mejor las variaciones de las tasas

Gráfica 5. Evolución de la producción de embarazos no controlados. SIP. Hospital de la Mujer. CHPR. 2005-2009



Fte: Sistema Informático Perinatal. Hospital del Mujer. CHPR.

Entre los principales obstáculos detectados en el proceso deben señalarse las dificultades para la toma de decisiones, y el tránsito por los procesos administrativos burocráticos para la resolución de problemas en el campo de la dotación de RRHH para conformar los EAS, y los recursos materiales para suministrar el equipamiento adecuado a los servicios.

Un claro ejemplo fue la lentitud y contramarchas en la toma de decisiones y las estrategias a seguir para consolidar el Sistema Informático SGS, que a pesar de venir desarrollándose desde la anterior administración (2000-2004) solo logró un impulso importante a partir de 2008. Ello contribuyó a las dificultades para extender la red informática a todos los efectores y mejorar el sistema de indicadores de evaluación.

8. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

La experiencia desarrollada en la RAP al estar enmarcada en una unidad ejecutora de ASSE evidencia un avanzado nivel de “institucionalización”. Es pertinente plantearse la pregunta si un proceso tan institucionalizado, con los necesarios niveles jerárquicos que la gestión exige, puede ser sustentado con una dinámica de redes.

Responderemos que efectivamente es posible instalar y avanzar en una dinámica de redes desde un organismo del Estado, si podemos sostener algunas tensiones entre polos que pujan entre la contradicción y la complementación:

- los lineamientos generales, y el ajuste local,
- los objetivos estratégicos no negociables definidos a nivel central, y la planificación-desarrollo local,
- el necesario control de la organización, y la habilitación para el desarrollo de nuevas experiencias,
- sedimentar los avances, y explorar nuevas posibilidades de repuestas a problemas emergentes,
- el conocimiento de la realidad operando en ella, y la incertidumbre ante una realidad cambiante y solo parcialmente comprendida.

En este escenario de tensiones la conducción de la RAP-ASSE ha apostado una y otra vez a que lo aparentemente contradictorio puede devenir en complementario, si se construyen las síntesis necesarias.

Consideramos que en etapas ulteriores del proceso de reforma, el fortalecimiento de este modelo de atención desarrollado en la RAP como UE, estará vinculado a la generación de otras UE de Primer Nivel en el Interior del país. La red montevideana se verá fortalecida al formar parte de una red mayor de Primer Nivel de alcance nacional. Y las experiencias existentes en el Interior del país se fortalecerán con el manejo de presupuesto propio, y decisiones de gestión desde y para el Primer Nivel.

Es posible progresar en la mejora de las coordinaciones intrasectoriales (Servicios Municipales, UDELAR, BPS, efectores públicos y privados), con avances en la integración administrativa, de apoyo y de información. El manejo de sistemas de información comunes es de vital importancia. Hacer más fluidas la circulación entre ámbitos institucionales y la capacitación de los recursos humanos, constituye un punto relevante en la agenda futura.

Respecto a la capacitación, debe ponerse énfasis en una orientación “hacia y desde el trabajo cotidiano”⁽²⁷⁾ y la mejora del desempeño a partir de la definición de mapas de competencias con una lógica de APS, para los trabajadores y profesionales de los equipos del Primer Nivel. Las competencias esenciales en conocimientos, destrezas y actitudes necesarias para consolidar este modelo de atención, han tenido ya diversas sistematizaciones que deberán ser integradas en los dispositivos de capacitación, presenciales y/o virtuales.^{(27) (28)}

La consolidación del Modelo de atención Emergente debe colocarse siempre en la agenda como un desafío. La propia noción de modelo de atención es propuesta por el especialista en procesos de reforma De Sousa Campos, como un campo de tensiones e intermediaciones entre componentes políticos y aspectos técnicos.⁽²⁹⁾ El modelo de atención se presenta como una traducción concreta de aspectos éticos, jurídicos, organizacionales, clínicos, socioculturales, en diálogo con un determinado contexto epidemiológico y un modo de concebir el vivir en salud. El modelo emergente que impulsamos está situado históricamente e inserto en procesos sociales. Y los procesos históricos cambian la realidad de las comunidades y las instituciones. La dinámica de redes puede absorber tróficamente los cambios y reconstruirse en nuevos escenarios.

En este sentido, de cara a la próxima administración, se vienen definiendo nuevos ejes estratégicos para la consolidación del Modelo Emergente. A la vez que son consistentes con los ejes estratégicos que orientaron el proceso en el período 2005-2009, deben marcar líneas de profundización tendientes a consolidar el modelo. Así se han definido 7 nuevos ejes:

- 1. Fortalecimiento de las áreas de salud en cuanto a capacidad resolutive, integridad, contención y humanización de servicios.** Definir micro áreas de salud en función de un catastro de usuarios de ASSE en cada unidad territorial, con adscripción de familias a equipos de salud, contribuirá a ordenar el primer contacto de la población con los servicios, fortalecer el vínculo entre usuarios y equipos, y asegurar el seguimiento longitudinal de los individuos, las familias y las comunidades.

(11) Se deberá dotar a las áreas de los RRHH necesarios (Médico generalista o de familia, Enfermera, Psicólogo, Pediatra, Ginecólogo o partera).

- 2. Desarrollar Programas Integrados en orden a una Programación Estratégica en Salud.** Un accionar integral por programas **en territorio**, ubica en la agenda la resolución de inevitables tensiones entre lineamientos programáticos provenientes del organismo rector (DIGESA, JUNASA), y la organización y gestión de los recursos en el nivel operativo, con énfasis en la planificación local según las necesidades comunitarias.
- 3. Fortalecimiento del trabajo en redes y con actores de la comunidad organizada.** Conectividad informática, redes sociales activas e involucradas, así como una fuerte coordinación vertical con servicios de ASSE de segundo y tercer nivel, son distintas dimensiones del trabajo en red que deberán configurar líneas de acción concretas y movilizar recursos.⁽¹¹⁾
- 4. Cumplimiento de las metas prestacionales de la JUNASA.** El efector público debe configurarse en el ente testigo dentro del SNIS, respecto al impacto del cumplimiento de las metas prestacionales en la salud de la población.
- 5. Profundizar la participación y democratización de los servicios.** En lo referente a **la participación de los trabajadores y los actores comunitarios** en la gestión y la toma de decisiones, así como en el monitoreo de la ejecución de los planes de intervención, deben transitarse procesos de aprendizaje de todos los actores y en los diversos niveles de la organización, para que la participación sea posible, real y constructiva. Configura un campo de desafíos para el desarrollo democrático.
- 6. Política integral de recursos humanos.** La elaboración de los mapas de competencias (conocimientos, destrezas y actitudes) es un punto crítico para el reperfilamiento del colectivo de funcionarios, a partir de un modelo de competencias.
- 7. Implementar un sistema de calidad de la gestión pública** orientado a crear servicios eficientes y amigables. Su operacionalización implica: gestión por procesos; sistemas de gestión normalizados; certificación externa de los servicios; comparación e intercambio de mejores prácticas; participación de funcionarios y usuarios en los procesos de mejora continua; rendición de cuentas periódica, transparente y abierta al escrutinio público.

La Red de Atención del Primer Nivel (RAP-ASSE) tiene aún mucho por consolidar y mejorar en el Modelo Emergente de Atención, centrado en los derechos de los usuarios y los funcionarios, y focalizado en la integralidad y la calidad de las prestaciones. Pero haciendo presente a José Luis Rebelatto (16) su Equipo de Gestión apuesta a la potencialidad de las redes: *“una red es un conjunto de procesos de producción en la que cada componente actúa transformando a los demás... es un sistema vivo: las redes son patrones de la vida.”... “la vida se aprehende en términos de tensión entre estabilidad y transformaciones permanentes...”*

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud Pública. La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud. 2005-2009. González T, Olesker D. Equipo compilador. MSP. Montevideo. 2009.
2. Benia W, Reyes I. Coordinadores. Temas de Salud Pública 1. Montevideo, Oficina del Libro FEFMUR. 2008.
3. Poder Legislativo. Consultado 4 junio 2010: http://www.presidencia.gub.uy/_web/leyes/2007/12/CM364_19%2010%202007_00001.PDF
4. Poder Legislativo. Consultado 4 junio 2010: http://www.presidencia.gub.uy/_Web/leyes/2007/07/S326_28%2005%202007_00001.PDF
5. Echeverría A. Revisión y sistematización de antecedentes documentales en Archivo de la RAP. Documento de circulación interna. RAP-ASSE. 2008.
6. Kroeger A, Luna R. Atención Primaria de Salud, principios y métodos. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud N° 10. OPS. México. 1992. p 5-19.
7. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. OPS. OMS. Washington D.C. 2007.
8. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial Invertir en Salud. Washington, D.C. 1993
9. Asa Cristina Lawrell. Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Fundación Friedrich Ebert. México. 1995. p 9-31.
10. Petchesky R. Globalización, Reforma del Sector Salud, género y salud reproductiva: Consecuencias para la justicia económica. Fundación Ford. Santiago de Chile. 2002. p 60-61.
11. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de Salud. 49° Consejo Directivo. 61ª Sesión del Comité Regional. CD 49/16. OPS. OMS. Washington, D.C. 2009
12. Marco estratégico para la para la mejora de la Atención Primaria en España. 2007-2012. Proyecto AP21
http://www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf consultado 23 junio de 2009.
13. Missao para os cuidados de saude primarios. Reforma dos Cuidados de Saúde Primarios. Plano Estratégico. 2007-2009. Lisboa, 2007.
14. Rico A, Saltman R. ¿Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas de la atención primaria de salud en Europa. Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios. Revista de Administración Sanitaria 2002; 4:39-67.
15. Martín Zurro A, Cano Pérez J. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Vol 1. 4ª Ed. Madrid. Ed Harcourt. 1999. p. 3-15.
16. José Luis Rebellato. Ética de la Liberación. Textos inéditos. Montevideo. Nordan. 2000.
17. Capra Fritjof. La Trama de la vida: una nueva perspectiva de los sistemas vivos. Editorial Anagrama, Barcelona, 1998.
18. Gervas J, Perez M. Poder para la Atención Primaria de Salud. Cuaderno Políticas de Salud. Abril 2010. <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2010/05/cuaderno-2010-fuerza-nc2ba-4.pdf> Consultado 7 junio 2010.

-
19. Najmanovich D. Complejidad y Salud. 5º Congreso Internacional de Cardiología por Internet. Setiembre 2007. <http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/c115e/najmanovich.pdf> consultado 4 de mayo 2010.
 20. Benia W. Coordinador. Temas de Salud Pública 2. Montevideo, Oficina del Libro FEFMUR. 2009.
 21. Etchebarne L. Temas de Medicina Preventiva y Social. Montevideo. Oficina del Libro FEFMUR. 2001.
 22. Benia W, Hopenhaym M, Rieppi L, Melgar S. Editores. Creciendo en Salud. Jornadas de Atención Primaria de Salud de la Red de Atención del Primer Nivel. RAP-ASSE. Montevideo. 2009. p 13-35
 23. MSP. Guía Nacional para el abordaje del Tabaquismo. Uruguay 2009. <http://www.treatobacco.net/en/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/Uruguay%202009%20SP.pdf> Consultado 11 junio 2010.
 24. Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP, Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. Rev Panam Salud Pública. 2009; 26(5):377-84
 25. Bove MI, Cerruti F. Encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria. RUANDI. MSP. UNICEF. Montevideo, 2007.
 26. Ceruti B, Vázquez J, Pereyra C. Informe de Gestión Maternidad 2009. Hospital de la Mujer "Dra. Paulina Luisi". CHPR. Montevideo. Junio 2010.
 27. Nebot Adell C, Rosales Echeverría C, Borrell Bentz RM. Desarrollo de competencias en atención primaria de salud. Rev Panam Salud Pública. 2009; 26(2):176-83
 28. 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.
 29. De Sousa Campos Gastao. Subjetividade e Administração do Pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. En: Merhy E.; Onocko R. Organizadores. Agir em Saude. 3ª Ed. Sao Paulo. Editora Hucitec. 2007.

INTEGRACIÓN DE PSICÓLOGOS A LOS EQUIPOS DE ÁREA

María Josefa Piñeiro*
Juan Miguel Trillo**

* Doctora en Medicina, Psiquiatra, Posgraduado en Gestión de Servicios de Salud, Adjunta a la Dirección de Salud Mental de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

** Licenciado en Psicología, Posgraduado en Gestión de Servicios de Salud, Adjunto a la Dirección de Salud Mental de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

1. INTRODUCCIÓN

Durante mucho tiempo la salud ha sido considerada como un concepto negativo, como ausencia de enfermedad. Esto ha llevado a formas de respuestas reactivas las cuales toman en cuenta las desviaciones percibidas de aquello que se entiende por sano.

En este trabajo se intenta abordar a la salud como un concepto positivo en sí mismo, teniendo en cuenta los diferentes determinantes de la misma. Estos se refieren a los estilos de vida, el medio ambiente, la biología humana y el sistema de atención de salud. Resulta fundamental lograr un equilibrio entre los diferentes niveles de atención y estos factores determinantes, priorizando las estrategias de APS y la noción de sistema.

Conceptualmente salud y enfermedad no son sólo una cuestión científica sino también social y política. Se desprende de esto que los abordajes a desarrollar exigen la más amplia participación y compromiso de todas las fuerzas de la población.

Es sobre esta última que deben efectivizarse las intervenciones del sistema, dirigidas no sólo a quienes acuden al mismo, sino también a aquellos que no lo hacen.

Así, el objetivo consiste en eliminar o reducir en la medida de lo posible las vulnerabilidades aún cuando se trate de sujetos sanos.¹

Dado que la salud mental es uno de los componentes de la salud integral, dentro del cambio de modelo resultan ineludibles las acciones de atención primaria en salud mental. Para ello es condición necesaria priorizar y articular las mismas en el primer nivel de asistencia, con criterios de complementariedad, integración y coordinación con el resto de los actores del sistema y demás niveles, con el propósito de mejorar la calidad de la atención, su eficacia y eficiencia.

El objetivo del presente trabajo consiste en dar cuenta de la elaboración y puesta en marcha de un proyecto de incorporación de Psicólogos a las Áreas de Salud con el fin de llevar a cabo el propósito antes mencionado.

2. MARCO CONTEXTUAL

Contexto Sanitario y Sociopolítico

Este trabajo se enmarca dentro de un proceso de reforma que implica una preocupación irrenunciable por los más débiles, al tiempo que una constante búsqueda del bienestar colectivo y del reconocimiento de la salud como un derecho humano esencial e inostergable. Implica cambios constantes en la búsqueda de nuevos equilibrios que una vez logrados, vuelven a interpelar hacia la conquista de otros, obligando a la continuidad del proceso en una permanente dinámica.²

Es eje del proceso la sustentabilidad ética lograda a través de la participación y el compromiso colectivo, buscando soluciones con alto grado de justicia social.³

Perspectiva histórica

Si pensamos en la organización del sistema de salud uruguayo a lo largo de su historia, podemos detectar en él varias combinaciones de iniciativas estatales y privadas. Ambas han tenido gran peso en el desarrollo del mismo.

En este sistema de salud mixto, integrado por un subsistema público y un subsistema privado, se evidencia un alto grado de fragmentación de la cobertura. La organización de la oferta está caracterizada por múltiples aseguradores/financiadores y proveedores. En cada uno de ellos se establece un tipo particular de relación entre usuarios, prestadores y seguro financiador.⁽⁴⁾

La capacidad de pago de los usuarios era el principal factor condicionante que determinaba el acceso hacia uno u otro subsistema, hasta la implementación del SNIS. Se trataba fundamentalmente de un sistema de salud curativo y tecnológico, que funcionó sobre supuestos fuertemente cuestionados.

Frente a la transformación demográfica, epidemiológica y social se definió un nuevo perfil de necesidades, vinculado a un bajo índice de natalidad y una población envejecida, junto con un fuerte problema de desigualdades tanto económicas como sociales.⁽⁵⁾ Los indicadores de pobreza y exclusión daban cuenta de los problemas de salud, poniendo de manifiesto la falta de respuestas adecuadas a las necesidades de nuestra sociedad.

Al mismo tiempo coexistían por un lado sectores de baja natalidad con aumento de expectativa de vida, con una capacidad económica creciente, en los cuales predominan las enfermedades crónicas. Por otro, sectores con mayor índice de natalidad, mayor mortalidad infantil y escasas posibilidades económicas que llevaron a un sector de la población a vivir por debajo de la línea de pobreza, con enorme dificultad para hacer valer sus derechos sociales.⁽⁶⁾

Se planteó así una nueva estructura de riesgos pautada por estilos de vida no saludables y vulnerabilidades sanitarias asociadas a la exclusión social. Esto exigió respuestas diferentes que implicaron el planteamiento de abordajes multidisciplinarios, con énfasis en la promoción y prevención de salud, capaces de incorporar al sistema también a aquellos sectores excluidos de la atención por su condición económica y social.⁽⁷⁾

Se contaba entonces con un sistema de salud uruguayo profundamente desigualitario e inequitativo. Orientado al segundo y tercer nivel de atención, sin una planificación estratégica rigurosa en cuanto al uso, distribución y evaluación de los recursos, presentaba diferencias de accesibilidad y calidad asistencial. Las formas de financiamiento vinculaban la calidad de la asistencia al pago que se realizaba por ella.

Surge entonces la necesidad de una reforma sanitaria profunda y sistémica. En ésta el gran desafío se puede resumir en la frase “de cada quien según sus ingresos a cada quien según sus necesidades”.⁽⁸⁾

Reforma del Sistema

El Poder Ejecutivo del nuevo Gobierno Nacional comenzó en marzo del 2005 un proceso de reforma del sistema de salud uruguayo, sustentado en los principios filosóficos vinculados a los cambios en la política social general. De esta manera el Estado, haciendo uso de su rol de gestor del bienestar colectivo, asume la responsabilidad de asegurar la protección de la salud de la población. Para ello se basa en los principios de la reforma: universalidad, continuidad, integralidad, equidad, calidad y ética, eficacia, eficiencia social y económica, atención humanitaria, participación social y administración democrática.

Se formalizó esto sustentado en un marco normativo dentro del cual se destacan tres leyes : Ley de Descentralización de ASSE, Ley de Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), donde se profundizan las definiciones programáticas del Gobierno Nacional, en acuerdo con los demás actores del sector. ^{(9) (10) (11) (12)}

Se definieron importantes cambios en el ámbito de los modelos de atención, gestión y en el sistema de gasto y financiamiento.

Estos últimos ofician como instrumentos para el logro del nuevo modelo de atención, acordándose Cuotas Salud por el cumplimiento de Metas Asistenciales y Contratos de Gestión según un Plan Integral de Prestaciones.

En éste están contenidos los Programas Prioritarios, entre los que se encuentra el de Salud Mental. ⁽¹³⁾ (**Tabla 1: Programas Integrales de Salud**)⁽¹⁾

El modelo de atención se orienta hacia la promoción y prevención, enfatizando el primer nivel, de acuerdo a las estrategias de APS, según los lineamientos programáticos.^{(14) (15) (16)}

El modelo de gestión busca la eficiencia, transparencia y democratización de la misma. Establece la participación activa de trabajadores y usuarios, quienes realizarán el control social de la gestión de los servicios.⁽¹⁷⁾

El sistema de gasto y financiamiento aplica el principio de justicia distributiva. Tiene como propósito asegurar la equidad con base en la solidaridad como valor, a través de la creación de un Seguro Nacional de Salud, y un Fondo Nacional de Salud.^{(18) (19)}

Contexto en Salud Mental

El Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública (DIGESA-MSP), fue diseñado en el año 1986, impulsado por una amplia movilización participativa de las fuerzas vivas involucradas en la temática.

⁽¹⁾ * Fuente: Ministerio de Salud Pública. Contenidos del Plan Integral de Prestaciones de Salud [La_ construcción_ del_ SNIS_ WEB. pdf] p 61 Fuente: Decreto 464/2008. (*) Los contenidos de los programas están disponibles en: http://www.msp.gub.uy/subcategorias_2_1.html

A partir de 1996 la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE-MSP) desplegó un plan de desarrollo nacional a través de los Centros de Salud y Equipos de Salud Mental (ESM), lográndose resultados disímiles, dependiendo en general de iniciativas aisladas ya que actuaron escindidos dentro del sistema sanitario.

En el año 2005 se creó la Coordinación de Salud Mental de ASSE-MSP responsable de operativizar el PNSM.

En el Documento Programático de la Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP) del PNSM, del mismo año, junto a las transformaciones ocurridas en la asistencia a los enfermos mentales y en salud mental, articuladas por ese programa, se puntualizó la problemática histórica (marginación masiva de los enfermos mentales y el retraso en incorporar recursos de psicoterapia y psicosociales). De igual modo se señaló la prevalencia de “fin de siglo”, las situaciones de violencia, el consumo riesgoso de sustancias psicoactivas, sus consecuencias y complicaciones, y las nuevas modalidades de vulnerabilidad y padecimiento en la vida cotidiana.

Dentro de los nuevos escenarios, en el subsector público los Centros de Salud en la comunidad debían transformarse en el escenario principal de la atención en psiquiatría y salud mental, en articulación con el primer nivel de atención en salud.

Los desarrollos del PNSM se incorporaron al SNIS, de acuerdo a los cambios de modelo, siguiendo los principios rectores, priorizando la estrategia de APS a través del trabajo en equipos interdisciplinarios.

En el año 2008, dentro del marco de la descentralización de ASSE, se creó la **Dirección de Salud Mental de ASSE**. La misma tiene como cometido gestionar la asistencia de todas aquellas personas usuarias de la institución, que padecen enfermedades mentales en el territorio nacional. También participar en el desarrollo y mantenimiento de la salud mental, y en aquellas actividades destinadas a la prevención de la enfermedad y a la rehabilitación de las personas que la padecen.

Esta Dirección, basada en los lineamientos que emanan del organismo rector, Ministerio de Salud Pública-Dirección General de la Salud (MSP-DIGESA), trabaja conjuntamente con la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata. La misma fue creada en 1948, para dar un cuerpo de normas con el fin de velar por el bienestar de los enfermos mentales.

Red de Servicios de Salud Mental de ASSE

Para cumplir con su cometido de gestionar la atención necesaria, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación y constituirse en un modelo de atención integral de Salud Mental dentro del Sistema Nacional de Salud (SNIS), la Dirección cuenta con una **red de servicios** que participa del Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención, conformada por:

- El Hospital Vilardebó como hospital psiquiátrico de referencia Nacional.

-
- Los Servicios de los Hospitales Maciel, Pasteur y las Salas de Internación Psiquiátricas en Salto, Paysandú, Fray Bentos, Rivera, Melo, Mercedes, Durazno, Treinta y Tres, Minas, Rocha y San Carlos.
 - Las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi.
 - 28 Equipos de Salud Mental en el Interior del País coordinados con los centros de rehabilitación departamentales.
 - 17 Equipos de Salud Mental (ESM) en Montevideo ubicados, por una parte en los centros de salud de la Red de Atención del Primer Nivel (RAP-ASSE) o en anexos dependientes de los mismos y por otra en los Hospitales Generales (Saint Bois, Maciel) y en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (en Hospital de Niños y en Hospital de la Mujer).
 - El Centro de Atención a Drogodependientes (Portal Amarillo).
 - Equipo especializado en drogodependencias en el Hospital Maciel y en Centro Jagüel en Maldonado.
 - Centro Diurno Sayago, donde funciona un Equipo de rehabilitación, el Centro de Rehabilitación de Pando y el Centro Diurno del Hospital Vilardebó.
 - El Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica con el Taller Protegido, dependiente del Patronato del Psicópata.
 - Residencias Asistidas (2 en Montevideo), en convenio con el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).
 - Dispositivos extraterritoriales:
 - De atención a niños con dificultades de aprendizaje, Convenio Interinstitucional (INTER-IN).
 - De atención a las personas sin techo, Plan de Asistencia a los Sin Techo (PAST).
 - De atención a Presos Primarios Adictos en su pasaje a Centro Nacional de Rehabilitación (CNR).
 - Dispositivo de Asesoramiento y Diagnóstico de Niños y Adolescentes por solicitud judicial (DAD).

3. MARCO TEÓRICO

Cuando hablamos de salud mental enfrentamos una paradoja difícil de resolver. Con los mismos términos se hace referencia a aquello que concierne tanto a la salud como a la enfermedad. Desde esta paradoja es que históricamente se ha abordado la temática, resultando en respuestas parciales, dicotómicas, dada la dificultad de trazar una clara línea que delimite estos conceptos.

Así, uno de los grandes desafíos a los cuales se ha enfrentado la humanidad a través de los siglos ha sido abordar la temática concerniente a la salud y la enfermedad mental, desde una perspectiva integradora, que intente desmitificar “lo mental” y los prejuicios que han girado entorno a ello.

Bajo los diferentes discursos atravesados por las culturas e ideologías dominantes, se han deslizado bajo la sombra los prejuicios de la humanidad.

La historia de la salud mental es la historia de la exclusión, representada por el atravesamiento de diferentes metáforas. Se desliza una perversión de la sociedad, que esconde la locura, al mismo tiempo que en ocasiones la exhibe perversamente a través de los medios.

A lo largo del tiempo se han atravesado en el campo de la salud mental fanatismos ideológicos que albergan prejuicios.

Estos reaparecen una y otra vez bajo nuevas y diversas formas. Intentos de dar cuenta de la génesis, curas simplistas, ideas de contagio asimilando el contacto con estos pacientes a la idea de contaminarse, la dicotomía encierro-expulsión, se repiten, utilizándose contradictoriamente bajo la máscara de la protección.

Las diferentes teorizaciones acerca de las etiologías redundan según las épocas en explicaciones totalizadoras, psicologistas, sociales, o biologicistas.

No hay explicaciones absolutas, ni certezas que den cuenta de esta complejidad.

Solo tenemos respuestas parciales a un mundo que ama las certezas. La locura nos enfrenta siempre al misterio y al límite de lo humano.

Frente a los fanatismos mesiánicos y la resignación a lo viejo intentamos enfrentar la paradoja promoviendo la capacidad de pensar en libertad, la tolerancia a la diferencia, la interdisciplina, la atención comunitaria y una actitud de construcción permanente y participativa.

Por ello optamos por un quehacer posible, sustentable y progresivo, en donde prime la lógica de sistema fuertemente apoyada en el concepto de red que integre, promueva y facilite los aspectos más sanos con que cuenta la sociedad.

La dialéctica entre teoría y práctica debe ser la base de la construcción de una propuesta metodológica para cuya sustentabilidad debe implicar la participación comprometida de todos los involucrados.

Modelo de Atención en Salud Mental

De acuerdo con el nuevo modelo de atención se enfatiza la atención integral en Salud Mental con la actividad coordinada en los tres niveles de atención, priorizando las áreas de promoción y prevención, la atención de las personas con enfermedad mental en su medio y el enlace con programas de rehabilitación y resocialización.

Dentro de las áreas de desarrollo, percibidas como de importancia para la Dirección de Salud Mental de ASSE se destacan:

- La necesidad de trabajar en equipos interdisciplinarios, coordinados intra e inter institucionalmente en redes de atención.

- El desarrollo de las áreas de prevención y promoción en Salud Mental a nivel comunitario, que contribuyan a vencer la discriminación de la que son objeto los pacientes con enfermedades mentales, logrando la inserción en su medio y la detección precoz de las patologías, priorizando las acciones tendientes a evitar el surgimiento de las mismas.

- La atención del enfermo mental, con énfasis en la rehabilitación, superando el modelo tradicional discriminatorio, cautelar y asilológico, procurando un nuevo modelo, evitando el hospitalismo, integrando al paciente a su medio y apelando a la responsabilidad de la familia y de la comunidad.

A la luz de la estrategia planteada de integración en el SNIS se gestionaron cambios en cuanto a lo concerniente al trabajo interinstitucional e intrainstitucional de integración, articulación y complementación de acciones.

4. METODOLOGÍA

Una de las líneas de acción priorizadas dentro de la planificación de la Dirección de Salud Mental de acuerdo con el nuevo modelo de atención fue la implementación de proyectos. En éstos se consideró la incorporación de recursos específicos en áreas con demanda insatisfecha, de difícil accesibilidad, con carencia de cobertura, que se evaluaron como necesarios. De esta forma se posibilitó la atención de los usuarios en las zonas más cercanas a su entorno, implementándose las acciones de Salud Mental correspondientes dentro de las mismas.

Es así, que el Proyecto desarrollado, que motivó el presente trabajo, se enlazó con el plan general institucional y con el general del país (SNIS), ya que se trató de la **integración de psicólogos a los Equipos de Área de Salud de la Red de Atención del Primer Nivel de ASSE** (RAP- ASSE). Por tanto, se insertaron esos recursos especializados en el nivel donde se resuelven el 80% de los problemas de salud, con la participación en los Programas Prioritarios, formando parte de los equipos interdisciplinarios que los llevan a cabo a través del trabajo en redes.

La Dirección de Salud Mental de ASSE consideró la propuesta surgida desde el Equipo de Gestión Central de la RAP-ASSE, teniendo en cuenta para su instalación los lugares más convenientes de acuerdo al estudio de las necesidades y factibilidad.

Se señala, de los datos sociodemográficos evaluados, que de los 3.241.003 habitantes del País, 174.393 residen en viviendas en asentamientos irregulares.* Asimismo, es en Montevideo, donde se registra el mayor porcentaje (76.6%) de los residentes en los asentamientos del País.

* Se considera asentamiento irregular al conjunto de viviendas levantadas en un predio del cual sus ocupantes no son propietarios. En general, no respetan un patrón de fraccionamiento y se caracterizan por la precariedad de las construcciones y las dificultades de acceso a los servicios básicos. INE [AsentamientosIrregulares%20v%20ultima.pdf] www.ine.gub.uy

Se destaca que en los asentamientos irregulares se concentra la pobreza más que en ninguna zona del departamento.

La mayoría de estos, se encuentran en las secciones localizadas en la periferia del área amanzanada de Montevideo, entre las que se marcan la ubicada al oeste y que abarca entre otros a barrios como el Cerro, Casabó y La Paloma- Tomkinson; y la ubicada al noreste del departamento comprendiendo a barrios tales como Piedras Blancas, Manga, Punta de Rieles-Bella Italia, Villa García.

En dichos barrios se localizan la mayor parte de los servicios en los que se incorporaron los Psicólogos de Área.

Para una primera instancia, resultaron seleccionados los siguientes efectores del departamento de Montevideo:

- De la Región Oeste, las Policlínicas Santa Catalina, Nuevo Amanecer, Villa Sarandí y Santiago Vázquez, situadas en las Zonas de Salud 17 y 18, cuyo referente es el Centro Cerro.
- De la Región Este, las Policlínicas Capra y Artigas ubicadas en la Zona de Salud 10, con el Centro Piedras Blancas como referente; las Policlínicas 8 de Marzo, COVI-PRO, Don Bosco y el Monarca en la Zona de Salud 9, con referencia en el Centro Jardines del Hipódromo.
- De la Región Sur, el Centro de Salud Ciudad Vieja ubicado en la Zona 1 de Salud.

Por otra parte, la población de estos sectores carenciados, mayoritariamente son usuarios de ASSE. Del total de los 1.256.072 usuarios de ASSE y de los 330.509 correspondientes a Montevideo, 44.021 se atienden en los ESM del País y 21.900 en los de Montevideo. De éstos últimos, el 38 % son usuarios de los ESM más próximos a los efectores seleccionados.

(Tabla 2: Usuarios de ASSE y de ESM de ASSE)^{(2) (3) (4)}

Estos equipos cuentan con psiquiatras de adultos y pediátricos, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros y administrativos, conformando un total de 618 recursos de los ESM del País. De éstos, 239 trabajan en los ESM de Montevideo, de los cuales 66 son psicólogos.⁽³³⁾

De la población total de Montevideo de 1.325.968 habitantes, 378.280 corresponden a las Zonas de Salud donde se localizan los efectores seleccionados. Estos se encuentran dentro de Áreas Priorizadas en las Zonas de Salud.⁽³⁴⁾

En las mismas se concentra la población con mayor nivel de exclusión social y sanitaria, siendo las de mayor vulnerabilidad social de Montevideo, con altos índices de pobreza,

⁽²⁾ *Fuente: Departamento de Gestión de la Información de ASSE, reelaboración de información proveniente del Centro Nacional de Afiliaciones de ASSE. Para el procesamiento de la Información se utilizó: Base de Usuarios de Octubre 2009.

⁽³⁾ **Fuente: Dirección de Salud Mental de ASSE, Estadística. Procesamiento de Datos en el nuevo Sistema de Registro de Salud Mental. Información en base a datos provenientes de los registros de la Red de Salud Mental de ASSE del Período: Octubre 2009 - Febrero 2010.

⁽⁴⁾ ***Fuente: Manual de Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. CIE-10: CDI-10. Madrid, España: Ed. Médica Panamericana; Junio 2004.

lo que implica una mayor probabilidad de que su población sufra daños en su salud. Se suma a este riesgo, el que los usuarios que padecen enfermedades mentales, no tengan accesibilidad a la atención, ni a los beneficios de un tratamiento en su medio, que actúe no disgregándolo, sino incorporándolo e involucrando al entorno, propiciando así su rehabilitación.

Desarrollar la autoestima y el empoderamiento de los sectores excluidos para posibilitar su acceso a una vida digna, como ciudadanos capaces de ser sujetos de salud, requirió pensar estrategias de participación desde una mirada específica, con un enfoque psico-social.

El trabajo en Equipo constituye uno de los principios básicos para el modelo de Atención Primaria en Salud. Es una respuesta organizativa a la complejidad que se deriva de las actividades encomendadas al Primer Nivel de Atención.

Los psicólogos manteniendo su especificidad actúan, en forma interdisciplinaria integrados a los Equipos de Área con su amplia inserción en la red de servicios de salud. Realizan acciones que contribuyen a la atención integral de la salud de la población usuaria, articulando con los efectores relacionados a temáticas de salud y agentes comunitarios. Atienden por una parte a las situaciones de enfermedad mental y por otra desempeñan un trabajo en articulación intra e intersectorial a nivel comunitario favoreciendo la más amplia participación de todos los involucrados, potenciando sinérgicamente las acciones.⁽³⁵⁾

Sus tareas y responsabilidades principales son:

- Participar en promoción y prevención en las áreas y programas prioritarios.
- Realizar diagnósticos de situación y diagnósticos precoces con el objetivo de acelerar los procesos de resolución, ampliando la eficiencia de la misma.
- Diseñar intervenciones multidisciplinarias programadas generando un mayor contacto con la comunidad en su conjunto y con las necesidades provenientes de esta.
- Orientar al usuario a través de estrategias y metodologías que tomen en cuenta la situación crítica del momento, con diferentes enfoques: individual, familiar y comunitario.
- Atender consultas psicológicas, focalizando la demanda puntual del usuario desarrollando mecanismos eficientes de referencia y contrarreferencia.
- Implementar seguimientos domiciliarios en casos necesarios.

Se definió entonces como **Misión** realizar acciones que contribuyan a la atención integral de la salud de la población usuaria, articulando con los efectores relacionados a temáticas de salud y agentes comunitarios con la más amplia participación de todos los involucrados, siguiendo los lineamientos programáticos.

Se plantearon como **Propósitos** el contribuir a mejorar la situación de salud de la población de las Zonas de Salud 1, 9, 10, 17 y 18 a través de las diversas estrategias desarrolladas por psicólogos insertos en los equipos interdisciplinarios de Área, logrando la resolutividad e integralidad en el abordaje de situaciones en el Primer Nivel.

El **Objetivo General** fue **proporcionar atención integral en Salud** coordinando la actividad con los tres niveles de atención, priorizando las áreas de prevención y promoción, la atención de las personas en su medio, incluyendo a aquellas que padecen enfermedades mentales y el enlace con programas de rehabilitación y resocialización, **desde la incorporación de psicólogos a los Equipos de Área de las Zonas de Salud 1, 9, 10, 17 y 18 en el año 2008-2009.**

Como **Objetivos Específicos** se definieron los siguientes:

Objetivo Específico 1:

Desarrollar y fortalecer a nivel comunitario la **promoción y educación** en hábitos saludables y la **prevención de las problemáticas psicosociales.**

Objetivo Específico 2:

Realizar la **promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno**, logrando una adecuada capacidad resolutive ante los motivos de consulta más frecuentes de la población, en los aspectos psicológicos.

Objetivo Específico 3:

Asegurar la **atención continua y permanente a los pacientes con enfermedades mentales y sus familias** que requieran de asistencia psicológica a fin de prevenir recaídas en episodios críticos, promover su permanencia en la comunidad y estimular el desempeño pleno o protegido en la vida social.

Para el logro de esos objetivos se plantearon las siguientes **Metas:**

Meta 1:

Participación en el 80% de los programas de Salud promocionales y preventivos conformados en el Área, en el primer año.

Meta 2:

Resolutividad del 80% de las consultas realizadas al Psicólogo de Área, en el primer año.

Meta 3:

Seguimiento del 100% de los pacientes con trastornos mentales crónicos en tratamiento, en el primer año.

Para cumplir con estas metas se fijaron las siguientes **principales líneas de acción:**

1. Promoción de Salud
2. Prevención Primaria de los trastornos mentales
3. Tratamiento del enfermo mental y su rehabilitación psicosocial

Los diferentes campos de acción se encuentran interrelacionados, siendo su principal eje el principio de prevención.

Se enumeraron **actividades**, las cuales se adecuaron según los requerimientos existentes en los diferentes efectores de acuerdo a su singularidad.

La transmisión de la experiencia del trabajo desarrollado previamente por los Equipos de las Áreas, de los Centros de Salud y de los Equipos de Salud Mental referentes, resultó de fundamental importancia para la implementación de las mismas.

1. Actividades de Promoción, Educación y Prevención:

1.1 Mapeo de la zona y relevamiento previo de la situación de salud aportando los aspectos psicosociales al diagnóstico comunitario efectuado en forma multidisciplinaria en el área de influencia. Esto, junto al conocimiento de los recursos con que cuenta la zona y las temáticas que surgieron de las necesidades relevadas, permitió programar las intervenciones necesarias.

1.2 Fortalecimiento de las redes barriales realizando intervenciones comunitarias a través de abordajes múltiples (entrevistas, talleres, observación participante, grupos operativos) de acuerdo a las temáticas propuestas con la más amplia participación intersectorial en la elaboración de las mismas, facilitando la sensibilización en relación con las problemáticas de salud.

1.3 Participación en los Programas de Capacitación de Agentes y Promotores Comunitarios aportando pautas para la promoción y prevención en salud mental y detección precoz de los factores de riesgo. Junto a esto, el conocimiento de los derechos y responsabilidades con respecto a la salud mental y los enfermos mentales apuntando a la incorporación no discriminativa de los mismos en la comunidad.

1.4 Integración a Programas Intersectoriales de Educación para la Salud en el ámbito comunitario (escuelas, liceos, grupos, organizaciones de la zona) fomentando estilos de vida saludables, fortalecimiento de la autoestima, promoción de hábitos de convivencia grupal, prevención del uso indebido de sustancias, a través de **Talleres y Ciclos Informativos** dirigidos a alumnos, docentes, padres, y trabajadores en general. Participación en la Mesa de Salud Mental-Educación y Redes socioeducativas.

2. Actividades por Programas vinculadas a Etapas Vitales y Problemáticas Psicosociales Prevalentes:

2.1 Programa de Atención Integral al Niño y Adolescente articulado con el Programa de la Mujer

- Controles programados para detección de factores de riesgo bio-psico-social.
- Participación en talleres interdisciplinarios de psicoprofilaxis (embarazo, parto y puerperio).
- Talleres grupales de psicoeducación y prevención abordando temáticas múltiples de acuerdo a la etapa vital y las necesidades planteadas.
- Intervenciones psicoterapéuticas mediante técnicas apropiadas a la situación, en

-
- modalidad individual, pareja, familia, grupal.
- Intervenciones de contención y acompañamiento en eventos críticos.

2.2 Programa de Atención Integral al Adulto y Adulto Mayor

- Psicoeducación en consulta y en talleres interdisciplinarios.
- Psicoprofilaxis quirúrgica.
- Intervenciones en eventos críticos.
- Evaluación psicológica y social.

2.3 Programa de Asistencia a la Población Víctima de Eventos Críticos

- Integración de Talleres interdisciplinarios de asesoramiento, educación e intervenciones psicosociales.
- Intervenciones psicoterapéuticas de objetivos y tiempo delimitado.
- Tratamiento psicológico (psicotrauma).

2.4 Programa de Atención a Usuarios de Drogas

- Participación en actividades de promoción de salud y prevención del Uso Problemático de Drogas (UPD) tales como talleres para jóvenes.
- Atención ambulatoria de demanda directa.
- Atención programada y/o seguimiento, con modalidad individual y/o grupal.
- Asesoramiento y apoyo a Grupos de pacientes y familias.
- Utilización de los procedimientos de referencia-contrarreferencia implementados en la Red de atención de UPD.

2.5 Programa de Capacitación Permanente

- Promover la mejora de los servicios mediante el apoyo a la formación, capacitación e investigación.
- Pasantías de Pregrado, Practicantes y Residentes (Facultad de Psicología) y otras coordinadas.
- Asistencia a actividades de formación y educación continua.
- Pasantías por otros niveles (coordinadas en Portal Amarillo).

3. Atención Programada en Policlínica o en Domicilio (si la situación lo requiere)

3.1 Consultas Psicológicas

- Primera vez y seguimientos: entrevista individual, familiar, pareja.
- Consultas prioritarias e inter consultas.
- Tratamientos psicoterapéuticos breves o focalizados según diferentes modalidades.
- Asesoramiento y apoyo al paciente y la familia en complementación con los servicios de salud y otras instituciones.
- Talleres de Psicoeducación y Psicoprofilaxis.
- Intervención en eventos críticos.

3.2 Acciones para la Rehabilitación Psicosocial

- Estimular la reinserción social y laboral plena o protegida de los pacientes: talleres, controles, seguimientos, acompañamientos.

-
- Articulación con los recursos de rehabilitación.
 - Talleres de Psicoeducación para familiares.

3.3 Registros y actividades administrativas

- Consignar en Historias Clínicas lo pertinente a las actividades.
- Realizar los Partes diarios, mensuales y otros requeridos.
- Coordinación con los distintos niveles asistenciales de la Red.
- Recepción y transmisión de la información siguiendo los procedimientos pautados.

(36)

Implementación y Pautas de Funcionamiento

El diseño de las intervenciones en salud mental y el abordaje de los diferentes programas con los recursos de Área, fue realizado en conjunto con el equipo interdisciplinario del Centro de Salud de referencia, teniendo en cuenta la heterogeneidad de los contextos.

En cada efector se fueron programando los servicios de forma diferente, dada la imposibilidad de pautar procedimientos generalizables. De este modo, la implementación y la forma de instrumentar las acciones, así como las coordinaciones con el Equipo de Salud Mental más próximo y con los otros efectores de la Red, se realizaron de acuerdo a las diversas situaciones planteadas.

Con relación a los **recursos humanos** se integraron en diciembre de 2008, 5 psicólogas a los Equipos de Áreas de Salud de **11 efectores seleccionados**. Se consideró conveniente vincular a cada psicólogo/a a 2 efectores de Área, con una concurrencia de 2 a 3 veces por semana a cada uno. Por las particularidades de las Áreas correspondientes, en un caso se incorporó 1 de los recursos a un sólo efector y en otro se vinculó a 4 efectores.

Para cada uno de los integrantes, la carga horaria asignada fue de 20 horas semanales.

Para la provisión de estos cargos se utilizó el mecanismo de selección. Se basó en la lista vigente resultante de convocatoria a aspirantes a psicólogos de ASSE, ordenada según antecedentes y méritos por el tribunal competente designado.

Dentro de los requisitos generales se priorizó además de los títulos correspondientes, la formación específica en APS y la experiencia previa en trabajo comunitario.

Se consideraron los siguientes **perfiles**:

1. Intervención comunitaria, institucional, grupal y familiar, con formación en las diferentes modalidades.
2. Diagnósticos, orientación y derivación, con capacitación en relevamiento de recursos, diagnóstico epidemiológico, primario y derivación oportuna.
3. Especializaciones por temáticas y/o Programas Prioritarios, con capacitación específica en alguna/s de las temáticas prioritarias.

En cuanto a los **recursos financieros**, de acuerdo a lo pautado con la Dirección de la RAP-ASSE, en la implementación conjunta del proyecto, esta última provee lo relativo a las **plantas físicas** de los efectores, así como los insumos y otros recursos materiales necesarios.

Por su parte la Dirección de Salud Mental se hace cargo de los salarios de los recursos humanos.

El proyecto temporalmente se instaló en el corto plazo, por la necesidad planteada de comenzar su ejecución, y por la actualidad de los datos obtenidos, ya que dada la realidad cambiante, más allá de este tiempo hubiera exigido nuevas actualizaciones.

Se contaba, además de con el financiamiento dentro de las previsiones, con los RRHH seleccionados para cubrir los cargos.

Se desarrolló según el **cronograma de actividades** generales diseñado y acordado, su-peditado a las variables y particularidades de cada situación.

(**Tabla 3:** Cronograma de Actividades Psicólogas de Área)

Evaluación y Seguimiento

Una vez puesto en marcha el proyecto, se realizó un seguimiento continuo de las actividades. Con ese fin y con el de evaluar el mismo se utilizó información recabada desde varias vertientes.

Por una parte, los datos de las planillas de registros procesadas a nivel del departamento de informática de la RAP-ASSE, a través del envío de los mismos a la Dirección de Salud Mental de ASSE, siguiendo los procedimientos reglados. Por otra, los informes de los Directores de los Centros de referencia que mostraban desde el horario y diseño de las actividades a la evaluación acerca de la actuación de las Psicólogas correspondientes. A continuación se sintetizan algunos de los puntos señalados en los mismos.

Destacaron que, más allá de los diferentes estilos personales y de la diversidad de contextos, desde su incorporación se implementó el Proyecto de acuerdo a lo esperado, con las adaptaciones pertinentes a las realidades y necesidades locales en cada una de las comunidades en que se insertaron.

(**Tabla 4:** Datos de Actividad de Psicólogas de Área) ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾

El total de consultas efectuadas fue de 1800, en tanto los usuarios atendidos, comprendiendo a todas las franjas etáreas, fue de 1.560 durante el año 2009.

Globalmente, de éstos, el 45 a 50% correspondió a niños hasta los 14 años y el 10% a adolescentes hasta los 18 años.⁽⁴¹⁾ ⁽⁴²⁾

Los usuarios atendidos en Domicilio, variaron entre el 1 y el 2% del total según los diferentes efectores.

(5) *Fuente: Red de Atención del Primer Nivel de ASSE. Resumen Anual del Servicio de Psicología de Área distribuido por Centro de Salud y Profesional. Período: Año 2009. RAP-ASSE, Unidad de Información.

(6) **Fuente: Bettini M, Korovsky G, Reigía M, Szteren L, Valdéz L. Psicólogas de Área de ASSE. Memorias, Período: Año 2009.

La producción y rendimiento tanto en la consulta como en la multiplicidad de las actividades comunitarias mostró resultados satisfactorios, constatándose una línea de trabajo orientada según los lineamientos del Proyecto, cumpliendo con las metas propuestas. Se remarcó su desempeño, dedicación y compromiso.

Asimismo, la asiduidad y puntualidad, la actitud para el trabajo, la disposición para la tarea en equipo y la relación adecuada con otros técnicos y con las autoridades, posibilitó la integración y aceptación en los Equipos de Salud. Al generar vínculos entre éstos y la comunidad las psicólogas de Área contribuyeron al fortalecimiento del trabajo extramuros.

Las actividades de promoción y prevención a través de Talleres realizados entre otros lugares en Sala de Espera, Escuelas, Liceos, Jardín de Infantes, Universidad del Trabajo del Uruguay (UTU), Policlínicas e Instituciones de la zona, involucraron una participación total de más de 1000 personas y fueron evaluados desde muy buenos a excelentes.

Se destacan algunas de las temáticas de los Talleres tales como: Salud Sexual y Reproductiva, Talleres de Embarazadas, Prevención de Adicciones, Vínculos saludables entre pares, Género e Iniciación Sexual, Taller sobre Prevención de la Violencia Doméstica, Calidad de Vida, Prevención de Depresión, Factores de Protección y Alimentación Saludable.

Las actividades de capacitación y formación realizadas y a las que concurrieron las psicólogas de Área también abarcaron temáticas múltiples.

Las Actividades Comunitarias fueron planificadas en conjunto con el Equipo de Salud del Área.

Se resaltaron las actividades de coordinación y planificación que incluyeron reuniones con los Equipos de Gestión, con los Equipos de las policlínicas y Centros de Salud de ASSE y de otros efectores. De igual modo, con Equipos docentes de Facultad de Medicina, Psicología, así como con agentes comunitarios, usuarios y representantes de organizaciones e instituciones del Área y con las Redes regionales socioeducativas.

Se requirió por tanto en su mayoría de varias reuniones y actividades de coordinación intra e interinstitucionales.

La participación en las Redes de Atención de Uso Problemático de Drogas, de Violencia y las coordinaciones con los Equipos de Salud Mental próximos y los diferentes efectores de la Red de Salud Mental, contribuyeron al desarrollo de los sistemas de referencia y contra-referencia. Al agilizarse estos mecanismos, se favoreció la accesibilidad a la atención en el nivel correspondiente.

Por otro lado, se efectuaron reuniones periódicas programadas con miembros de la Dirección de Salud Mental y las psicólogas de Área donde se plantearon contingencias, alternativas y propuestas, evaluándose conjuntamente el desarrollo del proyecto. Surgió en éstas la necesidad de describir el rol del psicólogo en la nueva función. Como resultado de instancias de reunión propias, de profundización y coordinación de su tarea,

las primeras cuatro psicólogas asignadas, diseñaron desde su práctica la redefinición del Perfil del Psicólogo de Área.

También constituyeron un insumo fundamental para la evaluación y seguimiento, los informes elaborados por cada uno de los recursos semestralmente en las Memorias, describiendo las actividades realizadas de modo pormenorizado, así como los obstáculos encontrados y la planificación de las tareas a abordar.

De los obstáculos, se destacan las carencias en cuanto a infraestructura en algunos de los efectores, con limitaciones en cuanto al número de consultorios o disponibilidad de los mismos y de espacios para realizar las actividades grupales. Se agrega a esto la falta de teléfonos y equipamiento informático, por lo que las comunicaciones, coordinaciones y recepción y envío de información se dificultan, debiendo hacer uso de los equipos personales a tales fines.

Una serie de obstáculos se vinculó a los contextos. En algunos efectores el horario no puede extenderse más allá de las primeras horas de la tarde por motivos de la inseguridad o porque la persona encargada de cerrar la Policlínica se retira. Las actividades grupales y los talleres debieron interrumpirse durante un mes en el año 2009 debido a las disposiciones oficiales por la Gripe A H1N1.

El cambio de RRHH ocurrido en algunas Áreas o en la planificación de tareas de los mismos se señaló como una dificultad en la continuidad de las actividades planificadas.

Se consideró que la carga horaria asignada para desarrollar toda la tarea es insuficiente. Muchas de las actividades insumen además de las horas de trabajo de implementación, reuniones destinadas al diseño, la preparación y evaluación permanente. Los registros en las Historias Clínicas, el llenado de planillas, la citación a pacientes, los seguimientos en domicilio requieren también de un tiempo mayor al asignado.

En el Proyecto se planteó la utilización de una serie de indicadores para la evaluación de los componentes: Indicadores de estructura para evaluar los recursos y su desempeño; de proceso para evaluar el funcionamiento y las actividades y de resultado en el cumplimiento o no de los objetivos y metas planteadas.

Se tuvo en cuenta la información del Servicio de Atención al Usuario y la posibilidad de realizar encuestas de satisfacción como indicadores de calidad.

La valoración sobre el impacto en la comunidad en este tipo de proyectos de atención primaria se podrá realizar en el largo plazo. De cualquier manera, en base a evidencias y a la experiencia resultante se considera que la inserción de psicólogos en las Áreas de Salud, será de alto impacto en el proceso de cambio del modelo de atención, con particularidad en lo referente a la resolutivez e integralidad en el abordaje de situaciones en el Primer Nivel.

En cuanto a resultados con relación al nivel de salud mental de la población, comienza a vislumbrarse la presencia de factores protectores vinculados al incremento de la parti-

cipación, en forma activa acerca de las temáticas trabajadas. El verbalizar situaciones, buscar soluciones en conjunto, el surgimiento de propuestas colectivas, orientan al empoderamiento y potencialización de aspectos sanos que redundan en el fortalecimiento de la salud mental.

A partir de las evaluaciones realizadas se tomó la decisión de incluir cinco nuevos psicólogos en áreas de las zonas de salud 6, 8, 9, 12, 13, 14, abarcando un total de 10 efectores. Éstos, iniciaron su trabajo a partir del mes de febrero del año 2010 en los siguientes efectores seleccionados de Montevideo:

- De la Región Oeste, Policlínicas Morell, Costurero, Verdisol y Complejo América en las Zonas de Salud 13 y 12 teniendo como referente al Centro Sayago; Tres Ombúes, Montserrat en las Zonas de Salud 14, teniendo como referente al Centro Cerro.
- De la Región Este, Policlínicas Complejo Maroñas y León Duarte en la Zona de Salud 9, con el Centro Unión como referente; Policlínicas Lancasteriana y UTE en la Zona de Salud 8 y 6 respectivamente, con Centro de referencia La Cruz de Carrasco.

De igual forma se incluyó en la previsión presupuestal para el quinquenio la incorporación escalonada de estos recursos en todo el país, en áreas en las cuales se ha evaluado como necesario, elevando el número a un total de cuarenta y cinco.

5. CONCLUSIONES

El Programa de Salud Mental es uno de los considerados por el MSP como prioritario y atraviesa con su accionar a todos los demás programas.

En este sentido se puede decir que los Psicólogos de Área operan como tejedores dentro del entramado de la red. Es este tejido de las Redes sanitarias y socio educativas, construido con el trabajo de estos recursos junto a la participación de todos los actores involucrados, así como de las fuerzas vivas de la comunidad, lo que hace que este trabajo sea sustentable.

Es de destacar el carácter innovador de la incorporación de recursos de esta índole a los equipos de área y la forma en que se ha realizado. Este tipo de recursos a nivel de las áreas es casi inexistente en otras instituciones sanitarias, contándose con algún caso aislado sin los lineamientos básicos con que cuenta esta iniciativa.

Se ejecuta siguiendo un proyecto basado en el reconocimiento de lo heterogéneo del contexto, las diversas necesidades y las singularidades de cada población, a través del establecimiento de metas, cronograma de actividades y evaluación de las mismas.

Prioriza el trabajo grupal promoviendo el involucramiento y la participación de la población sobre lo individual, resaltando el trabajo en equipo, lo que favorece la accesibilidad a estos recursos.

De esta forma toma como brújula la reforma del sistema de salud planteada, orientándose a la búsqueda de calidad tanto en la atención como en la gestión.

Finalmente, se enriquece a través de la dialéctica teoría-práctica, que trae como uno de sus resultados la redefinición, por parte de los propios actores, del Perfil de Psicólogos de Área.

Parece necesario interrogarse acerca de la necesidad del cuidado de estos recursos humanos, ya que de quedar el proyecto excesivamente centrado en el compromiso personal de quienes lo desarrollan, se corre el riesgo de generar desgastes innecesarios. Esto implica apelar al abordaje interinstitucional, generando sinergia para dar respuestas a los riesgos a que se puede enfrentar.

Reforzar y profundizar vínculos con la Universidad de la República (UDELAR) para de esa forma capacitar recursos en el trabajo en terreno, alineados con las necesidades reales de la población, es una de las estrategias implementadas, que se orienta en este sentido.

Adquiere importancia reflexionar acerca del cambio de modelo de atención no solamente en ASSE. Es en este sentido en el que se formulan los siguientes cuestionamientos:

¿La atención a nivel comunitario y las estrategias de APS deben y pueden aplicarse solamente en poblaciones carenciadas?

¿El modelo de atención planteado en este trabajo es extensible a otros sectores no carenciados de la población? ¿De no plantearse estrategias similares para estos otros sectores, no estaríamos asegurando para ellos un futuro fortalecimiento del tercer nivel de atención?

RECOMENDACIONES

Durante el desarrollo de esta experiencia se debieron sortear determinados obstáculos que deben ser tenidos en cuenta para un mejor funcionamiento y futuros desarrollos de la misma, con el fin de disminuirlos o eliminarlos de ser posible.

Así, la rotación de los recursos humanos en los diferentes efectores muchas veces enlentece la conformación y fortalecimiento de redes que permitan dar respuestas adecuadas en tiempo y forma.

De igual modo, las dificultades a nivel locativo, con falta de espacios físicos adecuados, la escasez de medios de comunicación en algunos lugares en los cuales se desarrollan actividades, así como carencias a nivel de otros insumos, hacen que muchas veces deba reestructurarse la planificación más allá de lo deseado.

Otro elemento a tener en cuenta es la carga horaria asignada a cada recurso, ya que deben realizar sus tareas en diferentes lugares, con alta dedicación, por lo cual parece importante considerar una ampliación de la misma.

Se destaca, que la población socialmente deprimida de estos contextos, con una larga historia de exclusión, demanda principalmente por parte de los otros la resolución de sus problemas de salud, estando su principal interés centrado en la atención individual. Esto plantea el desafío de establecer estrategias de motivación para la participación, empoderamiento y asunción de la temática Salud como un compromiso y responsabilidad de todos.

TABLA 1: PROGRAMAS INTEGRALES DE SALUD

Programas Prioritarios
1. Niñez
2. Mujer y Género
3. Adolescente
4. Adulto Mayor
5. Salud Bucal
6. Salud Mental
7. Discapacidad
8. ITS-Sida
9. Nutrición
10. Usuarios Problemáticos de Drogas
11. Control de Tabaco

Elaboración Personal

(1) FUENTE: Ministerio de Salud Pública. Contenidos del Plan Integral de Prestaciones de Salud. [La construcción del SNIS WEB. pdf] p 61

Fuente: Decreto 464/2008. (*) Los contenidos de los programas están disponibles en:http://www.msp.gub.uy/subcategorias_2_1.html

TABLA 2: USUARIOS DE ASSE Y DE LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL (ESM) DE ASSE

Cuadro 2.1 - Total de Usuarios de ASSE por Grupo de Edades según Departamento y Centros de Salud seleccionados

Usuarios de ASSE	0 a 14	15 a 64	65 y más	No Indicado
País	308.479	810.814	136.480	299
Montevideo	82.866	243.569	33.367	74
C. Cerro	18.833	46.082	6.241	15
C. Piedras Blancas	10.588	24.126	2.925	9
C. Maciel	6.388	23.624	4.472	7
C. Jardines	8.827	19.393	2.304	5
Hipódromo				

Abreviatura C. = Centro

Cuadro 2.2 - Total de Usuarios de ESM de Montevideo de acuerdo a Equipos seleccionados /Sobre Global de Usuarios de ASSE de Montevideo y según zonas

Usuarios Montevideo	Usuarios ASSE	Usuarios ESM
Montevideo	330.509	21.900(*)
INVE 18 (Cerro)	71.171	1.853
Maracanã (Cerro)		709
Piedras Blancas	37.648	2.926
Maciel	34.491	2.028
Jardines del Hipódromo	30.929	919

(*) Del Total de Usuarios registrados de los ESM de Montevideo:

o 59% corresponde al sexo femenino y 41% al masculino.

o 51% son pacientes portadores de Trastornos del humor (F3X) según la Clasificación Diagnóstica CIE 10.

Tablas de elaboración personal

(2) * FUENTE: Dirección de Salud Mental de ASSE, Estadística. Procesamiento de Datos en el nuevo Sistema de Registro de Salud Mental. Información en base a datos provenientes de los registros de la Red de Salud Mental de ASSE del Período: Octubre 2009 - Febrero 2010

(3) FUENTE:** Departamento de Gestión de la Información de ASSE, reelaboración de información proveniente del Centro Nacional de Afiliaciones de ASSE. Para el procesamiento de la Información se utilizó: Base de Usuarios de Octubre 2009.

(4)*FUENTE:** Manual de Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. CIE-10: CDI-10. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; 2004.

TABLA 3: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE PSICÓLOGAS ÁREA

Actividades	TIEMPO EN MESES													
	PREPARACIÓN				Ejecución									
	-	-	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
IMPLEMENTACIÓN	X	X	X	X										
COORDINACIONES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Gestión de ACTIVIDADES SEGÚN OBJETIVOS Y METAS ACORDADAS														
PROMOCION Y PREVENCIÓN	1		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
INTEGRACIÓN A PROGRAMAS	2		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ATENCIÓN	3		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
OTRAS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Diseño PLAN DE ACTIVIDADES			X	X	X									
OBJETIVO ESPECIFICO 1	ACT. (*)													
	1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	2		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	3				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	4			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
OBJETIVO ESPECIFICO 2	ACT. (*)													
	1			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	2			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	3			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	4		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	5			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
OBJETIVO ESPECIFICO 3	ACT. (*)													
	1		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	2			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	3		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
REUNIONES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
EVALUACIONES				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

(*)Abreviatura ACT. = Actividades

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 4: ACTIVIDADES DE PSICÓLOGAS DE ÁREA AÑO 2009

Cuadro 4.1 – Accesibilidad y Referencias

ACTIVIDADES ASISTENCIALES(*)				
Días	Horario	Tiempo de Espera	Derivaciones desde:	Referencias hacia:
Lunes a Viernes	Matutino y Vespertino	De 0 a 3 semanas	Médico de Familia Pediatras Odontólogos Docentes Otros	Hospital de Niños ESM más cercano

(*)Nota: La atención en Policlínica se distribuye en los días y horarios según los diferentes efectores. El tiempo de espera varía de acuerdo a la demanda. La mayor parte de los pacientes fueron derivados por médico de Familia con fines de trabajar a nivel multidisciplinario. Algunas consultas fueron espontáneas. En los casos que requirieron atención por Equipo especializado fueron referenciados o derivados mayormente hacia los efectores señalados.

Cuadro 4.2 – Motivos de Consulta

ATENCIÓN EN POLICLÍNICA	Motivos de Consulta (*)	Diagnósticos (**)
Adultos	<ul style="list-style-type: none"> ○ Crisis de pánico ○ Ataques de ira ○ Depresiones crónicas y reactivas ○ Elaboración reactiva de duelo ○ Violencia doméstica 	<ul style="list-style-type: none"> ○ F05.4: Trastornos neuróticos o relacionados con stress y trastorno somatomorfo ○ F05.3: Trastornos del humor ○ F05.5: Síndrome del comportamiento asociado con alteraciones fisiológicas y factores físicos
Niños	<ul style="list-style-type: none"> ○ Abandono por uno o ambos padres ○ Muerte de familiares ○ Dificultades de aprendizaje y problemas de conducta ○ Preparación para intervenciones o dificultades para atenderse por técnicos 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Z63: Problemas diversos relacionados con el núcleo familiar primario ○ Z55.0: Problemas de conducta ○ Z55.3: Problemas de rendimiento escolar ○ F05.9: Trastornos emocionales y de comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y adolescencia

Nota: (*) Se destacan dentro de los motivos de consulta las situaciones de violencia doméstica y de consumo problemático de sustancias (fundamentalmente familiares de consumidores).
 (**)Categorías predominantes de acuerdo a la Codificación del Manual Diagnóstico de Clasificación CIE-10 según su orden de frecuencia.
 Tablas de elaboración personal

(5)*FUENTE: Red de Atención del Primer Nivel. Resumen Anual del Servicio de Psicología de Área distribuido por C. de Salud y Profesional. Período: Año 2009. RAP-ASSE, Unidad de Información.

(6)**FUENTE: Bettini M, Korovsky G, Reigía M, Szteren L, Valdéz L. Psicólogas de Área de ASSE. Memorias, Período: Año 2009.

AGRADECIMIENTOS

Director del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública

Dr. Lizardo Valdéz

Ex Director de la Red de Atención del Primer Nivel de ASSE

Dr. Wilson Benía

Psicólogas de Área

Lic. Psic. Marilen Bettini, Lic. Psic. Gabriela Korovsky, Lic. Psic. Mónica Reigía, Lic. Psic.

Laura Szteren, Lic. Psic. Lucía Valdéz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Universidad de la República Oriental del Uruguay. Facultad de Ciencias Económicas y de Administración y Facultad de Medicina. Teorías de la Salud y Atención a la Salud, Libro del Curso de Posgrado en Gestión de Servicios de Salud. Centro de Posgrados; 2006; p 30-50.

2 Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Perfil de los Sistemas de Salud: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma. HSS-SP, OPS, OMS; Washington, D. C.; Octubre, 2009
[perfil_uruguay_30_oct.pdf]

3 Ministerio de Salud Pública. [La_ construcción_ del_ SNIS_ WEB. pdf] p. 19-20; URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>

4 Guzzo de León D. "Uruguay: ¿es eficiente su sistema de salud? Un análisis de los datos publicados por la Organización Mundial de la Salud". Cuadernos del CLAEH; 2004; 89(2): 27-52.

5 Instituto Nacional de Estadística. Estimaciones y Proyecciones de la Población de Uruguay. Revisión 2005. INE; [informe%20metodo%F3]

6 Instituto Nacional de Estadística. Encuesta, Informe Temático: los uruguayos y la salud (13349 doc-) [fecha de acceso 27 de setiembre de 2007]; URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>

7 Ministerio de Salud Pública. [La_ construcción_ del_ SNIS_ WEB. pdf] p. 46-47; URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>

8 Olesker D. Crecimiento e Inclusión. Logros del gobierno frenteamplista. Montevideo: Trilce; 2009.

9 Ministerio de Salud Pública. Principales Normas en la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud [La_ construcción_ del_ SNIS_ WEB. Pdf] p 65 y 106-112 URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>

10 Ley de creación del Fondo Nacional de Salud, 18 de mayo 2007 (Ley 18.131) [Fecha de acceso 17 de junio de 2010]; URL disponible en: <http://www.presidencia.gub.uy>

11 Ley de creación de la Administración de Servicios de Salud del Estado como Servicio Descentralizado, 29 de julio 2007 (Ley 18.161) [Fecha de acceso 17 de junio de 2010]; URL disponible en: <http://www.presidencia.gub.uy>

12 Ley de implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, 5 de diciembre de 2007 (Ley 18.211) [Fecha de acceso 17 de junio de 2010]; URL disponible en: <http://www.presidencia.gub.uy>

13 Ministerio de Salud Pública. Las herramientas para el cambio de Modelo de Atención [La construcción del SNIS WEB. pdf] p 60 – 61 URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>

14 Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: orientación estratégica y programática para la Organización Panamericana de la Salud. Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud. 46º Consejo Directivo. 57ª Sesión del Comité Regional, Washington DC, OPS, 26 al 30 de setiembre de 2005.

15 Hacia una estrategia de Salud para una equidad basada en la Atención Primaria. Declaración en el marco de la Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo: "Derechos, Hechos y Realidades". Bs. As., Argentina, 17 de agosto de 2007.

16 Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Serie La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. OPS/OMS Washington DC: OPS; Oct 2008 [APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud.pdf]

17 Ley de implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, 5 de diciembre de 2007 (Ley 18.211) [Fecha de acceso 17 de junio de 2010]; URL disponible en: <http://www.presidencia.gub.uy>

18 Baica H, Pintos H, Piñeiro M J, Trillo J."Reforma de Salud en Uruguay" ¿Hacia dónde vamos?" [Trabajo de la Asignatura: Los Subsistemas de Salud en el Uruguay y su entorno]. Diploma de Posgrado en Gestión de Servicios de Salud. Universidad de la República Oriental del Uruguay. Facultad de Ciencias Económicas y de Administración y Facultad de Medicina. Centro de Posgrados; octubre de 2006.

19 Baica H, Pintos H, Piñeiro MJ, Trillo JM. Anexo "Síntesis de la Propuesta de Reforma de Salud" En: Repercusiones del proyecto de reforma de la salud en las estrategias de algunas instituciones prestadoras integrales [Trabajo de Campo Final]. Diploma de Posgrado en gestión de Servicios de Salud. Facultad de Ciencias Económicas y de Administración y Facultad de Medicina. Montevideo: UDELAR; Oct 2007.

20 Dirección de Unidades Asistenciales Especializadas de ASSE- MSP. Equipos Comunitarios de Salud Mental. Un modelo en movimiento. Compiladora Gabriela Garrido, Montevideo: Gega; Dic 2004.

-
- 21 Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. Documento Programático: Salud Mental en la emergencia Social y en el nuevo modelo asistencial. Rev. Psiquiatr. Urug. 2005; 69(2):155-160.
- 22 Romano S, Novoa G, Gopar M, Cocco AM, De León B, Ureta C, Frontera G. El trabajo en Equipo: Una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental. Rev. Psiquiatr. Urug. 2007; 71(2):135-152.
- 23 Ley de Creación del Centro Nacional del Patronato del Psicópata (Ley N° 11.139). Noviembre de 1948.
- 24 Valdéz L. Del Aislamiento y el Encierro a La Integración y Participación. Caminos de la Salud Mental. Presentación ASSE; 2008.
- 25 Rudolf S, Bagnato MJ, Güida C, Rodríguez AC, Ramos F, Suárez Z, Arias MA. Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de salud. Una mirada desde la Psicología. Universidad de la República, Facultad de Psicología (Área de Salud); Jul 2007; 1 ed. Uruguay: Editorial Fin de Siglo; 2009. p 100-101
- 26 Organización Mundial de la Salud. Informes del Departamento de Salud Mental y Abuso de sustancias de la Organización Mundial de la Salud: Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas. Ginebra, Suiza; 2004.
- 27 Piñeiro MJ, Trillo JM. Proyectos de Desarrollo: Instalación de Equipos de Salud Mental Comunitarios (ESMC) y Contratos de Gestión Misurraco y Maracaná Sur. Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Salud Mental. Jornada: Intercambio de Experiencias Innovadoras en Salud Mental, IMM; Jul 2009. Uruguay: OPS; 2009. p 11-15
- 28 Piñeiro MJ, Trillo JM. Proyecto Integración de Psicólogos a los Equipos de Área. Dirección de Salud Mental de ASSE; Setiembre 2008.
- 29 Instituto Nacional de Estadística (INE). Informe de Resultados Total del País - CENSO FASE I 2004. www.ine.gub.uy.
- 30 Instituto Nacional de Estadística (INE). Serie Documentos Temáticos N° 1. Departamento de Estudios Sociodemográficos. Condiciones de vida en Montevideo 2do. Semestre 2008 [AsentamientosIrregulares%20v%20ultima.pdf](http://www.ine.gub.uy/AsentamientosIrregulares%20v%20ultima.pdf)
www.ine.gub.uy
- 31 Departamento de Gestión de la Información de ASSE, reelaboración de información proveniente del Centro Nacional de Afiliaciones de ASSE. Para el procesamiento de la Información se utilizó: Base de Usuarios de Octubre 2009.
- 32 Dirección de Salud Mental de ASSE, Estadística. Procesamiento de Datos en el nuevo Sistema de Registro de Salud Mental. Información en base a datos provenientes de los registros de la Red de Salud Mental de ASSE del Período: Octubre 2009 - Febrero 2010.

-
- 33 Dirección de Salud Mental de ASSE. Procesamiento de Datos; Mayo, 2010.
- 34 Ministerio de Salud Pública. Regionalización Sanitaria del Departamento de Montevideo. Red de Atención en el Primer Nivel; 2006.
- 35 Trillo JM. El Psicólogo en la Comunidad. Conferencia en Jornada de Coordinación de Equipos de Salud Mental de ASSE; Mayo, 2005.
- 36 Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública. Informe de Avance del Grupo 2 de la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental: Plan de Trabajo en el Primer Nivel de Salud Mental. PNSM-MSP; 2007.
- 37 Rudolf S, Bagnato MJ, Güida C, Rodríguez AC, Ramos F, Suárez Z, Arias MA. Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de salud. Una mirada desde la Psicología. Universidad de la República, Facultad de Psicología (Área de Salud); Jul 2007; 1 ed. Uruguay: Editorial Fin de Siglo; 2009. p 122-136
- 38 Red de Atención del Primer Nivel. Procedimiento Programación de Servicios. RAP-ASSE; 2006.
- 39 Ministerio de Salud Pública. Primer Censo Nacional de Recursos Humanos en Salud: Desarrollo y Presentación de los Primeros resultados. Departamento de Habilitación y Control de Profesionales de la Salud. MSP; Febrero de 2010. [Libro_Primer_Censo_Nacional_de_RHS_-_versión_digital. pdf] p 65-66
URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>
- 40 Piñeiro MJ, Trillo JM. Manual de Cargos y Protocolo de Procedimientos de los Recursos Humanos Dependientes de la Dirección de Salud Mental de ASSE; 2008. De próxima aparición.
- 41 Red de Atención del Primer Nivel de ASSE. Resumen Anual del Servicio de Psicología de Área distribuido por Centro de Salud y Profesional. Período: Año 2009. RAP-ASSE, Unidad de Información.
- 42 Bettini M, Korovsky G, Reigía M, Szteren L, Valdéz L. Psicólogas de Área de ASSE. Memorias, Período: Año 2009.
- 43 Bettini M, Korovsky G, Reigía M, Szteren L. Aportes a la Construcción de Perfil del Psicólogo de Área. Montevideo; 2009. De próxima aparición.



**PROYECTO DE SALUD BUCAL ESCOLAR CON
LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA PRAT
CON ENFOQUE EN APS**

**Programa Piloto Incremental de salud bucal para
escolares del Departamento de Canelones
(MSP, CC, OPS/OMS)**

Dra. Alicia Guadalupe Saona *

* Odontóloga especialista en odontopediatría y discapacidad. Funcionaria del Ministerio de Salud Pública (MSP). Consultora temporal OPS/OMS. Coordinadora del Programa Piloto Incremental para Escolares del Departamento de Canelones (MSP, CC, OPS/OMS)

1. ANTECEDENTES

La salud bucodental sigue siendo una faceta crucial de las condiciones generales de salud en América Latina y el Caribe por la importancia que reviste como parte de la carga mundial de morbilidad, los costos relacionados con el tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención.

A esta problemática se le agrega la inequidad en acceder a los servicios de salud para tener una atención oportuna.

Se encuentran muchas barreras que impiden que la atención de salud bucodental equitativa esté al alcance de la población:

- falta de apoyo a las políticas y las leyes
- el aumento en el costo de la atención dental
- la falta de conciencia sobre la importancia de la salud bucodental
- el acceso desigual a los servicios de atención, especialmente para grupos vulnerables como lo son personas con discapacidad física, o mental, de edad avanzada, poblaciones indígenas o comunidades geográficamente aisladas
- factores culturales, de género y otros factores sociales
- calidad deficiente de la atención de salud bucodental

En las dos últimas décadas se han realizado 40 encuestas de salud oral en las Américas, cuyos resultados indican una disminución de entre el 35 % y 85 % en la prevalencia de caries dental. Sin embargo, la morbilidad sigue siendo alta en comparación con otras regiones del mundo, siguen siendo evidentes, en los países americanos algunas de las barreras que afectan la atención en salud bucodental, como ha manifestado oficialmente la OPS/OMS ⁽¹⁾

Por dicho motivo se ha elaborado por parte de la OPS/OMS un Plan Regional Decenal sobre Salud Bucodental. La integración de los sistemas de salud bucodental con los sistemas de atención primaria de salud es un componente primordial de la estrategia esbozada en este Plan.

El Plan Regional Decenal, dentro de su Plan de acción establece tres metas, la primera de las cuales considera dentro de su objetivo 2, la aplicación de tecnologías sencillas como el Procedimiento de Restauración Atraumático (PRAT, ART, TRA).

Históricamente, en el seguimiento realizado por el Programa de Salud Oral de la OPS/OMS, Uruguay ha venido evidenciando progresos reseñados en la clasificación de salud bucodental según el COPD, evolucionando de país en crecimiento en 1996, a país de consolidación en el 2005, como se puede observar en los cuadros 1 y 2

Cuadro 1: Cuadro de la clasificación de la salud bucodental, alrededor de 1996

Emergente CPOD 5 9 países	De crecimiento CPOD 3-5 15 países	De consolidación CPOD < 3 8 países
Belice El Salvador Guatemala Haití Honduras Nicaragua Paraguay Perú República Dominicana	Argentina Brasil Bolivia Chile Colombia Costa Rica Ecuador México Panamá Puerto Rico Perú Suriname Trinidad y Tobago Uruguay Venezuela	Bahamas Bermuda Canadá Cuba Dominica Estados Unidos de América Guyana Jamaica

Fuente: Publicación Científica y Técnica N° 615 de la OPS.

Cuadro 2: Cuadro de la clasificación de la salud bucodental, alrededor de 2005

Emergente CPOD 5 2 países	De crecimiento CPOD 3-5 7 países	De consolidación CPOD < 3 29 países	
Guatemala Santa Lucía	Argentina Bolivia Chile Honduras Panamá Paraguay República Dominicana	Anguila Araba Bahamas Barbados Belice Bermuda Brasil Canadá Colombia Costa Rica Cuba Curazao Dominica Ecuador El Salvador	Estados Unidos de América Granada Guyana Haití Islas Caimán Islas Turcas y Caicos Jamaica México Nicaragua Perú Suriname Trinidad y Tobago Uruguay Venezuela

Fuente: Publicación Científica y Técnica N° 615 de la OPS.

La primera encuesta epidemiológica del MSP para escolares de 6° años de escuelas urbanas del país, realizada en 1992, arrojó un CPOD de 3,9 previo a la introducción de la sal fluorada en el Uruguay (6). Monitoreando estas acciones en el año 1998 se realizó la segunda encuesta epidemiológica con similares características, dando un CPOD de 2,4. (7)

1 Índice Cariado Perdido Obturado Diente (CPOD)

Indicador para piezas dentarias permanentes que mide la evolución de la caries pasada y presente tomando como unidad el diente

Antecedentes particulares

Uruguay

El Gobierno Nacional desde el área programática de la Dirección General de la Salud, DIGESA, intenta jerarquizar la salud bucal y su integración en la salud integral del individuo.

Son de especial importancia dos documentos: Plan de Salud Bucal en el marco del Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) en tanto parte constitutiva de la salud de las personas, constituyendo por la demanda insatisfecha acumulada uno de los objetivos sanitarios más destacados de la actual Reforma Sanitaria, y el Programa Nacional de Salud Bucal, que define los aspectos normativos y de rectoría para todo el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Su construcción responde al trabajo en conjunto de múltiples actores individuales e institucionales y fue ajustándose en función de un proceso que tuvo en cuenta sugerencias y definiciones propias del MSP.

La misión del Programa Nacional de Salud Bucal para este Ministerio de Salud Pública es: "Contribuir al logro del más alto grado posible de salud bucal de la población uruguaya, impulsando, promoviendo y articulando las adecuadas acciones promocionales, preventivas y asistenciales integradas en un sistema de salud y que correspondan a las necesidades de cada individuo".⁽⁸⁾

Canelones

Canelones es un departamento de alta complejidad, con condiciones sociodemográficas y económicas diferentes según los núcleos poblacionales y un progresivo aumento de áreas de contexto crítico.

Su población es de 485.240 habitantes, con crecimiento poblacional de 18,5 por mil anual, con respecto al anterior Censo General, superior al promedio nacional (6,4/1000), marcado crecimiento de asentamientos irregulares y notoria disminución de la población rural⁽⁹⁾.

El 14,2% de la población pertenece al grupo etáreo de 4 a 12 años.

La población escolar se distribuye en 272 escuelas, 83% públicas y 17% privadas.

Según la última Encuesta Nacional de Salud Bucal del MSP (1998), el 78% de los niños a los 12 años presentaban caries dentales sin tratar, con riesgo de dolor y de contraer infecciones, determinando la posibilidad de pérdidas de piezas dentales permanentes y compromiso de salud general.

En las áreas de mayor vulnerabilidad y de difícil acceso, las acciones preventivas son escasas. En el campo de la salud bucal se observa la falta de intervención oportuna sobre las principales patologías, orientándose la atención sólo al alivio del dolor y a la atención de tipo emergente (exodoncias).

El cuidado de la salud buco dental y el fomento de mínimos hábitos de higiene son esporádicos, existe una falta de conciencia sanitaria en la comunidad y una alta prevalencia de enfermedades prevenibles.

JUSTIFICACION

La evidencia científica demuestra que el uso adecuado de fluoruros, especialmente en las pastas dentales, logra la reducción de la prevalencia de caries. ⁽¹⁰⁾

La falta de hábitos higiénicos y los costos de estos productos dificultan el alcance de estos logros.

El uso oportuno de sellantes de fosas y fisuras es una medida costo –efectiva para prevenir las caries en los primeros molares permanentes.

La técnica PRAT, puede constituir una estrategia de Salud Pública de elección para las comunidades y los programas con un fuerte contenido de Atención Primaria en Salud (APS).

Es un procedimiento de altos beneficios y bajo costo, de fácil implementación y accesible a la comunidad. ⁽¹¹⁾ No requiere equipamiento odontológico complejo ni costoso. Solo utiliza instrumental de mano, una luz frontal a batería y cemento de ionómero de vidrio. ⁽¹²⁾ Para realizar los sellantes y las obturaciones se usa un material de alta tecnología, que es de los materiales mas biocompatibles con la pieza dental, se adhiere químicamente, libera flúor y por ende la fortalece, además de prevenir caries secundarias en las superficies adyacentes. ⁽¹³⁾

Es una técnica de prevención y atención oportuna de la caries, eliminando solo el tejido enfermo, o sea la dentina infectada y no la afectada, que es la dentina de defensa.

A diferencia de los métodos convencionales de tratamientos no es amenazante ni doloroso, por consiguiente no necesita anestesia.

Con este enfoque podemos prevenir la formación de caries por medio de sellantes en piezas dentarias en riesgo y atender oportunamente la caries.

En general el PRAT se puede aplicar a cualquier persona en cualquier edad. Es la técnica de elección en la discapacidad y zonas de difícil acceso geográfico.

Las indicaciones son cuando hay cavidades que involucren esmalte, o esmalte y dentina sin compromiso pulpar y que sean accesibles a los instrumentos de mano ⁽¹⁴⁾

La técnica PRAT nos permite un acercamiento a la comunidad y poder implementar un cambio de la atención tradicional a un nuevo enfoque de la odontología, más participativo y amigable.

El Ministerio de Salud Pública y la Intendencia Municipal de Canelones han firmado un convenio marco de complementación referido al Plan Departamental de Salud. Una de sus líneas consiste en APS bucal y para ello, y con el apoyo de la asesoría técnica de la OPS/OMS, se diseñó **el Programa Piloto Incremental de salud bucal para escolares del departamento de Canelones (MSP, CC, OPS/OMS)**, con acciones simples, de alta calidad que produzcan cambios en el estado sanitario de esa población

Este trabajo abarcó desde el año 2006 al 2009 inclusive ⁽¹⁵⁾

2. OBJETIVOS

Objetivo general

Contribuir a proteger y mejorar la salud bucal de la población escolar del departamento, abatiendo las desigualdades, fortaleciendo los principios de universalidad, continuidad, equidad, calidad y calidez, priorizando los sectores más vulnerables.

Objetivos específicos

- 1 Establecer un diagnóstico de situación de la Salud Bucal de los escolares del Departamento
- 2 Instrumentar y desarrollar un Programa Piloto de Salud Bucal Incremental para escolares que sea eficiente, integral y con amplia cobertura para los sectores más vulnerables
- 3 Implementar acciones de educación, promoción, prevención y el tratamiento oportuno de las lesiones ya existentes, con el propósito de lograr comunidades más sanas
- 4 Aumentar la cobertura de atención odontológica a través de la atención oportuna con la técnica PRAT, con un sistema dinámico de referencia que sea eficaz y eficiente
- 5 Garantizar y mantener en condiciones saludables a la población objetivo mediante el seguimiento, monitoreo y evaluación de las acciones odontológicas, con participación de personal calificado

3. METODOLOGIA DE TRABAJO

El programa fundamentalmente estuvo dirigido a:

- Brindar cobertura escolar en un periodo de tres años (2006 - 2009), articulando con otros efectores públicos y privados que transiten hacia el Sistema Único Integrado de Salud
- Abordar en forma prioritaria las necesidades básicas insatisfechas en salud bucal de la población objetivo, considerando el alto impacto que tendría en la salud de la comunidad
- Lograr la motivación y el apropiamiento del equipo interdisciplinario involucrado, para la difusión del programa, capacitación y actualización continua
- Involucrar a la comunidad, especialmente orientado a las acciones a la niña o niño, la familia y su entorno, para lograr durabilidad y permanencia de los esfuerzos
- Organizar un sistema de referencia articulando los consultorios de las Unidades Ejecutoras del Sistema Público, las Unidades Móviles de la Comuna Canaria y los referentes del Sector Privado que correspondan

LINEAS DE ACCION

El programa se orientó al Primer Nivel de Atención dentro de la estrategia de APS, acorde con el cambio de modelo de las políticas de salud nacional y el Plan de Salud Departamental, concordantes con las estrategias de la OPS/OMS para el nuevo milenio.

Se facilitó un proceso participativo con acciones orientadas a la educación y promoción de la salud bucal para mejorar la calidad de vida de los escolares y su entorno.

Para tal acción se involucró a docentes, escolares, familia y comunidad en general, buscando un empoderamiento de la comunidad, promoviendo dietas y meriendas saludables, fundamentalmente fomentando la importancia de una alimentación adecuada, teniendo cuidado con la frecuencia, cantidad, consistencia y calidad de la ingesta.

Se distinguió a aquellas escuelas que lograron cambiar el consumo de dietas y meriendas cariogénicas y fomentar hábitos saludables

Se promovió el uso de fluoruro en forma sistémica por medio de la sal fluorada y tópica por medio de la pasta dental y cepillado, como lo menciona el Programa Nacional de Salud bucal (MSP).

Se incorporó la técnica PRAT como medida preventiva (sellante) fundamentalmente del primer molar permanente, molar que debe permanecer sano, como el resto de las piezas dentales, durante toda la vida del individuo por ser el pilar fundamental de la oclusión.

Se utilizó la técnica PRAT además, como técnica de elección para la reparación oportuna de las caries dentales existentes siempre y cuando esté indicado el caso para ser tratado con la misma.

En los casos en que no se pudo aplicar la técnica PRAT, se derivó a los centros de salud públicos, privados o a los móviles que pertenecían a la Comuna Canaria.

Se contó con dos móviles, un ómnibus equipado con un consultorio odontológico y otro ómnibus sin equipamiento odontológico que se usaba para recorrer las zonas rurales con un equipo multidisciplinario.

Objetivo uno

En el cumplimiento del primer objetivo del Programa se realizó un estudio de diagnóstico epidemiológico de la situación bucal de los escolares de 1º y 6º años del Departamento de Canelones.

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el período agosto diciembre 2006.

Para conocer el Universo se solicitó el listado de escuelas y alumnos a las autoridades de Enseñanza Primaria, con lo que fue posible diseñar la muestra.

Se seleccionaron 44 escuelas, a su vez se definieron cuatro grupos de interés particular que se denominaron estratos:

1. Estrato de Escuelas de Contexto Socio-Cultural Crítico, con el objetivo de captar como grupo a los escolares socialmente excluidos. Definidas de esa forma por la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP).
2. Estrato de Escuelas Urbanas: comprende la urbana común, las de tiempo completo y las de práctica. Excluye las de contexto crítico.
3. Estrato de Escuelas Rurales.
4. Estrato de Escuelas Privadas.

Se estudió en particular la población del primer y sexto año escolar.

Se realizó un muestreo estratificado no proporcional y por conglomerados (cluster) en un solo paso. La unidad primaria estuvo constituida por el grupo y las unidades a observar son la mitad de los escolares de la clase elegidos al azar.

Las variables para medir la prevalencia de caries que se usaron fueron

- CPOD
- ceod ⁽²⁾

A los fines de la recolección de datos se capacitó a cuatro odontólogos mediante un curso teórico-práctico de cuatro días en calibración de examinadores para estudios epidemiológicos de Salud Bucal. Las odontólogas dependían dos de la Comuna Canaria (CC), una de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y otra del Instituto Nacional del Niño y Adolescente Uruguayo (INAU).

Con dicha capacitación se consiguió una interpretación, aplicación y comprensión uniforme de los criterios de la patología caries dental y condiciones a ser observadas y registradas.

Se logró que cada examinador pueda examinar consistentemente a los niños y se minimizó la variación entre los diferentes examinadores. ^{(16) (17) (18)}

Se distribuyeron las escuelas por zonas y se le adjudicaron a cada odontólogo en forma equitativa.

La mayoría de la recolección de datos se realizó en el último trimestre del año 2006.

Para la realización del estudio se contó con el apoyo de la Dirección Departamental de Canelones (DIGESA) y la Intendencia Municipal de Canelones (IMC o CC) quienes aportaron vehículos para el traslado de los odontólogos y sus auxiliares. Además, se sumó el vehículo particular de una de las odontólogas.

De acuerdo a la muestra seleccionada se estudiaron las siguientes escuelas cuya distribución según estrato se presenta en el cuadro 3

Cuadro 3 - Distribución de las escuelas según su estrato

Estrato Escolar	Nº Escuelas
Contexto Crítico	5
Urbana	8
Rural	20
Privadas	11
Total	44

² Índice cariado, extracción indicada, obturado ceod

Indicador para piezas dentarias temporarias que mide la evolución de la caries pasada y presente tomando como unidad el diente

En el cuadro 4 se puede apreciar la distribución de los niños según el estrato y año escolar al cual concurren

Cuadro 4 - Distribución de los niños según estrato y año escolar

Estrato Escolar	1º año	6º año
Contexto Crítico	56	75
Urbanas	130	135
Rurales	112	117
Privadas	130	108
Total	428	435

El total de los niños encuestados fue de 863 y la distribución de la población según sexo refleja que 51,4% son mujeres y 48,6 son varones.

En las siguientes tablas se mostrarán algunos indicadores significativos que diferencian las condiciones de salud bucal de los niños de las diferentes escuelas.

El cuadro 5 muestra el número y porcentaje de niños libres de caries (CPOD=0) por tipo de escuela y grado escolar

Se aprecia que en las escuelas rurales el porcentaje de niños libres de caries es mayor que en los demás tipos de escuelas (44,4%)

Cuadro 5 - Distribución de los niños libres de caries (CPOD= 0) según tipo estrato y grado escolar

Estrato Escolar	Nº niños 1º	% niños 1º	Nº niños 6º	% niños 6º
Contexto Critico	56	76.1%	75	33,3%
Urbanas	130	72.6%	135	36.7%
Rurales	112	84,9%	117	44,4%
Privadas	130	85,9%	108	35%

En el cuadro 6 se puede apreciar el CPOD según estrato y grado escolar.

Se puede observar que en general el CPOD en los niños de 1º año escolar es similar y muy cercano a cero. Es que es en esta edad, comienza el recambio y las pocas piezas dentarias permanentes hace muy poco tiempo que están en boca

En sexto año escolar ya se puede apreciar que las escuelas de Contexto Crítico tienen un CPOD mas elevado

Cuadro 6 - Distribución del CPOD según estrato y grado escolar

Estrato Escolar	1°	6°
Contexto crítico	0,4	2.1
Urbanas	0,3	1,7
Rurales	0,4	1.4
Privadas	0,2	1,8
Total	0,3	1,7

En el cuadro 7 se observa el desglose, expresado en porcentajes, del CPOD de los niños de 1° año escolar, en los tres componentes: Cariados, Perdidos y Obturados, según tipo de escuela.

Se puede apreciar como dato relevante que los niños de las escuelas rurales hay un porcentaje mayor de extracciones (6,2%).

Cuadro 7 - Desglose del CPOD en Cariados Perdidos y Obturados en niños de 1° grado escolar según estrato escolar

Estrato Escolar	CPOD	Cariados	Perdidos	Obturados
Contexto Crítico	0,4	92,3 %	0	7,7%
Urbanas	0,3	95,2%	0	4,8%
Rurales	0,4	81,3%	6,2 %	12,5%
Privadas	0,2	88,2%	0	11.8%

En el cuadro 8 se desglosa, expresado en porcentajes, el CPOD de los niños de 6° años según tipo de escuela.

Se puede apreciar que el 85,1 % de las caries (C) de los niños de las escuelas de Contexto Crítico se encuentran sin tratar.

Analizando el componente, que se refiere a las piezas dentarias extraídas o perdidas por la patología caries (P), se puede observar que a los niños de las escuelas privadas se le realizan menos extracciones, siendo similar el porcentaje en los demás estratos. Como se puede ver en las escuelas privadas las piezas dentarias que se encontraron con caries terminan siendo obturadas.

Con respecto a las piezas dentarias obturadas (O) se puede observar que los niños de las escuelas urbanas, rurales y privadas tienen porcentajes similares de piezas dentarias obturadas, que refleja una escasa intervención del odontólogo, pero mas escasa es la intervención cuando observamos que, en los niños de las escuelas de Contexto Crítico solo un 8,4 de la patología se ha tratado.

Cuadro 8 - Desglose del CPOD en Cariados Perdidos y Obturados en niños de 6° año escolar según estrato escolar

Estrato Escolar	CPOD	Cariados	Perdidos	Obturados
Contexto Critico	2,1	85,1%	6,5%	8,4%
Urbanas	1,7	73,7%	5,3%	21,0%
Rurales	1,4	77,0%	4,6%	18,4%
Privadas	1,8	81,4%	1,4%	17,2%

Objetivo dos

El periodo de confección del Programa Piloto Incremental de salud bucal para escolares del departamento de Canelones (MSP, CC, OPS/OMS), abarcó de diciembre del año 2005 a marzo del año 2006.

Luego de terminado se presentó a las diferentes Instituciones y autoridades para su aprobación.

El tiempo de presentación y búsqueda de recursos fue de seis meses.

Objetivo tres

El componente de Educación, Promoción y Prevención de la salud bucal se enfatiza especialmente dado que es la base fundamental de la salud.

En todo momento se trabajó en relación estrecha con las Inspecciones de ANEP correspondientes, directores y maestros.

Se realizaron 30 reuniones con el propósito de optimizar los recursos de la forma mas propicia para la escuela y la comunidad.

Se observó que en muchas de las escuelas se trabaja con gran intensidad en el tema de alimentación sana, saludable, nutritiva y con rico sabor. Otras escuelas enfocan su labor a las meriendas saludables y el control de alimentación cariogénica.

Desde el inicio se desarrollaron charlas en las escuelas donde se aplica el Programa dirigidas a todos los niños, padres, maestros y comunidad.

Las charlas fueron variadas según las necesidades de cada escuela, toda enfocadas al cuidado de la salud general y bucal, personal y colectiva.

También se hizo énfasis en la aplicación de una correcta técnica de cepillado y uso de hilo dental.

Se realizaron técnicas de visualización de la placa bacteriana por medio de los test colorimétricos.

En el comienzo del Programa (2006) se entregó cepillos y pastas dentales a los niños que lo necesitaban.

A partir del año 2008 el Programa Nacional de Salud Bucal fue el responsable de entregar un kit completo a cada escolar del departamento. Dicho kit cuenta con un vaso, cepillo y pasta dental.

Se ponderó la importancia de una alimentación sana y meriendas saludables. Se insistió mucho con lo perjudicial de los elementos cariogénicos y los que provocan riesgo cardiovascular, además de su efecto nocivo sobre el esmalte dental.

A pedido de maestros y directores preocupados por la salud bucal, se programó actividades educativas en 16 escuelas que no estaban incluidas dentro del Programa.

La Promoción de salud integral y bucal se realizó de diferentes formas de acuerdo a las necesidades requeridas, a los recursos existentes y a las opciones presentadas y aprovechadas de cada comunidad:

En todas las escuelas, clubes de niños, CAIF, hogares de INAU, comedores, espacios adolescentes y comunidades a las cuales visitamos, se dio charlas de enseñanza de cepillado dental, el uso de hilo dental y la importancia de tener en cuenta una alimentación saludable.

Se trabajó en conjunto enfatizando la promoción de salud a través de actividades con un enfoque de salud integral.

Contribuyeron recursos para estas actividades distintos actores. La búsqueda de los recursos necesarios fue variada: públicos, privados, de la comunidad, clubes de Leones, Clubes Rotarios, etc.

Otras estrategias dentro del Objetivo 2

A – Meriendas Saludables

En el año 2006 se implementó un concurso de “Meriendas Saludables y Ricas” en conjunto con la Inspección Este (ANEP) y la coordinación del Programa.

Se consideraron cuatro aspectos fundamentales:

1. la nutrición, contenido en vitaminas y nutrientes
2. el cuidado de los dientes
3. el sabor adecuado para que sea aceptado por todos
4. el bajo costo y la facilidad para que pueda elaborarse en la escuela

Se consideraba ganador el niño o grupo que se acercara más a las bases del concurso, dejando en claro que todos son ganadores cuando se trabaja en el cuidado de la salud.

Se destacó la escuela de contexto crítico N° 264 de Aeroparque y se realizaron tres menciones.

En el año 2008 se promocionó nuevamente el concurso de Meriendas Saludables, en esta ocasión con las tres Inspecciones de ANEP y se invitó a todas las escuelas del Departamento.

Los reconocimientos se realizaron en la Jornada de “Vida Saludable” que se realizó en la escuela N° 122 junto con 12 escuelas mas, rurales, privadas y jardines de infantes, el día 10 de octubre del año 2008 en la localidad de San Bautista

Las escuelas ganadoras fueron: N° 258 de Contexto Crítico Inspección Ciudad de la Costa, N° 93 Urbana Inspección Centro y la N° 131 Rural Inspección Oeste

B- Proyecto de Vida Saludable

Fue realizado a punto de partida de un proyecto de la escuela N° 122 de la localidad de San Bautista con el nombre de “Se busca una vida saludable” con la participación de la comisión de padres, Junta Local y el Programa de Salud Bucal durante los tres años que duró el Programa. Se realizó un trabajo anual dentro de la escuela y hacia la comunidad local sobre alimentación saludable, nutrición y el fomento de huertas orgánicas escolares, comunitarias e invernáculos y un proyecto sobre hierbas aromáticas.

Se trabajó en conjunto con la escuela N° 44 de Castellanos y las escuelas rurales N° 6, 56, 19, 131, 74, 174, 85, 82, dos jardines de la zona, el liceo local y el Club de niños. Se adaptó los Programas curriculares de toda la escuela para trabajar todos los niños al mismo tiempo con los mismos objetivos.

En el mes de setiembre u octubre de cada año se realizó una exposición de trabajos de los niños de todas las escuelas invitadas, la escuela anfitriona, grupos de agentes comunitarios, grupo de Anónimos Luchadores Contra la Obesidad (ALCO) y el equipo de salud de la Policlínica de ASSE de la localidad, con el trabajo realizado hasta ese momento.

Es entonces, en el año 2007, cuando se formalizó frente a las autoridades internacionales, nacionales y locales el concurso de “Huertas orgánicas” dentro de las escuelas y en grupos de niños acompañados por un mayor en la comunidad.

Las verduras cosechadas en la comunidad, una parte fueron repartidas entre los niños incentivando los valores de compañerismo y respeto entre otros y otra parte fue procesada en algunas ocasiones con ellos mismos y las maestras en la escuela. En otras oportunidades fueron para consumo del comedor escolar.

Lo cosechado en el Club de niños también fue donado al comedor escolar. A fines de noviembre del año 2007 se realizó la última reunión, donde se invitaron a los padres y niños que conforman las huertas en la comunidad junto con la directora de la escuela N° 122, un padre de comisión fomento y la coordinadora del programa, para cerrar el ciclo 2007 con la presentación de lo realizado y la propuesta abierta para el 2008.

En el año 2008 se siguió con la misma propuesta, focalizando más la temática al concepto de nutrición y se continuó trabajando en todos los temas mencionados.

Se incorporaron en el año 2008 el liceo local e Instituciones privadas. En el año 2009 se siguió trabajando con la misma temática y se incorporó el cultivo de hierbas aromáticas.

En apoyo al proyecto del año y en especial al cultivo de hierbas aromáticas, se contó con recursos económicos y técnicos debido a la presentación de la propuesta al Proyecto de Uruguay Saludable por intermedio de una ONG, lo cual fue aprobado.⁽¹⁹⁾

Fue presentado por la escuela promotora de estas actividades, como un proyecto escolar “Buscando una vida saludable” y el Programa de salud bucal apoyó en todo momento la iniciativa.

C –Obras de Teatro

El Ministerio de Salud Pública, por intermedio del Proyecto Uruguay Saludable nos invitó a participar en la corrección del guión de una obra de teatro, licitada, sobre salud bucal y alimentación saludable.

Luego de aprobado se presentó en 16 oportunidades en diferentes escuelas del Departamento. El cierre, la mayoría de las veces lo realizó el odontólogo referente de la zona, fortaleciendo lo expresado en la obra.

D –Exposición de Fotos

La odontóloga referente en la comunidad de Suárez realizó una exposición de fotos de caries de adultos y niños de la zona, la cual fue presentada en el Centro Comunal y en otros eventos.

Dichas exposiciones fueron de interés fundamentalmente de las personas mayores.

E – Actividades Integrales en un día

Se realizaron actividades de “salud integral” en 10 grupos de escuelas donde se complementó la atención odontológica con otras áreas de la salud.

Cada actividad de este tipo se realizó en un día debido a que la mayoría eran escuelas rurales de difícil accesibilidad.

Se llevó un equipo multidisciplinario y se trabajó en equipo, complementando las actividades con recreadores que aportó la CC con juegos sobre salud.

En estas actividades se trabajó en todo momento con la dirección de la escuela.

Generalmente se articuló con recursos propios de la comunidad, públicos o privados. Se realizaron actividades integrales en las escuelas N° 39, 126, 91,133,55, 87,115139,60, 159,52,51,159,200,95,51,206, 253.

Fundamentalmente se llevó información en forma de charlas o talleres de promoción de salud bucal, alimentación saludable, sexualidad, talleres de control de hipertensión, concientización de los chequeos ginecológicos y se realizó, según la ocasión, pesquizamiento visual, test de Papanicolau, control de presión y glicemia, fundamentalmente a adolescentes y adultos.

La atención odontológica se realizó toda en el día, con un promedio de 8 hs de trabajo, quedando los casos que no se pudieron atender con la técnica PRAT para derivar a los centros de salud de referencia.

En algunos casos que se realizó el relevamiento con anterioridad y se estimó la cantidad de odontólogos a llevar para cubrir la atención de todos los escolares.

En otros casos, no se pudo realizar el relevamiento con anterioridad y se realizó ese mismo día. La cantidad de odontólogos a llevar se estimó según los datos recabados de otras escuelas.

F – Actividades Integrales en una semana

Con el fin de potenciar la promoción de salud de la escuela N° 172 de La Paz y 44 de Castellanos se realizaron en ambas “la semana de la salud”.

La organización en las dos fue similar pero con temáticas diferentes según las necesidades de cada zona, necesidades que nuevamente identificó la Dirección de la escuela en base a la comunidad.

Los destinatarios de estas actividades fueron las niñas y niños de las respectivas escuelas, madres, padres, comisiones de apoyo, personal de las escuelas y vecinos .

Los temas mas tratados fueron sobre de seguridad vial, Hantavirus, dengue, hábitos saludables, límites, salud bucal dentro de la salud integral del individuo, higiene personal etc. Acompañó las actividades, como en la mayoría de los casos, un grupo de recreadores de la CC.

Los juegos que se realizaron, en general, fueron enfocados a juegos recreativos en salud, fortaleciendo por medio de lo lúdico, el concepto de la salud integral

Objetivo cuatro

Se capacitó a los odontólogos para que pudieran aplicar la técnica correctamente. Si bien es una técnica muy sencilla, por tal motivo, se tiene que ser muy cuidadoso con su aplicación y seleccionar bien el caso, como en cualquier técnica tradicional.

En el lapso de este Programa se realizaron seis cursos de capacitación en la técnica PRAT en el departamento de Canelones; en la ciudad de Las Piedras, Atlántida, Pando, San Luis y en el último se realizaron los módulos teóricos en Montevideo y los prácticos en la ciudad de La Paz

Los odontólogos capacitados fueron de diferentes Instituciones públicas y privadas que tuvieron interés en capacitar a sus técnicos y expresaron deseo de intervenir en el Programa.

Además, se capacitaron 4 odontólogos de MSP de San José, dos odontólogas de INAU de Florida y Artigas, 4 odontólogas de las Fuerzas Armadas (FFAA) de Minas y una odontóloga de Uruguaiana (Brasil).

Los odontólogos privados capacitados fueron odontólogos de Cooperativas y asociaciones médicas y odontológicas del Departamento. Todas las capacitaciones fueron teóricas y practicas con un mínimo de 32 hs.

En los cursos realizados se capacitó para la intervención con la técnica, sus fortalezas, debilidades, selección de los casos, dándole especial importancia a buscar la mejor forma de transmitir la filosofía que conlleva la técnica: el odontólogo pasa a ser referente de salud de esa escuela o institución, integrándose a un equipo de salud y educación.

Luego que los odontólogos se capacitaron se les adjudicaron las diferentes escuelas. Se realizaron tres talleres con nutricionistas a todos los odontólogos del equipo del Programa, con fuerte contenido de promoción de salud bucal y alimentación saludable.

Las licenciadas en nutrición fueron aportadas por dos instituciones privadas: Cooperativa Regional de Asistencia Médica Integral (CRAMI) y Cooperativa Médica de Canelones (COMECA) y por ANEP.

En todo momento contamos con la asesoría técnica de la licenciada en nutrición y de un Magíster en Salud Pública de la representación en Uruguay de OPS/OMS.

Entre los años 2006 y 2009 se realizaron más de 20 reuniones/ taller de todo el equipo, donde se abordaron temáticas variadas de fortalecimiento del equipo y por ende del programa.

Se abordó las escuelas de tres formas:

1. Asistiendo el odontólogo una vez por semana a cada escuela realizando las actividades del objetivo 3 y el 4 en conjunto.

Generalmente esta forma de abordaje fue para escuelas grandes de contexto crítico.

El primer año que tomó contacto el odontólogo con la escuela se trabajó con promoción de salud bucal a todos los niños de la escuela y atención con la técnica PRAT a los niños de 1º y 6º años.

Al año siguiente se incrementó la atención y se atendió los niños que ingresaron en primer año, los que pasaron a segundo y los que pasaron a sexto y así sucesivamente en los años siguientes.

2. Actividades de salud integral, con un equipo interdisciplinario teniendo en cuenta las necesidades en particular de cada comunidad

Se abordó en un día la Educación, Prevención y Atención con la técnica PRAT a todos los niños de la escuela y dos o tres escuelas que se invitaron para la ocasión

De acuerdo a los recursos humanos con que se contaba en ese tipo de actividad, la experiencia demostró que el máximo número para abordar en un día fue de 80 niños.

En las escuelas rurales no se tenía en cuenta la atención incremental de los niños de 1º y 6º y así sucesivamente, sino que se atendió la totalidad de las clases y se realizaron consultas varias a toda la comunidad que se acercaba.

3. Se ejecutó un subprograma de verano con un fuerte contenido educativo preventivo y la atención se hizo según las sugerencias de los directores o maestros a cargo.

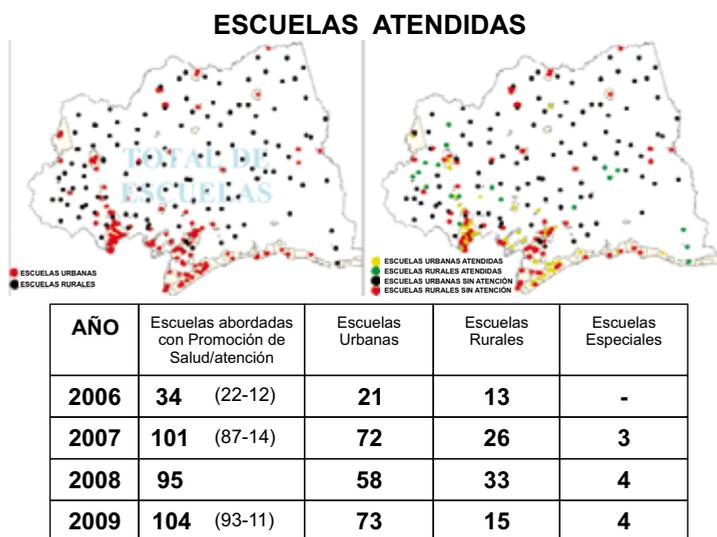
No se tuvo en cuenta el grado al cual concurrían los alumnos y no se crearon expectativas de atención para el comienzo del año lectivo, pues muchas veces no eran las mismas escuelas en las cuales se trabajó durante el año.

En todos los casos cabe aclarar que a los niños atendidos se les realizaban todas las restauraciones necesarias, temporarias o permanentes que la técnica PRAT permitía.

También en vacaciones de verano y de invierno se trabajó en espacios adolescentes, Clubes de niños, CAIF, hogares, comedores públicos, teniendo en cuenta las mismas pautas.

En el cuadro 9 se puede apreciar las escuelas atendidas por año.

Cuadro 9 - Resumen de escuelas atendidas



En los cuadros 9 y 10 se puede apreciar el número de niños atendido por año lectivo en promoción de salud y las diferentes atenciones PRAT (sellantes y restauraciones)

En el año 2009 ya se diferenció el alta PRAT del alta integral.

El alta PRAT son los niños que se atendieron en la escuela pero necesitaban ser derivados por alguna patología que no se pudo atender con la técnica.

El alta integral es cuando el niño sólo con la atención en la escuela quedó saneado o logra realizarse las derivaciones indicadas y queda saneado de igual manera.

En este ultimo caso, fueron muy pocos los niños que llegaron a lograr la salud bucal, dado la dificultad ya mencionada con respecto a las derivaciones.

Cuadro N° 10 - Resumen de la atención anual

	Ago – Dic 2006	2007	2008	2009
Niños con promoción de salud	S/D	15388	22391	27652
Niños Atendido con la técnica PRAT	1157	6933	4127	5198
Sellantes	1808	4987	6741	9894
Restauraciones	730	2823	1944	6236
Derivaciones	344	2359	2557	1887
Altas	207	520	793	P 1264 I 1339

En el cuadro 11 se puede apreciar el resumen de atención en los tres años del Programa

Debido a la repetición de acciones sobre los mismos niños a lo largo del tiempo, no se cuenta actualmente con el dato de número de niños atendidos. Desde el año 2009 se esta trabajando en el desarrollo de la herramienta informática que permita contar con esta información.

Cuadro 11 - Resumen de la atención de escuelas y niños en los tres años de Programa

TOTALES	3 AÑOS
Escuelas	120
Niños con promoción de salud	30446
Niños atendidos Por año	Ver Cuadro anterior
Sellantes	23430
Restauraciones (T- P)	11733
Altas Por año	Ver Cuadro anterior

Derivaciones

En los casos en que no se pudo solucionar la atención odontológica en la escuela se derivó a los centros de salud más cercanos.

Con respecto a este punto no se pudo realizar un buen registro de los datos, sin embargo sabemos que las referencias no se cumplieron en la mayoría de los casos.

Se observó que las pocas derivaciones que se realizaron fueron cuando el odontólogo que concurrió a la escuela es el mismo que trabaja en el servicio y en algún caso puntual de emergencia por dolor.

Las causas por las cuales no concurren son multifactoriales como la misma patología .En algunos casos porque los padres no los llevan por problemas laborales, falta de motivación, de locomoción, de dinero etc. En otros casos porque los centros de salud están superpoblados y otras causas más que se están estudiado escuela por escuela.

El programa contó con dos móviles odontológicos como apoyo a los centros de salud públicos y privados a los que se derivaban niños y que en la actualidad se encuentran en dos barrios carenciados (Barrio Hipódromo en Las Piedras, Centro Salvador Allende en Barros Blancos). Estos móviles son atendidos por odontólogos que trabajaron en el Programa.

Se contó además con dos ómnibus acondicionados especialmente, uno de ellos con equipo odontológico.

En el cuadro N° 12 se puede apreciar el recurso humano con que se ha contado en el transcurso de este programa.

Cuadro 12

Odontólogos por institución de origen	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009
Comuna Canaria	3	12	12	10
ASSE	-	4	1	1
INAU	-	1	1	1
Honorarios	-	-	1	-
Privados	-	-	4	10
Coordinadora MSP	1	1	1	1
Coordinador CC	1	1	1	1
TOTAL	5	19	21	24

Objetivo cinco

Durante el período de actividad del Programa se realizaron diferentes seguimientos, monitoreos y estudios de apoyo a la estrategia del mismo.

Se obtuvo una estrecha relación del equipo que conformó el Programa, las autoridades responsables del mismo, la coordinación, los referentes locales, y la comunidad.

Se realizaron reuniones grupales e individuales trimestrales o cuando era necesario.

El principal objetivo de estas reuniones fue tratar los diferentes temas que surgían y buscarles la mejor solución entre todos los involucrados

En todo el periodo de funcionamiento del programa se trabajó en forma horizontal tratando de estrechar cada vez más la red conformada entre el equipo, autoridades, instituciones y comunidad, estrategia que se consideró primordial para lograr los objetivos deseados y trabajar con salud y en salud.

También se realizaron reuniones de actualización en diferentes temas con técnicos invitados, fundamentalmente licenciadas en nutrición que aportaron ANEP, CRAMI, COMECA,

OPS , en promoción de salud referentes de OPS , en informática, de la CC y MSP, en mejoras locales, becarias de la OPS, en estrategias de salud pública, técnicos extranjeros aportados por la OPS, etc

Toda esta información enriqueció a los odontólogos y le da un perfil más integral y con enfoque más comunitario. Perfil que se consideró fundamental para poder llevar adelante este tipo de programa comunitario integral y en cercanía con la comunidad.

Se consideró que este perfil odontológico, no solo iba a ayudar a mejorar la salud bucal de las personas abordadas, sino que iba a ser un referente en salud en las zonas donde se trabajó, ayudando con el resto del equipo de trabajo de la zona, a la mejora y desarrollo local.

El odontólogo realizó resúmenes de trabajo mensual que se entregaba en cada Junta Local de la CC de referencia y por intermedio del sistema de mensajería de la CC llegan a la Junta de San Bautista donde se procesaban dichos datos

La digitación estuvo a cargo de un técnico funcionario de la CC y el análisis y presentación a cargo de la coordinación

Estudios realizados

Como se mencionó con anterioridad, se realizaron estudios de apoyo y enriquecimiento del programa.

- Estudio de caso sobre el comportamiento de la salud bucal en Canelones Uruguay

La OPS/OMS dio apoyo por intermedio de la becaria Rainy Warf, de Arizona EU (quien se encontraba en Uruguay en el marco de su maestría en Salud Pública) a un estudio de las percepciones maternas y del niño sobre el comportamiento que afecta la salud bucal. Dicho estudio se realizó en dos comunidades vulnerables de Suárez y San Bautista en el periodo de marzo a setiembre del año 2007.

Como uno de los hallazgos más importantes, se encontró que los individuos percibían muchos beneficios en la prevención de caries dentales, pero sin embargo sentían que no era un problema demasiado grave, a menudo sí inconveniente para los que ya padecían de la patología, además de sentir que era normal.

Los individuos encontraron difícil prevenir la caries por tener muchos obstáculos, uno de ellos era la disponibilidad de dulces para consumir.

- Rostros, Voces y Lugares de Canelones

De la misma forma que con el estudio anterior y con el apoyo de la OPS/OMS, en el año 2007 un equipo de cuatro sociólogos liderado por el licenciado Fernando Pintos realizó el estudio nombrado.

Esta investigación llevó a cabo un acercamiento cualitativo de la percepción de la comunidad sobre el Programa de salud bucal de Canelones. Asimismo estudió los vínculos existentes entre esta experiencia y el trabajo en nutrición y promoción de salud en los centros escolares.

Desde una mirada sociológica buscó reconstruir nexos entre las representaciones que los actores se hicieron del desarrollo del programa, el sentido de la acción y las condiciones que favorecen o limitan el éxito de la iniciativa.

La mayoría de los testimonios recogidos enfatizó en su originalidad metodológica, el carácter innovador de las prácticas que lo sostienen y la buena recepción por parte de los escolares.

Se observó además una relación entre la calidad del impacto y la fortaleza del tejido institucional interno de la escuela.

La asociación entre la solidez de la comunidad educativa y calidad del impacto del programa se potencian aún mas cuando la comunidad se siente parte de la escuela, y el Programa se sostiene en redes locales que le confieren un sentido ampliado a su mandato institucional.

La solidez de las redes locales de las que la escuela forma parte constituyen un factor que favorece la apertura hacia el trabajo con actores extraterritoriales, que no son vistos como ajenos ni como amenaza, sino como una oportunidad para potenciar su propio proyecto institucional.

Por ello no es extraño observar cómo la experiencia PRAT logró integrarse a otras iniciativas que la antecedieron, sin mayor conflicto, sea en el plano de la salud bucal como en proyectos escolares que la trascienden.

- Análisis de la concentración de fluor en el agua potable

Se realizó un estudio de la concentración de flúor en el agua potable del Departamento con el apoyo de OSE. Los datos confirmaron que en todas las localidades de Canelones la concentración de fluor en el agua es menor a 0.7 ppm Solo en la ciudad de Socas se encuentra en 07 ppm Valor que se estima limite para que se pueda vender sal fluorada en la localidad.

- Encuesta de satisfacción de Usuarios

Se realizó una “Encuesta de Satisfacción de Usuario” en el año 2007, dirigida a directores, maestros, odontólogos y niños de todas las escuelas donde se llevo a cabo la intervención. Los resultados fueron ampliamente satisfactorios.

- Curso de adiestramiento y calibración de evaluadores de la técnica PRAT.

En julio del año 2008 se realizó un “Curso de adiestramiento y calibración de evaluadores de la técnica PRAT”.

Con el apoyo de la OPS/OMS se invitó al consultor Dr. Oswaldo Ruiz que capacitó a 5 odontólogos del programa y un odontólogo del MSP para evaluar con criterio científico las restauraciones y sellantes realizados.

El curso fue teórico práctico y duró 5 días, luego de culminado el curso el Dr. Ruiz comenzó la evaluación de los primeros casos realizados con la técnica PRAT en el programa, dando valores similares a los estándares internacionales.

Actualmente se está programando la evaluación de las primeras escuelas abordadas

4. DISEMINACION DE LA EXPERIENCIA

Dada la modalidad de abordar las diferentes comunidades con un enfoque de APS, ha sido interés en diferentes Instituciones y en diferentes países, la presentación de las “Experiencias de Canelones”

Nacional

Se brindó apoyo en la instrumentación de un proyecto similar en:

- San Gregorio de Polanco (Tacuarembó) (2 años de instrumentación)
- Gregorio Aznáres y Pan de Azúcar (Maldonado) (1 año de instrumentación)
- Minas (Lavalleja) (meses de instrumentación)

Se presentó las experiencias en varios congresos e Instituciones Nacionales:

1º Seminario.-Taller La Estrategia para el Cambio de Modelo de Atención. Teatro Politeama, Canelones -27 de abril del 2006

16ª Jornadas de Actualización en Medicina Ambulatoria/14ª Jornadas de Nutrición/ 8ª Jornadas de Actualización en enfermería Hotel Radisson, Montevideo, 30 de junio 2009

6º Congreso Latinoamericano de Administradores de Salud (CUDASS) IMM. Montevideo, 18–19 de agosto de 2009

2º Congreso Internacional de Odontopediatría, VI Congreso Latinoamericano Interdisciplinario de Odontología para adolescentes. Hotel Radisson. Montevideo, 10-12 de setiembre del 2009

Encuentro Nacional de Maestras/os Educadoras/es para la salud Complejo Guabiyú Paysandú 6 de noviembre del 2009

Curso de capacitación para docentes de ANEP en Educación para la Salud Instituto de Formación Docente. Montevideo, 29 de mayo 2010

Se presentaron las experiencias en los clubes rotarios de Minas, Canelones y a diferentes instituciones que tenían interés en conocer dichas experiencias

Con apoyo de la OPS/OMS se confeccionó un CD para difusión donde se puede ver y escuchar los diferentes enfoques de la experiencia, desde la opinión de un Inspector Departamental de ANEP, Director Departamental del MSP, una odontóloga, una madre, una Directora de la escuela, la Directora de Salud Bucal de OPS/OMS y la Coordinadora del Programa

Internacional

Se realizaron presentaciones en Perú, Ecuador, Argentina (en tres oportunidades), Uruguayana (Brasil), Paraguay y México.

Con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) de Paraguay se trabajó desde el año 2008, enriqueciendo los dos Programas de Salud Bucal, en el marco de una Cooperación Técnica (TCC) entre países con el apoyo de la OPS/OMS.

En este marco se realizó un manual PRAT que se distribuyó a autoridades y odontólogos de los dos países.

Por iniciativa de Uruguay, por intermedio del Programa de Salud Bucal para escolares de Canelones, se formó la Red PRAT en noviembre próximo pasado, donde se reunieron representantes de Ministerios de Salud, Universidades y Asociaciones de los países del MERCOSUR, Perú y Chile, con el interés de fortalecer las acciones en APS odontológica de los mismos e ir ampliándola a otros países.

En abril del 2009 la OPS organizó en cooperación con la Secretaria de Salud de México, la Federación Mexicana de Escuelas y Facultades y la Asociación Dental Mexicana; el “Taller de Salud Oral Regional de las Américas”, realizado en México, 23 al 25 de abril del 2009, en el cual participaron mas de 100 expertos, incluyendo los jefes de salud oral, decanos de escuelas de odontología, la Federación Odontológica Latino Americana FOLA, presidentes de Asociaciones dentales, etc.

Uruguay, además, fue invitado a realizar la Conferencia Magistral de iniciación del evento con las “Experiencias de Canelones en atención primaria en salud y la técnica PRAT” como programa recomendable a los demás países.

Dada la relevancia de dicha conferencia, la misma fue realizada por la Ministra de Salud Pública, Dra. María Julia Muñoz.

DISCUSIÓN

Según los datos de la OPS/OMS Uruguay se encuentra en la fase de consolidación (COPD menor que 3).

De acuerdo con los datos obtenidos por el relevamiento que se realizó en el departamento de Canelones se puede apreciar que aunque la prevalencia de caries en niños de edad escolar general es baja, tenemos un porcentaje muy elevado de caries sin tratar, en especial en las escuelas de contexto crítico. Esto se explica por la etiología multifactorial de la enfermedad.

En efecto, tal como surge de los estudios, en muchos casos los factores socio-económicos y culturales constituyen una explicación de la situación de salud bucal de las comunidades de bajos recursos.

La falta de una estructura logística de apoyo en lo que a transporte se refiere y la ausencia de medios de transporte de los usuarios también pueden considerarse como otras de las causas que limitan la búsqueda de la atención.

A todo ello se suman otras dificultades como la demanda insatisfecha de los centros asistenciales o la falta de conocimiento sobre la importancia de la salud bucal como parte de la salud general del individuo. Pero todos estos elementos coadyuvantes no necesariamente se agotan en lo explicitado, pudiendo la experiencia sumada en el tiempo descubrir nuevos hechos incidentales.

Es fundamental que este tipo de programas de atención comunitaria tengan un fuerte contenido educativo preventivo pues constituyen de acuerdo a la experiencia recabada, la viga maestra de apoyo de la propia política que desee implementar.

Según la información recabada en la encuesta de satisfacción de usuarios y la información de los odontólogos que participaron en los talleres, se puede apreciar que la educación y prevención masiva a todo nivel, ha influido en forma francamente positiva.

Las causas de la mejoría que se reseña, pueden ser tantas como causas etiológicas tenga la enfermedad caries.

Se ha acrecentado la promoción de salud bucal en propagandas publicitarias públicas y privadas masivas como la televisión, folletería, etc., lo que ha disparado a nivel de la población una incipiente preocupación en torno a esta problemática.

Es importante destacar que el consumo masivo de dentífricos fluorados también ha contribuido a proporcionar a nivel de la población en general una presencia renovada de la conciencia sobre el fenómeno que nos ocupa.

La reflexión nos lleva a no agotar la discusión sobre lo ya andado pues también las cifras contenidas en los cuadros reseñados arrojan valores preocupantes y lamentables. Es así que el 85,1% de las caries en piezas dentarias permanentes encontradas en los niños de sexto año escolar de escuelas de contexto crítico están aún sin tratar, lo que demuestra la escasa intervención odontológica, con el resultado de un tratamiento posterior que conduce necesariamente a la lamentable extracción dentaria.

El abordaje multidisciplinario e interdisciplinario no puede obviarse a estas alturas. La mejora en el estado nutricional de la población infantil, con una adecuada oferta de alimentos frescos en la dieta, teniendo en cuenta la calidad, cantidad, consistencia y frecuencia, es fundamental para la mejora de la salud bucal y por ende la salud general integral del individuo.

Si bien los tres estudios que se hicieron arrojaron datos muy positivos respecto a este tipo de programa y los resultados obtenidos de las acciones, tuvimos muchas dificultades en la implementación y continuidad.

Fue un programa que no contó con recursos propios; esto trae aparejado dificultades en la obtención de los recursos y que estos estuviesen disponibles en tiempo y forma.

Los recursos eran aportados por todas las Instituciones que lo conformaban, por un lado es positivo porque creó un compromiso y la formación de un equipo de trabajo fortalecido y comprometido, pero trae la dificultad de que no todas las Instituciones que aportaban los recursos tienen los mismos tiempos administrativos.

El otro inconveniente importante que tuvimos, fue que dado la modalidad del programa y el nuevo enfoque de atención odontológica con un fuerte impacto en la comunidad y un trabajo de cercanía con la misma, no fue demasiado entendido y sabiendo además, que cualquier cambio, en sus comienzos ofrece resistencia. A pesar de contar con el apoyo de la máxima autoridad de la política ministerial, donde la Ministra de Salud Pública de ese momento, Dra. María Julia Muñoz recomendó que fuese tomada la experiencia para replicar en los demás Departamentos.

Esto llevó, lastimosamente, a que se enlenteciera el crecimiento y multiplicación de estas experiencias con el claro perjuicio hacia las comunidades, en especial las más vulnerables.

Actualmente (junio 2010) la continuidad del Programa en todo su desarrollo, se encuentra en suspenso en el Departamento, en especial las actividades de promoción de salud referida a la recreación lúdica y vinculación de las huertas con la alimentación saludable, la educación y la interrelación con diferentes actores comunitarios.

De la encuesta de satisfacción de usuarios dirigida a todos los niños que se atendieron, maestros, directores y odontólogos, donde los porcentajes de éxito oscilan entre el 85% y 95%, se concluye que el Programa en sí tuvo buena aceptación por parte de los participantes.

Pero más relevantes son algunas de las observaciones del estudio sociológico donde se resalta la relación entre la calidad del impacto y fortaleza del tejido institucional interno de la escuela. Allí donde existe un proyecto de centro desde el que docentes y dirección se sienten formando parte de una comunidad escolar, las relaciones intrainstitucionales facilitan la fluidez de la comunicación necesaria para que más niños se asistan porque más padres apoyan la propuesta.

La asociación entre la solidez de la comunidad educativa y la calidad del impacto del programa se potencia aun más cuando la comunidad se siente parte de la escuela, y ésta se sostiene en redes locales que le confieren un sentido ampliado a su mandato institucional.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Si se tiene en cuenta las características geográficas, demográficas y socioeconómicas del Departamento de Canelones, el incremento considerable de las áreas de contexto crítico y la distribución poblacional tan dispar, sumado a los pocos recursos de los que se dispone, se tiene que trabajar optimizando al máximo los recursos y obtener los mejores resultados.

En las escuelas en las cuales se trabajó, realmente se necesitaba y necesita, la presencia del odontólogo

Un alto porcentaje de los niños que están dentro del Programa tuvieron contacto por primera vez con el odontólogo en esta ocasión y en otros casos que sí consultaron fue para realizarse extracciones dentarias.

La técnica PRAT, además de tener evidencia en más de 60 países de que puede ser una alternativa de atención y tratamiento oportuno de la caries dental, ha demostrado que como medida de salud pública para mejorar la calidad de vida de la población es muy recomendable. Permite llegar en forma oportuna, más equitativa a la población, con menos costo y sin disminución de la calidad

La mayoría de los niños de las escuelas que abordamos en el período que duró el programa, no se podían realizar la prevención necesaria con sellantes ni las restauraciones en el momento oportuno por los diferentes motivos que se han ido nombrando a lo largo de este informe. Sin embargo por medio de este tipo de programa costo-efectivo y de cercanía con la comunidad se pudo llegar a dichos niños logrando realizar la prevención con sellantes PRAT en el 100% de los niños de 1º años de todas las escuelas abordadas

Dada la experiencia local muy positiva en las actividades realizadas en los diferentes objetivos sería recomendable estudiar la factibilidad de ampliar progresivamente su aplicación a más escuelas y por ende a más niños teniendo en cuenta que los datos preliminares de la encuesta de salud bucal en el departamento es de 85.1% de caries sin tratar en niños de sexto año escolar de escuelas de contexto crítico donde el 80, 6% de las caries en dientes permanentes se pueden tratar con la técnica PRAT.

Cabe reiterar que dicha técnica se puede aplicar en todas las personas, sin importar la edad siempre y cuando se seleccione adecuadamente el caso y es la técnica de elección en las personas con discapacidad.

Estos Programas deben enfocarse, especialmente en escolares y comunidades de aquellos sectores sociales más vulnerables en el Departamento y estructurarse sobre la base de acciones simples que reconozcan la equidad como principio y sustentarse en el tiempo.

El conocimiento de la técnica PRAT ha sido una herramienta fundamental para poder llegar a todas las comunidades donde prácticamente se vallaba el acceso a la odontología por los motivos socio-económicos y culturales, contribuyendo a la equidad en la atención. Todas estas reflexiones apuntan entonces a la necesidad de proseguir actuando y generando micro políticas horizontales y verticales que se articulen en base a programas con un enfoque de cercanía con la comunidad y por ende técnicas alternativas de atención

como lo es la técnica PRAT, para lograr el abatimiento de todos los guarismos observados, de tal manera que se profundicen aquellos cambios que vertebren y mejoren aún más la cantidad, equidad, la calidad y la calidez con que se llega a las comunidades, teniendo en cuenta la optimización y potenciación de los recursos.

6. BIBIOGRAFÍA

- 1 OPS/OMS 138ª Sesión del Comité Ejecutivo Washington D.C. EUA,19-23 de junio de 2006 (Fecha de acceso julio de 2006) URL disponible en :<http://www.paho.org/Spanish/GOV/CE/ce138.r9-s.pdf>
- 2 OPS/OMS Saskia Estupiñan-Day Estrategias para el Mejoramiento de la Salud General en las Américas a Través de Avances Críticos en la Salud Oral. El camino Hacia Delante:2005-2015 Julio 2005
- 3 OPS/OMS 120ª Sesión del Comité Ejecutivo Resolución CE 120 R 6 Junio 1997 DO 285
- 4 OPS/OMS 47º Consejo Directivo 58 Sesión del Comité Regional Washington D.C. EUA 25-29 de setiembre del 2006
- 5 OPS/OMS Reunión del Consejo Directivo,40, Washington, EU1997.Salud Oral: CD40/20 (Fecha de acceso julio 2006).URL disponible en : <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/doc259.pdf>
- 6 MSP Uruguay. Encuesta de Salud Bucal en escolares de 11 a 14 años. Sector Público, 1992.
- 7 MSP Uruguay Encuesta de Salud Bucal en escolares de 11 a 14 años. Sector Público, 1999.
- 8 MSP Uruguay Dirección General de Salud Programa Nacional de Salud Bucal, 2007
- 9 Instituto Nacional de Estadística y Censo. Censo Nacional de Hogares –Fase IV-2004 Montevideo. Uruguay
- 10 Estupiñan-Day Promoción de salud buco dental: la fluoración de la sal para prevenir la caries dental. Publicación Científica N° 615.
- 11 OPS/OMS Oral Health of low income children(PRAT) Project N° 0940034 Final report . 2006
- 12 Frencken J,Makoni F,Sithole W. ART restoration and glass ionomer sealants in Zimbabwe: survival after 3 years. Community Dent Oral Epidemiol.1998, 26:372-81
- 13 Frencken J Holmegren C. How effective is ART in the management of dental caries? Community Dent Oral Epidemiol. 1999;27:423-30
- 14 Frencken J, Amerongen W,Holmgren CJ Effectiveness of single surface ART restorations in the permanent dentition: a meta_analysis. J Dent Res.2004;83:120-3
- 15 MSP, CC, OPS/OMS. Programa Piloto Incremental de salud bucal para escolares del departamento de Canelones 2005
- 16 OMS Encuesta de la Salud Bucal Métodos Básicos 4ª edición 1997
- 17 Stephen Eklund y cool Calibración de examinadores para estudios epidemiológicos de Salud Bucal. URL disponible en [http://www.biblio.org/taft\(cedros/español/newsletter/n6/caries.html](http://www.biblio.org/taft(cedros/español/newsletter/n6/caries.html)
- 18 Higashida, Epidemiología EN Higashida, Odontología Preventiva, México Interamericana,2000
- 19 Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo SDP ONU/08/00D Prod. 2(000622550) Año 2009

COMUNIDADES PRODUCTIVAS Y SALUDABLES: HACIA UNA NUEVA POLÍTICA PÚBLICA PARA LA INCLUSIÓN, LA EQUIDAD Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

Mag. SP Mario González Sobera*

“Puede que la APS pase de moda y que las estrategias vigentes hoy o mañana sean otras. Lo realmente importante, en cualquier caso, será que estos nuevos enfoques no pierdan de vista el reconocimiento de la salud como un derecho humano esencial, como un compromiso de equidad y su objetivo primario, las personas, las familias y las comunidades”

Dr. Hermes Vallejo Rojas⁽¹⁾

* Magíster en Salud Pública- Mención Educación para la Salud, Maestro. Diplomado en Salud y Desarrollo Local. Consultor Nacional de la Representación de OPS/OMS Uruguay Coordinador Subregión Cono Sur de la Organización Regional Latinoamericana de la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud. Coordinador del Área Educación para la Salud de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Docente Universitario Asociado al CLAEH y UCUDAL.

1. ANTECEDENTES

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) desde Alma-Ata viene estimulando la iniciativa de Municipios Saludables en la Región de las Américas, enmarcada en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), como una forma de promover la salud de las comunidades, allí donde existen mejores condiciones para lograrla en forma sostenible: en el nivel local.

Según la Unidad de Entornos Saludables de OPS/OMS “Los ejemplos de todo el continente americano demuestran que la planificación, la puesta en práctica y la evaluación de las estrategias de promoción de salud a todos los niveles y por medio del proceso de Municipios y Comunidades Saludables en particular, aporta una base importante para abordar y gestionar dificultades sociales y de salud y crear espacios de apoyo a la salud”.⁽²⁾

A partir de la década del 80, la totalidad de las Intendencias Municipales del Uruguay, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública (MSP) impulsaron la estrategia de APS.

El MSP en esa década inició el desarrollo de la estrategia de Sistemas Locales de Salud (SI.LOS.) en los Departamentos de Florida, Tacuarembó y Artigas, bajo la coordinación de un equipo técnico central.

Como reconocimiento al desarrollo de la APS alcanzado por el Departamento de Tacuarembó, el 30 de agosto de 1998 la OPS/OMS con la presencia de su Director, Dr. George Alleyne, lo declaró El “Primer Municipio y Comunidad Saludable del Uruguay (M y CS)”.

Este reconocimiento fue la coronación de múltiples esfuerzos locales, nacionales e internacionales, que se conjugaron en el Proyecto de Fortalecimiento de la APS, con un convenio de apoyo de la Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ).

Ese día “...en la Intendencia Municipal de Tacuarembó convocados conjuntamente por el MSP y la OPS/OMS ... se firmó por parte de las autoridades nacionales, locales e internacionales presentes la Declaración de Tacuarembó, en la que se acordó impulsar: la promoción de la salud y el desarrollo social; la constitución de M y CS en todo el país; la creación de reuniones de intercambio de conocimientos y experiencias; la coordinación en la búsqueda y movilización de recursos necesarios; la definición de criterios básicos y formas de evaluación del proceso de desarrollo y fortalecimiento de M y CS”⁽³⁾

Posteriormente, en 1999 la OPS/OMS realizó un reconocimiento la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) por los avances logrados en la Estrategia de M y CS, valorando entre otros elementos, la participación comunitaria y social sostenida.

La institucionalización de algunos encuentros periódicos en el ámbito municipal en coordinación con las estructuras del MSP, permitieron espacios para avances conceptuales, intercambio, evaluación de experiencias y programas.

En julio y diciembre de 2006 se realizaron el I y II Encuentro Nacional de Directores Municipales de Salud en Montevideo y Paysandú, propiciados y organizados por las Divisiones de Salud de la IMM y la Intendencia Municipal de Paysandú con la Cooperación Técnica de la OPS/OMS en Uruguay.

Estos encuentros permitieron reflexionar sobre los cambios motivados por el Gobierno Nacional en relación a la reforma estructural de la salud y en la respuesta articulada que las Intendencias Municipales deben dar en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Las acciones conjuntas de Salud–Agricultura impulsadas por las Reuniones Interamericanas a Nivel Ministerial, en Salud y Agricultura (RIMSA) ha permitido que ambos sectores estrecharan alianzas impulsando acuerdo político-técnicos habilitadoras de planes, programas y proyectos conjuntos, tendientes al mejoramiento de las condiciones y la calidad de vida de las comunidades locales.

Se dio paso a la reformulación de la estrategia original de Municipios Saludables, transformándose en Municipios Productivos y Saludables (MP y S), teniendo como finalidad esencial enfrentar los determinantes económicos – sociales que impactan negativamente en las comunidades más pobres del territorio nacional.

Se inició un comprometido proceso con modalidades propias que se articulan con el liderazgo de los Gobiernos locales, enmarcado en la descentralización, la participación ciudadana y la construcción de alianzas intersectoriales.

En diciembre de 2005 se realizó el Primer Encuentro Nacional de MP y S en la IMM. Se expusieron experiencias locales en modalidad de panel, talleres simultáneos sobre definiciones y prioridades de la estrategia.

En el mismo encuentro se logró definir a los MP y S “como un espacio local de encuentro, donde a partir del diagnóstico participativo y la inclusión de liderazgos se generen iniciativas endógenas viables de producción agropecuaria, que se traduzcan en una mejoría global de bienestar y en la construcción de mejores condiciones de vida en pro de la salud comunitaria”.⁽⁴⁾

Se tomó la decisión de proponer como nombre de la estrategia en el país “Comunidades Productivas y Saludables” (CP y S), en razón de que en Uruguay el municipio, no era hasta ese momento, una división político-administrativo oficial.

En octubre del 2006 se realizó una Jornada de Intercambio de Municipios, CP y S en la ciudad de Rivera en la Intendencia Municipal de esa ciudad. Tuvo como finalidad reconocer posibles estrategias de cooperación horizontal en el marco de las políticas públicas productivas y saludables a nivel de Argentina, Brasil y Uruguay y brindar la oportunidad de que los actores locales limítrofes intercambiaran sus experiencias, para dar respuesta a necesidades comunes a los habitantes de frontera. Participaron autoridades y técnicos de los tres países.

“Entre las conclusiones más significativas surgió la necesidad de mantener la integralidad de las acciones, el trabajo en red, generar nuevos proyectos, avanzar en la estrategia de salud de fronteras, realizar difusión periódica de los avances e iniciar el camino para la integración formal de a la Red de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables de las Américas”.⁽⁵⁾

El Gobierno Nacional a través del MSP decidió en el año 2006 denominar oficialmente a la Iniciativa como “Comunidades Productivas y Saludables”.

La definición y puesta en marcha de estructuras específicas en ambos Ministerios, como lo constituyen el Programa Uruguay Saludable y las Direcciones Departamentales de Salud (MSP) y el apoyo del Programa Uruguay Rural y de los Comités Locales de Salud Animal (MGAP) han venido a constituir coadyuvantes sustantivos a esta iniciativa.

En mayo de 2007 la Sociedad Uruguaya de Horti-fruticultura (SUHF), Montevideo Rural (IMM), el Municipio de Maldonado (MM) y la OPS/OMS realizaron un Panel de Experiencias en Producción Responsable en el marco del 3er. Congreso Panamericano de promoción del consumo de frutas y hortalizas y XI Congreso Nacional de la SUHF, recogándose la síntesis de las 14 experiencias presentadas. ⁽⁶⁾

En noviembre de 2007, el MGAP, el MSP y el CNI con la cooperación técnica de la OPS/OMS realizaron la II Jornada Nacional de CP y S “Hacia la sistematización de experiencias y la conformación de redes” en el Salón Dorado de la IMM.

En junio del 2008 se aplicó en varios países de América, incluido el nuestro, la Encuesta sobre M y CS coordinada por OPS/OMS y la Universidad ISALUD (Argentina), que permitió tener una visión sistematizada del desarrollo de la estrategia a nivel de buena parte del continente latinoamericano y nacional.

En diciembre del 2009 se realizó el III Encuentro de Directores Municipales de Salud en las Termas del Arapey (Salto). En el mismo se identificaron líneas estratégicas de avance vinculadas a la integración al SNIS.

2. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL DE LAS COMUNIDADES PRODUCTIVAS Y SALUDABLES

Los pilares conceptuales en que se basa la estrategia de CPyS son la APS renovada, los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y la participación social, enmarcada en los procesos políticos de la descentralización, la reforma sanitaria y el país productivo.

Estos fundamentos se recogen en los documentos que el MSP y OPS/OMS han publicado en relación a esta estrategia: MSP, OPS/OMS “Hacia una política pública de promoción de salud basada en Comunidades productivas y saludables”. Montevideo: OPS/OMS, MSP; 2006 y González M, González P, Moresino S. “Guía para la acción de Comunidades Productivas y Saludables”. 1ª ed. Montevideo: OPS/OMS, MSP; 2007.

La estrategia de las CPyS promovida por RIMSA en el continente latinoamericano permitió adecuar los fundamentos de la APS al contexto socioeconómico, cultural y político del país, tal como lo recomienda la APS renovada (APSr).

La APS en juego “presta atención integral e integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y en la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción.” (7)

Si bien la estrategia CP y S es relativamente nueva y con alcances disímiles en la región, recoge en buena medida las recomendaciones de la APSr, aportando quizás, como elemento innovador, la sinergia sanitaria- productiva.

Se centra en el enfrentamiento de las inequidades sociales y en especial las de salud, a través del fortalecimiento de las capacidades de las comunidades en el contexto de la Reforma sanitaria del nuevo país productivo.

Estimula acciones de promoción de salud y afronta los determinantes sociales de la misma. Aporta el enfoque innovador de la articulación de lo productivo con lo saludable, generando mejores condiciones objetivas de vida al mejorar los ingresos familiares y el consiguiente beneficio para la salud integral (alimentación, vivienda, vestimenta, cuidados básicos y distracción).

Facilita el acceso a los servicios básicos de atención de la salud y en particular estimula la puesta en práctica de las acciones preventivas al acercar las propuestas programáticas que emanan de la normativa sanitaria vigente.

Hace realidad la participación comunitaria y social, elemento considerado en la mayoría de las experiencias de APS evaluadas, como el eterno ausente de la APS tradicional. Al tomar a la participación comunitaria en desarrollo como un prerrequisito a la construcción de una iniciativa productiva y saludable, y a la participación social como expresión objetiva de las alianzas locales, regionales, nacionales e incluso internacionales, reafirma el creciente proceso de integración de instituciones públicas, privadas, organizaciones de la sociedad civil (comisiones de fomento, ONG's, grupos de voluntarios, corporaciones y entidades privadas). Y sobre todo alienta, estimula y da cauce a la solidaridad y la esperanza en la construcción colectiva del futuro.

Este proceso se desarrolla en una territorialidad definida. Es en la dimensión de lo local donde se potencia una estructura, unidad básica de organización comunitaria con deseos de participar y capacitarse en pos de objetivos comunes.

Lo local es entendido como un escenario territorial dinámico, donde se expresa la compleja vida social con intereses diversos y donde se acuerdan algunos puntos en común para desencadenar un proceso de naturaleza participativa que intente mejorar las condiciones actuales de vida.

Ese espacio local puede ser un municipio, un recorte geográfico de un departamento, una comunidad de agricultores o un barrio.

El componente central de la estrategia de CP y S pretende articular iniciativas de diferente índole donde a través de la consolidación de la participación grupal, se establezca un

nuevo horizonte de acción, en que lo productivo y lo saludable contribuya a mejorar las condiciones y la calidad de vida de los participantes.

En este sentido la producción rural y suburbana se convierte en una estrategia inductora de salud, en la medida que se estimula y apoya las condiciones de producción y conservación del ambiente, así como el proceso educativo – formativo para la incorporación, en la vida cotidiana, de nuevas formas de generar ingresos, de alimentarse, cuidarse y vivir mejor.

“Bajo esta percepción se procura promover las posibilidades e iniciativas de desarrollo de una socio-economía local con alto sentido solidario. “... es un intento de conseguir un crecimiento y desarrollo equilibrado local, por tanto más equitativo y solidario en cuanto a la distribución de los ingresos principalmente a partir de las actividades productivas de tipo agropecuario, a la vez que ambientalmente más sostenible y dotado de una fuerte capacidad de impulsar el desarrollo humano y elevar la calidad de vida de las personas de la comunidad rural de productores familiares objeto.”⁽⁸⁾

Por definición esta estrategia focaliza acciones hacia los determinantes sociales de fuerte impacto poblacional como lo son la pobreza y la exclusión social. En tal sentido los esfuerzos conjuntos se centran en acciones orientadas a cambios en el entorno, al fomento de prácticas de formas de vida más saludables y al “empoderamiento” para la acción comunitaria.

El eje sustantivo de la estrategia lo constituye la participación comunitaria y social sostenida. Según Papadópulos J. y Dornell S. “La participación comunitaria se construye a lo largo de un proceso. Se inicia cuando varias personas deciden compartir necesidades, aspiraciones y experiencias con el objetivo de mejorar sus condiciones de vida. Para eso, se encuentran, se organizan, identifican prioridades, dividen tareas, establecen metas y estrategias de acuerdo con los recursos existentes y con aquellos que se pudieran obtener a través de alianzas”.⁽⁹⁾

“Las características de la estrategia que se propone, exige, desde la primera fase de intervención, la articulación intersectorial. Esto implica un diálogo muy fluido con autoridades locales, sanitarias y municipales y la construcción de alianzas con otras instituciones productivas de la sociedad civil”. “... lo esencial es la acción colaborativa multisectorial a nivel local”.⁽¹⁰⁾

El desafío de la estrategia consiste en generar una acción asociada que parte de la identificación de las necesidades a través de un diagnóstico participativo, la identificación de las líneas de acción viables (sanitarias y productivas), el establecimiento de alianzas para la planificación, cooperación técnica y evaluación de las acciones acordadas e impulsadas.

La propuesta de acción, tiene generalmente el formato de un Proyecto, es decir una forma imaginada para cambiar la realidad.

González M., González P. y Moresino S. consideran que existe un momento clave en que “se debe establecer la factibilidad y para ello habrá que realizar las coordinaciones

con distintos actores sectoriales e institucionales a fin de obtener las asesorías sobre las posibilidades reales de que en ese lugar y en ese momento los elementos a favor para la implementación son mayores que los impedimentos. ⁽¹¹⁾

En este aspecto juega un rol decidido la cooperación técnica para la toma de decisiones más adecuadas. Si bien en cualquiera de las dimensiones del proyecto esta precaución es válida, es crucial en la implementación y desarrollo de una iniciativa productiva.

Se trata de lograr encauzar los esfuerzos hacia emprendimientos que tengan probabilidad de éxito, logrando el mayor asesoramiento posible en el balance de las ventajas y riesgos de la implementación.

Una vez puesto en marcha el proyecto, la sistematización de la experiencia, la evaluación y comunicación continua del proceso vivido y de los logros, juega un papel importante a la hora de la evaluación y re-planificación del proyecto.

Si bien esta iniciativa de articular lo productivo y saludable fue denominada en nuestro país como Comunidades Productivas y Saludables (CP y S) en el II Encuentro Nacional (2007), se la reconoce con variadas designaciones a nivel nacional.

Cada iniciativa en desarrollo enmarcada en esta estrategia, asume una modalidad diferente adecuada a cada contexto local y que aún, no se ha consolidado como un nodo de una red mayor incipiente.

En la Encuesta sobre MCP y S (OPS/OMS, ISALUD, 2008) los actores seleccionados (personal de salud, del área productiva, de las Intendencias Municipales y de ONG's vinculadas) identificaron 21 iniciativas a nivel nacional, ubicadas en pequeñas comunidades rurales, suburbanas y barrios urbanos, vinculadas a centros educativos, sanitarios y /o proyectos municipales.

Las mismas han tenido inicio y desarrollo disímiles; surgiendo algunas de ellas desde el área productiva, otras desde el contexto sanitario y otras como estrategia conjunta, en el marco de una iniciativa con tendencia hacia una política pública.

Estos informantes identifican a un importante número y tipo de instituciones que promueven la estrategia: MSP, MGAP, IM, Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Ministerio de Turismo y Deporte (MT y D), Administración Nacional de Educación Pública, Instituto de Promoción Económico Social del Uruguay, Red de Educación Popular entre Mujeres, ONG Tejiendo Redes, ONG Redes Amigos de la Tierra, OPS/OMS y PNUD.

Si bien no ha existido una lista de requisitos para el ingreso de las iniciativas a este movimiento, es importante señalar que los siguientes elementos han sido decisivos para obtener el apoyo para su implementación y desarrollo: un grupo de personas del nivel local que tienen identificadas sus necesidades, poseen alguna idea como salida a su situación sanitaria y económica, cuentan con un compromiso de apoyo de alguna organización social de base y de un organismo estatal con referencia local o departamental.

3. ACTIVIDADES REALIZADAS

Para ejemplificar la estrategia se seleccionaron cuatro experiencias que dan muestra de iniciativas variadas: municipal en el CCZ 10 (Mdeo.), sanitaria en La Calera (Rivera), mixta: municipal y sanitaria en Polanco del Yí (Florida) y comunitaria en Aznárez (Maldonado).

3.1 Plan integral de mejora de la calidad e inocuidad de alimentos producidos en la zona de influencia del Centro Comunal Zonal 10 (Departamento de Montevideo)¹

Ubicación

El Centro Comunal Zonal 10 (CCZ 10) está ubicado al norte del departamento, con un territorio extenso con aproximadamente 67.600 habitantes en una superficie de 78 km cuadrados. Zona heterogénea predominantemente rural que coexiste con actividades comerciales y de residencia (población humilde).

Contexto y antecedentes

El proceso de empobrecimiento de la población de la zona y la migración interna de la ciudad, han determinado que este CCZ tenga más de 50 asentamientos irregulares, constituyéndose en expresión dramática de exclusión y desafiación social.

Si bien los asentamientos irregulares en la zona rural constituyen una amenaza respecto al uso productivo del suelo, la zona rural es a la vez una de las fortalezas de esta área geográfica. La falta de trabajo estable unido a la falta de ingreso para satisfacer las necesidades básicas de las familias, han llevado a un importante desarrollo del trabajo informal asociado a la elaboración, conservación y venta de productos locales.

Institución/es promotora/s

El Departamento de Desarrollo Social de la IMM ha venido implementando un Proyecto productivo, social y sanitario en base al desarrollo del CCZ 10 del Departamento.

Población Involucrada

La población que se involucró en el proyecto abarcó a decenas de vecinos que una vez motivados, decidieron integrarse activamente al proceso (productores agropecuarios, productores artesanales de alimentos, directivos y personal de instituciones y organizaciones que trabajan por la calidad de vida del lugar).

Ha existido un particular cuidado en hacer explícitos los objetivos de este proyecto, en relación a que la inmensa mayoría de la población convocada, son trabajadores informales que están elaborando alimentos sin cumplir con la normativa municipal vigente.

Objetivos

El objetivo primordial es el de construir un espacio físico donde los productores rurales

¹ Reconocimiento y agradecimiento a la Lic. Rossana Bonora, Lic. Nelly de Biase, Mtra. Gabriela Siracusa, Ing. Agr. Fernando Ronca y Lic. Cristian Perdomo por los aportes brindados para la documentación de esta iniciativa

familiares puedan exponer, procesar y comercializar sus productos; que se constituya en un referente local con potencial para el desarrollo de varias actividades relacionadas.

Se pretende fomentar una cadena agroalimentaria artesanal, que permita una elaboración segura de los productos de la zona según las normas bromatológicas vigentes y contribuir a la salud y el bienestar general.

Se busca apoyar a los microemprendimientos familiares o grupales en desarrollo que tienen por finalidad generar ingresos en forma autónoma enmarcados en una cadena agroalimentaria artesanal, para que lo hagan en el marco del cumplimiento de las normativas vigentes.

Actividades principales

El equipo técnico municipal multidisciplinario, ha realizado un censo y entrevistas a agricultores (detección de intereses de participar en el proyecto, conocimiento sobre tipos de cultivos emprendidos, experiencias de envasado, tenencia de animales, etc.), talleres de intercambio y actualización sobre inocuidad tecnológica alimentaria.

Como estrategia de avance y recogiendo las necesidades planteadas por la comunidad, mientras se concreta la planta procesadora de alimentos y la creación de un mini mercado local de venta de frutas y verduras, se han realizado talleres de capacitación.

Estos Talleres sobre Buenas Prácticas en el manejo de alimentos y de seguridad alimentaria para las personas participantes del Proyecto, estuvieron dirigidos a delegados de instituciones y organizaciones, así como para familias y personas que individualmente quieren mejorar sus prácticas y lograr productos en mejores condiciones de ubicación en el mercado o con la expectativa válida de obtener un empleo futuro.

Se realizó un convenio con el Instituto de Promoción Económico y Social del Uruguay (IPRU) para proveer una planta móvil para el procesamiento de frutas y hortalizas y equipos para la planificación en pequeña escala.

Los cursos teórico-prácticos se realizaron con participación de docentes del Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU), de la IMM y con la cooperación técnico - financiera de OPS/OMS.

Se contó con el móvil "Cocina Uruguay" de ejemplificación de Buenas prácticas, obtenido a través de un Convenio entre la IMM y el Gobierno de Brasil.

Participaron instituciones y organizaciones que manipulan alimentos; personas que elaboran y venden informalmente y productores rurales de hortalizas y frutas y de caprinos de leche. La variada gama de instituciones y organizaciones participantes abarcó a 5 Jardines de Infantes, 15 Centros de Atención a la Infancia y a la Familia (CAIF), 14 Escuelas Públicas, 17 Merenderos y 11 Centros Educativos Juveniles (Liceos, Escuelas Técnicas y ONG).

En forma paralela se motivó y sensibilizó a la comunidad sobre la necesidad del autocuidado y de la realización de los controles médicos periódicos para mantener la salud y poder elaborar alimentos inocuos.

Esta motivación llevó aparejado poner a disposición de la población servicios sanitarios adecuados. Se han realizando pruebas de Papanicolaou (PAP), Mamografías y Carnés de Salud, a la vez que se realizaron instancias educativas motivadoras del control periódico de la salud.

A modo de ejemplo, de 106 participantes en los talleres, 104 no tenían Carné de Salud. La mayoría de ellos lo han tramitado en forma gratuita, además de recibir equipamiento en calidad de préstamo, manuales de buenas prácticas, recetarios cardiosaludables y certificado de participación en los cursos habilitador para las futuras capacitaciones.

Alianzas

Las principales coordinaciones han sido realizadas hacia la interna de la IMM: Departamento de Descentralización, de Desarrollo Social, la Junta Local, el Consejo Vecinal, la Policlínica Municipal Giraldez, la Unidad de Educación para la Salud del Servicio de Regulación Alimentaria, la Unidad de Montevideo Rural y el Mercadito de Santiago Vázquez. Han logrado aportes y alianzas con el Instituto Tecnológico del Uruguay, el Instituto de Promoción Económico y Social del Uruguay (IPRU) y el Club Cuchilla Grande. Han contado con la participación activa de la comunidad local, expresada a través de las instituciones, organizaciones y personas que han hecho posible todas las actividades descriptas.

Resultados

Se ha incidido en la mejora de buenas prácticas en el proceso de elaboración artesanal de alimentos para su comercialización.

Los participantes de los cursos y talleres han cambiado su actitud en relación al autocuidado y se ha producido un acercamiento al CCZ en busca de apoyo y de trabajo conjunto.

Un logro importante desde la perspectiva sanitaria individual y colectiva (no olvidemos que la gran mayoría de los participantes elaboran alimentos para la venta), es la de haber logrado la motivación para obtener su carné de salud, permitiendo así un control sanitario de gran importancia.

Conclusiones y perspectivas

Los avances realizados y el éxito de la estrategia han llevado a que cada vez más vecinos se acerquen a participar, al visualizar las ventajas de la capacitación para la mejora de sus ingresos y de su salud.

Recientemente se han iniciado nuevas actividades: cursos de panificados, manejo higiénico de la leche, elaboración de quesos, gestión comercial y elaboración de proyectos.

La puesta en práctica del “Proyecto de cohesión social y desarrollo territorial y sustentable de la cuenca del Arroyo Carrasco” de la Intendencia Municipal de Canelones y de Montevideo con apoyo de la Unión Europea, está permitiendo implementar la etapa final de la infraestructura de la planta de procesado de alimentos.

Aún está pendiente la realización de nuevos talleres sobre salud, terminar la remodelación del Mercadito, la elaboración de un audiovisual que muestra el proceso del proyecto,

profundizar el trabajo con la red de escuelas de la zona como estrategia elegida para sensibilizar a la comunidad de la importancia de que elija aquellos alimentos que le ofrecen mayores garantías en su elaboración.

La concreción de estos aspectos está condicionada al apoyo político al proyecto y a la disponibilidad de recursos económicos.

Los actores técnicos visualizan cambios significativos en relación a la concienciación ciudadana en el cumplimiento de la seguridad alimentaria y en una aproximación mayor en número de los que cumplen la normativa bromatológica.

3.2 Proyecto Cerros de La Calera, CEDECAL (Departamento de Rivera)²

Ubicación

La Localidad “La Calera” se localiza en el Departamento de Rivera al SE de la capital departamental, en el km 58 de la ruta 28.

Contexto y antecedentes

Es un típico poblado rural, conformado por un centenar de habitantes agrupado en viviendas proporcionadas por el Movimiento para la Erradicación de la Vivienda Insalubre Rural (MEVIR). Este Plan ha previsto un salón comunal que actúa como centro de socialización, esparcimiento y lugar de reunión de los vecinos.

Según el informe de la Dirección Departamental de Salud, la población se dedica a las siguientes actividades: el 57% de los hombres como peones rurales, 15% trabajadores por cuenta propia, 8% empleados públicos, con igual valor 8% empleados de forestadoras, 4% jubilados y/o pensionistas, 4% en changas, 2% como empleados administrativos privados y 2% han sido beneficiarios del Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES) del Ministerio de Desarrollo Social.

El 65% de las mujeres se han dedicado a las tareas del hogar, el resto han trabajado en emprendimientos por cuenta propia, en servicios del área rural en régimen zafral o estable, y una minoría son jubiladas, pensionistas y beneficiarias del PANES.

Dado el contexto de pobreza y de dificultades varias percibidas por los vecinos, éstos plantearon a las autoridades de salud diferentes propuestas para mejorar su situación.

En el año 2006, el equipo técnico de salud, realizó un diagnóstico de situación caracterizando a la comunidad, haciendo un análisis de los factores productivos de la zona, de suelos, fauna y flora, fuentes de agua y clima, así como la situación de salud y necesidades sentidas.

De los 50 hogares, el 42% de ellos tenían conexión a un pozo surtidor de agua potable, provisto por OSE, el 39% poseía pozo artesiano, un 15% contaba con pozo perforado y el 4% de las familias utilizaba agua de cachimba.

² Reconocimiento y agradecimiento a la Dra. Aída González y Lic. Nancy Suárez por los aportes brindados para la documentación de esta iniciativa.

El 80% de los habitantes se atendían en el Hospital de Minas de Corrales y solo la tercera parte de ellos utilizaba la policlínica de la localidad, verificándose escasos controles regulares de la salud.

La percepción que la comunidad tenía de las enfermedades prevalentes eran las enfermedades del aparato circulatorio, respiratorias, diabetes mellitus, quiste hidático, enfermedad de Chagas y las infecciones respiratorias en niños, dado que eran los motivos de consulta más frecuentes.

Contaban con una Escuela Pública y un Jardín Preescolar. Pocos jóvenes se trasladaban diariamente al Liceo de Minas de Corrales.

Los vecinos que participaron en los talleres realizados por técnicos de la Dirección Departamental de Salud en el Salón Comunal plantearon la necesidad de instalar una panadería, talleres para jóvenes (embarazo adolescente), talleres de costura, lana y cuero; creación de una plaza de deportes, de una cancha de fútbol y de una policlínica.

Institución/es promotora/s

La Dirección Departamental de Salud conjuntamente con el Equipo de Salud de ASSE de Minas de Corrales, la ONG Agencia de Desarrollo Regional (ADESAR) conformó un equipo de trabajo para apoyar el desarrollo local de esta comunidad.

Población Involucrada

Correspondió principalmente a mujeres adultas amas de casa. Los jóvenes participaron de los talleres pero no en las instancias productivas.

Objetivos

Generar una propuesta sostenible de mejoramiento de la calidad de vida de la población de La Calera que respondiera a las necesidades identificadas.

Actividades principales

En 2006 la Dirección Departamental de Salud, estableció un vínculo inicial con la finalidad de generar una organización comunitaria capaz de mejorar las condiciones de vida de la población realizando una aproximación diagnóstica de situación. Surgió el Proyecto: "Hacia La Calera Productiva y Saludable", puesto en marcha en el primer trimestre del 2007. Se realizaron talleres abiertos con el fin de generar la apropiación de los objetivos de la Estrategia CPyS.

La Atención médica se realizó una vez al mes en el salón comunal de MEVIR, con un equipo conformado por un médico general, una partera, un odontólogo y un auxiliar de enfermería.

Se concretaron dos cursos de capacitación: el de hilado de lana cruda y utilización de telares incaicos y el Taller de Costura.

La coordinación realizada con el Proyecto Rutas de Salida Rural, aportó la formación necesaria para la implementación de un invernáculo y huertas orgánicas.

Con Uruguay Rural (MGAP) y la Fundación Logros se capacitó e implementó un invernáculo escolar y con el Programa Uruguay Integra (MIDES) un invernáculo comunitario.

Con la donación de telares y la coordinación para la capacitación con Manos del Uruguay, apoyo de OPS/OMS, se ha generado un grupo de tejedoras que vienen produciendo y comercializando varias prendas. Han expuesto a la comunidad la producción artesanal, comercializando los productos en fiestas locales.

El grupo local que lideró las actividades, constituido principalmente por mujeres, formó una Comisión de Deportes mejorando las canchas de fútbol y de voleibol ya existentes y optimizando su uso.

Simultáneamente integraron una Comisión de apoyo a la Policlínica tratando de regularizar las consultas médicas, desarrollaron talleres sobre la temática de la Mujer y Género, con apoyo de anticonceptivos y material para la realización de PAP y talleres sobre promoción de salud. En los mismos participaron Promotoras Comunitarias capacitadas a través del Proyecto Uruguay Saludable del MSP.

La idea de generar una panadería se dejó de lado, al comprender la comunidad, la no viabilidad del proyecto.

Alianzas

Para la concreción de los diferentes proyectos se vincularon con Uruguay Rural (MGAP), Fundación Logros, Programa Uruguay Integra del Ministerio de Desarrollo Social, Manos del Uruguay, Proyecto Uruguay Saludable del MSP, Grupo ART de PNUD/OPP, FUNDASOL y OPS/OMS.

Resultados

Se ha logrado constituir y mantener un grupo/semilla para el desarrollo local. El Centro Comunal se ha constituido en el centro de participación natural, donde se definen las estrategias de desarrollo de la pequeña comunidad.

Se instalaron los invernáculos. Este emprendimiento, en una comunidad pequeña, generó mucho entusiasmo y reconocimiento social.

Las mujeres valoraron la capacitación que recibieron, vinculada al tejido en telares y a los talleres de promoción de salud.

Conclusiones y perspectivas

La existencia de un grupo motivado, aún con carencias en su estructura organizativa constituyó la mayor de las potencialidades.

El salón comunitario mejorado permitió cumplir con todas las actividades y sirvió como espacio atractivo de los jóvenes, que han sido los actores menos participativos de los emprendimientos locales.

Con el mejoramiento de la Policlínica en su infraestructura así como en recursos, se buscó contribuir a optimizar el nivel sanitario comunitario.

La instalación de una biblioteca y un rincón para la informática permitió iniciar actividades de capacitación a los interesados.

En el 2009 el grupo concretó un nuevo curso de tejido con PNUD/OPP - Grupo ART. El grupo de mujeres tejedoras expuso lo producido en los talleres de telar y costura, en la capital departamental. Han logrado vender las prendas que confeccionaron, generando ingresos que las estimuló a continuar agrupadas y entusiastas.

La coordinación con la Intendencia Municipal les permitió ser contempladas en la ronda sanitaria cada dos meses del “Bus de la Esperanza” donado por el Gobierno de Japón (exámenes médicos, asistencia legal para jubilaciones, obtención de documentos, etc).

El grupo de mujeres que se reúne periódicamente en el Centro comunal presentó un proyecto sobre Salud Escolar (alimentación saludable, actividad física y redes sociales) al Programa Uruguay Saludable del MSP, para obtener recursos y poder implementarlo en el 2010.

Los desafíos futuros pasan por la coordinación de las redes locales, identificando necesidades, intereses y problemas referentes a la salud y colaborando en la generación de entornos saludables de la comunidad, así como en el estímulo de la capacitación de los integrantes del grupo.

Si bien no existe una evaluación económica, las mujeres de La Calera identificaron que tienen un mejoramiento importante de sus ingresos, a partir de la venta de las prendas que han venido confeccionando en los talleres de telar y costura.

3.3 Proyecto integración de mujeres de Polanco del Yí a políticas cruzadas de desarrollo productivo y salud (Departamento de Florida)³

Ubicación

La localidad de Polanco del Yí, se encuentra al norte del Departamento de Florida, en el límite con Durazno, sobre las márgenes del río que le da nombre a la misma. Según el Censo de 2004 tenía 84 habitantes.

Contexto y antecedentes

Constituye una de las poblaciones más alejadas de la llegada de políticas estatales y municipales, lo que se expresa en variadas formas de exclusión: exclusión territorial (aislamiento geográfico), social (débil conexión y baja participación), económica (falta de empleo), simbólica, (territorio sin interés para políticas públicas de alto rédito), de género (roles intrafamiliares y falta de estímulos para organizarse y vincularse).

Institución/es promotora/s

La Intendencia Municipal de Florida (IMF), la Dirección Departamental de Salud del MSP, la Sociedad Apícola Uruguaya y un grupo de diez mujeres de la localidad de Polanco del Yí, llevaron a cabo un proyecto destinado a lograr mejoras sociales y económicas, a tra-

³ Reconocimiento y agradecimiento al Soc. Fernando Pintos y al Ing. Agr. Alejandro Echeverría por los aportes brindados para la documentación de esta iniciativa.

vés de la generación de un grupo de recolectoras de polen en establecimientos apícolas cercanos a la localidad.

Se buscó que este grupo de mujeres integraran, junto a sus prácticas productivas, conductas saludables de alimentación, recreación y atención primaria de salud.

Población Involucrada

Este proyecto organizó a diez mujeres de Polanco del Yí para capacitarlas como recolectoras de polen, integrarlas como asalariadas a un establecimiento apícola durante un año, y hacerlas partícipes (como contraparte de su inserción productiva) de programas de atención primaria de la salud.

Objetivos

El objetivo general de este emprendimiento fue mejorar las condiciones de salud y los ingresos de las mujeres de Polanco del Yí, a través de una experiencia que articulara emprendimientos productivos con integración a políticas de promoción de salud y atención primaria de la misma.

Actividades principales

El componente salud estuvo orientado a la realización de un ciclo de talleres con promotores comunitarios de salud, bajo la Coordinación de la Dirección Departamental de Salud.

Recibieron capacitación para la extracción de polen, pero los cambios climáticos sucedidos en el 2006, generaron la imposibilidad de la recolección, núcleo principal de acciones del proyecto. Luego de dos intentos fallidos de iniciar la fase de extracción de polen y para no generar desmotivación la Oficina de Desarrollo Sustentable de la IMF, junto a la Mesa Apícola de Florida encontró como salida proponer a las Mujeres de Polanco del Yí, capacitarse y cumplir con los requerimientos bromatológicos para la fragmentación de excedentes de miel de exportación y posteriormente su venta a nivel nacional.

Como primera experiencia las mujeres expusieron y comenzaron a comercializar su producción en la Expo Apícola de Sarandí Grande.

La Intendencia Municipal destinó los insumos necesarios a fin de habilitar la sala de fraccionamiento.

Las participantes manifestaron la necesidad de seguir recibiendo capacitación dado que entre otras actividades previstas, tenían la solicitud de la Maestra (única docente) del lugar, de que la apoyaran con actividades de salud para los 14 alumnos y sus familias.

Alianzas

La demanda de trabajo por parte de las mujeres de Polanco del Yí, y por otro la receptividad de algunos productores de las cercanías de esta localidad, hicieron posible articular apoyos de la Oficina de Desarrollo Sustentable de la IMF, de la Dirección Departamental de Salud, del Proyecto Uruguay Saludable, de la Sociedad Apícola Uruguaya y de la Mesa Apícola de Florida, con la cooperación técnica de OPS/OMS.

Resultados

Se generó una intervención en el territorio que respondió a una demanda local de políticas productivas y de salud, y que tuvo un carácter integral al impactar en la generación y apropiación de riqueza a nivel local, en el fortalecimiento del capital social comunitario, en la mejora de las condiciones de la gobernanza local, en el empoderamiento de sectores sociales excluidos múltiplemente y en la apropiación por parte de las mujeres de las políticas de atención primaria de Salud.

El polen constituye uno de los subproductos de la apicultura que menos atención ha tenido por parte de los productores, debido a la baja relación costo – beneficio que su extracción implica, y a la presión de la demanda internacional sobre la miel antes que sobre otros componentes del ciclo apícola, lo que abre expectativas en relación a los aprendizajes y avances que este grupo genere.

Conclusiones y perspectivas

Esta iniciativa reunió las características centrales de un proyecto de desarrollo local que se sostuvo por un proceso social precedente y en la generación de condiciones de mínimas para su funcionamiento, compatible con las orientaciones del Programa C PyS.

El grupo de Mujeres de Polanco del Yí se consolidó y estimuló para iniciar una nueva fase en los dos componentes sanitario y productivo. Ha jugado un papel decidido el apoyo que han brindado los científicos sociales de la IMF y en forma reciente de la cooperante suiza de la ONG GVOM (Group de Volontaires a Outre Mer) que está realizando una pasantía por dos años en la Dirección de Desarrollo Sustentable de la IMF.

En el 2008 se presentaron al llamado a Concurso de experiencias “Hablan los protagonistas del desarrollo Rural” convocado por el Instituto Interamericano para la Agricultura (IICA) obteniendo el primer premio. Delegadas del grupo de mujeres de Polanco del Yí recibió el consiguiente premio en el Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU) en Montevideo.

En el plano productivo, la IMF consiguió el compromiso del Programa de Microfinanzas de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) para la capacitación y seguimiento técnico (organización empresarial, marketing y comercialización), el que no llegó a concretarse tal como estaba planificado.

Los problemas climáticos acaecidos en 2009 por las abundantes lluvias e inundaciones y la falta de fuentes de obtención de recursos económicos para sostener a este grupo, que no podía seguir con la extracción de polen; llevó a la IMF a dar cierre a la iniciativa productiva de este Proyecto.

El grupo de mujeres de Polanco del Yí continuó integrado a la red de promotoras de salud, en búsqueda de un nuevo horizonte a su situación.

3.4 Aznárez: hacia una comunidad turística, productiva y saludable (Departamento de Maldonado)⁴

Ubicación

El Pueblo Gregorio Aznárez está ubicado en la Ruta 9, km. 89, en el Departamento de Maldonado.

Contexto y antecedentes

Su historia está ligada a la industria de la producción de azúcar de remolacha. Cuenta con 1000 habitantes (25% jóvenes), no existiendo producción agroindustrial desde hace 10 años.

La Asociación de Fomento del Pueblo Aznárez (AFODEPA) ha identificado los principales problemas de la comunidad, siendo los de mayor significado la falta de oportunidades laborales, la organización vecinal débil, escasa participación en actividades comunitarias; varios problemas a nivel de salud: cardiovasculares y de salud mental. Los jóvenes han tenido pocas expectativas a nivel laboral, lo que trae aparejado una pobre capacitación, baja autoestima y un mayor consumo de alcohol.

Para intentar enfrentar esta situación descrita AFODEPA elaboró un proyecto aportando lineamientos para la solución de los problemas principales.

Con motivo de la conmemoración de los 105 años de la localidad la Sra. Ministra de Salud Pública comprometió el apoyo técnico del Programa Uruguay Saludable.

El Proyecto elaborado en diciembre de 2006 se presentó a la Dirección General de la Salud (Dirección Departamental de Salud de Maldonado, División Salud de la Población y Proyecto Uruguay Saludable), en el marco del Programa Uruguay Productivo y Saludable que impulsaron el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca (MGAP) y las Intendencias Municipales con la cooperación técnica de OPS/OMS.

Institución/es promotora/s

La iniciativa fue de la Asociación de Fomento del Pueblo Gregorio Aznárez (AFODEPA), con apoyo de Medicina Familiar del MSP-ASSE, la Dirección General de la Granja (DIGE-GRA) del MGAP y la Intendencia Municipal de Maldonado.

Población Involucrada

El Proyecto a través de diferentes subproyectos e instancias ha tendido a involucrar a la mayoría de la población.

Objetivos

Se buscó conformar un grupo de gestión local involucrando a los diferentes actores comunitarios, relevar las situaciones a mejorar en el colectivo que articularan la dimensión saludable y productiva y elaboración de un pre-proyecto en base a la situación identificada.

Actividades principales

⁴ Reconocimiento y agradecimiento a la Dra. Sandra Alberti e Ing. Agr. Alicia Gutiérrez por los aportes brindados para la documentación de esta iniciativa.

Se identificaron cuatro áreas de interés: huertas orgánicas, con dificultades para su desarrollo como la falta de mercado en fresco y poco volumen para la elaboración de envasados; reciclaje de residuos, con la creación de emprendimientos productivos vinculados a la elaboración de compost utilizando pasto y podas y a la recolección y venta de envases plásticos; apoyo a la producción artesanal de quesos y promoción turística teniendo como líneas de acción la instalación de un Museo, de un Centro de Información con local de exposición y venta de productos, la promoción de turismo responsable integrando la red departamental con recorridos específicos, con lugares de interés y alojamiento y la organización de un evento anual de promoción de la localidad.

Las tareas secundarias estuvieron centradas en la realización de encuestas, capacitaciones para el autocuidado y la producción, talleres de planificación y de trabajo con diferentes grupos etéreos, reconocimiento del terreno, gestiones, trámites y contactos con otras instituciones y organizaciones.

Alianzas

Tomaron contacto con la Asociación Pro -Turismo de Piriápolis y la Escuela de Turismo de Maldonado, con el Ministerio de Turismo y Deporte y la ONG "Retos al Sur" para canalizar varias iniciativas.

En el año 2007, postularon frente al PNUD y ganaron un préstamo con el Proyecto "Aznárez un lugar diferente: hacia una comunidad saludable y turística".

Resultados

Los principales logros surgen a partir de la implementación de varios proyectos de ejecución simultánea:

- capacitación para la producción en mejores condiciones a un grupo de queseros locales;
- conformación de un grupo de artesanos que intentaron el rescate de la memoria y de la identidad local;
- continuidad al desarrollo de huertas, con el apoyo del Programa Uruguay Rural del MGAP, tratando de ampliar la participación de los vecinos;
- talleres para el mejoramiento de la alimentación diaria implementados por una Ing. Agrónoma, una Nutricionista y Promotores de Salud;
- sensibilización para la realización de actividad física y construcción de un circuito aeróbico en el Parque. Actividades de recreación comenzando con teatro para Adultos Mayores y Escolares de 6to.

Durante el 2009, se realizaron actividades con una Nutricionista y Movilizadora comunitaria estimulando cambios en la forma de alimentarse, ampliando los saberes a través de intercambio de recetas e incorporación de nuevos vegetales en las preparaciones culinarias.

Con el apoyo de OPS/OMS, a través del contrato de una Profesora de Educación Física, se desarrolló una estrategia de actividad física y recreación a nivel comunitario que abarcó a la mayoría de la población con actividades atractivas y variadas, tanto en el gimnasio existente como en plazas y parques de la localidad.

Asistieron a esta actividad los adolescentes de 7mo., 8vo. y 9no. Año, adultos y adultos mayores. El nivel de compromiso profesional de la docente logró hacer participar a todos con actividades lúdicas, creativas y corporativas.

Con la cooperación técnica de OPS/OMS y el apoyo del Rotary de Pan de Azúcar, ASSE (Maldonado) y el permiso del Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP) se desarrolló en la Escuela Pública N° 17 un Programa de Salud Bucal con la técnica PRAT, dando respuesta a una necesidad sentida de larga data en ese medio.

La experiencia de Aznárez se presentó en la Feria Mundial de Municipios Saludables (Argentina) obteniendo el Premio al mejor póster.

Conclusiones y perspectivas

AFODEPA comenzó la implementación de circuitos turísticos al Cerro Betete (doma natural), al Camino Real (Cerros Azules con criaderos de caimanes) y la Ruta Vieja con un hermoso paisajismo (paralela a la Ruta 9).

Para articular los mismos a los circuitos turísticos departamentales tomaron contacto con la Asociación Pro - Turismo (PROTUR) de Piriápolis.

En coordinación con la Escuela de Turismo de Maldonado, la misma organización tiene previsto la formación de guías turísticos con aprovechamiento de la flora y fauna, producción artesanal y productos derivados de la huerta orgánica y de los emprendimientos citrícolas.

Con la ONG "Retos al Sur" los directivos de AFODEPA están evaluando la posibilidad de generar una línea de integración de turistas extranjeros a los circuitos locales.

Se vincularon con el Ministerio de Turismo y Deporte para integrar la zona a las áreas ya definidas de Ecoturismo.

AFODEPA continúa con el objetivo de transformar la vieja Estación de AFE en un foco cultural, instalando un museo que recoja la riqueza del pasado industrial de la localidad con infraestructura turística.

Desde la perspectiva sanitaria requerirían apoyo para encarar la problemática generada por la venta de leche sin pasteurizar y productos derivados.

4. PARTICIPANTES

De la información recogida en la Encuesta de Municipios y Comunidades Productivas y Saludables (OPS/OMS – ISALUD, 2008) surgieron aportes sobre los participantes de esta estrategia.

Los principales actores fueron miembros de la comunidad organizada (comisiones, ONG), con el apoyo del MSP, del MAGP y del sector municipal a través de sus oficinas de salud y desarrollo.

Los sectores que actuaron esporádicamente (universidades, sectores Educación, trabajadores, comercio y organizaciones juveniles) han tenido escasa incidencia en la estrategia.

La creación de un órgano rector a nivel nacional, podría estar dando las condiciones para poder impulsar a la estrategia, permitiendo que se articulen y comprometan más adecuadamente estos actores que son identificados como de escasa participación

Las mujeres constituyeron el grupo principal que participó activamente en la estrategia, constatándose un proceso de marcada tendencia de género en la participación comunitaria.

Los hombres adultos jóvenes en edad activa, sin empleo constituyeron un grupo importante incorporándose a la iniciativa.

Entre los participantes directos de las iniciativas se recogió la visión de que son los organismos de cooperación técnica internacional los que están permitiendo la viabilidad de la estrategia, conjuntamente con recursos nacionales.

El énfasis de la cooperación internacional, ha estado dado como “recursos semilla” para lograr credibilidad al inicio de los emprendimientos o cuando estos piden apoyo en momentos críticos.

Hasta el presente han sido pocas las posibilidades de impulsar programas de capacitación sistemáticos con los actores sociales participantes.

Asimismo, ha sido escasa también la investigación específica implementada que arroje luz sobre la vida de los involucrados.

Se han realizado investigaciones cualitativas desde una perspectiva antropológica en madres y niños sobre salud bucal (Canelones), aplicación de la estrategia de OPS/OMS Rostros, Voces y Lugares en el mismo espacio geográfico; hábitos alimentarios en niños, prevalencia de enfermedades respiratorias y seguimiento a familias de trabajadores rurales (historia ambiental en Bella Unión, Artigas).

La UdelAR participó activamente: el diagnóstico inicial de La Calera (Rivera) y la investigación realizada sobre Polinización y Flora para la determinación de recolección de polen en Polanco del Yi (Florida).

Cuando se hace el análisis de la contribución a la estrategia de la participación comunitaria esta se identifica como uno de los mayores logros.

La asociatividad lograda a través de la conformación de nuevas entidades grupales para implementar el desarrollo de los proyectos territoriales, generó en los participantes habilidades y desarrollo de destrezas, así como mejoras en su calidad de vida y en sus condiciones de salud que se explicitarán en los logros alcanzados.

5. GRADO DE INTEGRACIÓN AL SISTEMA DE SALUD

El contacto y la integración al sistema de salud de esta iniciativa a nivel país, mayoritariamente estuvo enfocada a atender en forma simultánea los problemas emergentes y los determinantes sociales de la salud del nivel local.

El apoyo y la coordinación se hizo a través de las Direcciones Departamentales de Salud del MSP, los servicios descentralizados de ASSE (Hospitales, Centros de Salud y Policlínicas locales) y de los servicios Municipales de salud.

El trabajo conjunto en promoción de salud y en prevención de las enfermedades permitió una auto - percepción importante en la salud de las comunidades, aunque aún no se perciban esos cambios positivos como consolidados.

En el abordaje de los determinantes sociales de la salud surgió la identificación de algunos éxitos, vinculados a la capacitación intersectorial de los grupos locales para enfrentarlos. Se identificó el desarrollo de habilidades para enfrentar los problemas ambientales, ocupacionales, higiene personal, inocuidad de los alimentos, falta de hábitos personales, estilos de vida, inadecuados, enfermedades prevalentes y estacionales y factores de riesgo individuales y colectivos.

La interacción con el sistema sanitario ha dejado lecciones aprendidas que estuvieron relacionadas con el reconocimiento de los avances del trabajo participativo intersectorial, la concienciación sobre los problemas y sus causas, y el impacto previsto de no enfrentarlos oportunamente.

Algunas percepciones recogidas entre los actores directos dan cuenta de que las competencias puestas en juego estuvieron estimuladas por disponer de información pertinente, mejoras en la planificación, evaluación y comunicación en el trabajo de equipo y la instalación de las unidades de inclusión social y su perspectiva de enfoque hacia la equidad, en las que las dependencias sanitarias jugaron un rol importante al promoverlas e iniciar un trabajo de convocatoria amplia y participativa.

La extensión programática del MSP a los niveles locales (en particular las vinculadas a género y salud sexual y reproductiva) permitieron un acercamiento de la prevención a niveles y espacios comunitarios que nunca antes habían tenido acceso al conocimiento sobre el autocuidado y sobre medidas preventivas sencillas y adecuadas a los niveles locales.

Las temáticas que más aparecieron entre las inquietudes comunitarias y que el equipo amplio de salud abordó, giraron sobre alimentación saludable, actividad física, prevención de tabaquismo, alcoholismo y consumo de drogas, violencia intrafamiliar, calidad ambiental, control de roedores, inmunizaciones, prevención de embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual, accidentes domiciliarios y laborales.

El trabajo realizado llevó a facilitar traslados de personas a centros de atención que tradicionalmente eran inaccesibles, así como a acercar la ronda sanitaria a la comunidad e incluso la mejora de dotación de recursos humanos sanitarios, como se ejemplificó en La Calera.

La extensión a las CP y S del Programa de formación de promotores de salud del MSP permitió la integración de mujeres, activando un proceso multiplicador a los niveles locales entre sus pares y organizaciones de base.

El apoyo del MGAP, de sindicatos de trabajadores, de ONG's y de las Intendencias Municipales en algunas de las experiencias, contribuyó significativamente en la promoción de la salud del trabajador rural y su familia.

La experiencia del CCZ 10 de Montevideo facilitó a los trabajadores independientes que operaban al margen de los controles oficiales, acercarse al proyecto y voluntariamente empezar a cumplir con la normativa bromatológica y comprender las ventajas de obtener un Carné de Salud habilitador de su seguridad personal para las prácticas productivas y de conservación de alimentos.

En el Proyecto Tejiendo Redes de Bella Unión (Artigas) se generaron aprendizajes significativos en el correcto manejo de los agrotóxicos, y prevención de accidentes laborales.

En todas las experiencias evaluadas se evidencia el compromiso del personal de salud en la democratización del conocimiento, en la derivación oportuna y en la coordinación para solucionar las situaciones hasta ahora no enfrentadas, poniendo imaginación, estableciendo puentes con organizaciones, instituciones y recursos públicos y particulares.

6. LOGROS OBTENIDOS

Según la información recogida en la Encuesta sobre CP y S (OPS/OMS- ISALUD, 2008), la mitad de los encuestados opinaron que se identifican avances tangibles en la incorporación de la estrategia a la agenda del país; así como contribución a políticas integrales. (12)

Es bastante menor el porcentaje de los que consideraron que se haya incorporado la estrategia a las políticas municipales.

La contribución a la participación comunitaria es el ítem que alcanzó una mayor puntuación en relación a los logros.

Se percibieron cambios importantes aún no consolidados: aumento de conocimientos, mejoramiento de hábitos y conductas, fortalecimiento de la familia, apropiación de políticas de salud, identificación de factores de riesgos de enfermedades prevalentes, acceso a exámenes preventivos, "empoderamiento" comunitario para hacer el seguimiento de los problemas de salud, toma de conocimiento de recursos locales, manejo higiénico de alimentos y mejoramiento de la acción de los agentes locales.

El 10% de los encuestados consideró que se han realizado pequeños cambios en la calidad de vida de las poblaciones de referencia de la iniciativa.

Los factores claves que han incidido en el éxito del desarrollo de las estrategias asociativas han estado enmarcados en la identificación de espacios locales, de fuentes producti-

vas, apoyadas por la participación social y la definición de estructuras específicas para la facilitación de la participación y la toma de decisiones, en algunos casos; aprovechamiento de redes institucionales y comunitarias y la identificación y capacitación de actores locales con liderazgo.

Las competencias adquiridas estuvieron directamente relacionadas con la puesta en marcha de la planificación estratégica, del trabajo en equipo, el desarrollo de las potencialidades para la coordinación y la negociación, garantizando la paulatina participación social manteniendo el entusiasmo más allá de las dificultades que surgieron durante el proceso. Los éxitos vinculados a la gobernanza estuvieron definidos por la forma en que se implementó el trabajo: de carácter colectivo, participativo y de inclusión de la pluralidad de actores locales.

Se definieron estrategias para enfrentar los problemas emergentes a través de una gestión con transparencia en el manejo de los recursos y de los procesos, con participación organizada y democrática de la comunidad, con enfoque de inclusión social.

Las principales competencias desarrolladas estuvieron relacionadas con capacidades para la implementación del proyecto (manejo de demandas y oportunidades, toma compartida de decisiones y definición participativa de planes y actividades) y el trabajo con la comunidad (apoyo al “empoderamiento” y la legitimación de la participación, apertura a nuevas iniciativas, tolerancia, respeto y flexibilidad).

En el abordaje de los problemas y determinantes sociales de la salud surgieron algunos éxitos en el marco de la iniciativa: identificación de los mismos y la capacitación intersectorial de los grupos locales para enfrentarlos (problemas ambientales, ocupacionales, higiene personal, inocuidad de los alimentos, mejoramiento de hábitos personales y estilos de vida, enfermedades prevalentes, estacionales y factores de riesgo).

Lo aprendido se relacionó con el reconocimiento de los avances del trabajo participativo intersectorial, la concienciación sobre los problemas y sus causas y el impacto previsto de no enfrentarlos oportunamente.

La generación de pequeños ingresos a partir de la participación en los procesos productivos dio credibilidad en la estrategia, en el trabajo compartido y en el futuro de la comunidad.

Las competencias puestas en juego estuvieron estimuladas por disponer de información pertinente, mejoras en la planificación, evaluación y comunicación en el trabajo de equipo y la instalación de las unidades de inclusión social y su perspectiva de enfoque hacia la equidad.

7. OBSTÁCULOS ENCONTRADOS

Las principales dificultades encontradas se transformaron en desafíos a superar. En general estuvieron vinculadas con el manejo grupal, la contemporización de los tiempos de los técnicos con los de la comunidad, la selección y momentos de incorporación de elementos

históricos de la cultura local y la ampliación de las “miras” trascendiendo las “chacras” individuales.

Por otro lado, se identifica que no siempre se pudo establecer objetivos alcanzables a corto y mediano plazo, capacitación previa para la acción, priorización clara de los problemas locales relevantes, aprovechar oportunidades para generar, acrecentar y sostener la participación, articulando la coordinación intersectorial, la información y la comunicación y el reconocimiento del importante rol que juegan las municipalidades.

Existieron dificultades emanadas del enfoque de trabajo práctico en relación a la sub estrategia productiva: factibilidad y viabilidad económica de los proyectos, canales de comercialización, valoración del contexto local para la determinación del flujo oferta y demanda, alianzas para la colocación y comercialización de lo producido.

Caen dentro de este contexto aspectos cruciales de diferente índole que afectaron la marcha natural de los acontecimientos, como lo constituyó las fuertes lluvias para el Proyecto de extracción de polen en Polanco del Yí; el hurto de materiales para poder terminar la planta de procesado de alimentos en el CCZ 10 de Montevideo; el tomar los tiempos necesarios para comenzar a revertir aquellos elementos de salud mental que ataba al pasado a la población de Aznárez y que le impedía construir una salida al estancamiento histórico; superar la inercia y generar confianza en el accionar colectivo como sucedió en La Calera.

8. SUSTENTABILIDAD

Partiendo de la base de que las iniciativas en desarrollo constituyen esfuerzos en ámbitos de inequidad y situación de “abandono” de las políticas públicas hasta el presente, el contribuir a que la gente participe y se responsabilice, estableciendo alianzas estratégicas y apoyos, es la clave para que puedan prosperar en el tiempo estas experiencias satisfaciendo necesidades sentidas por las comunidades.

Los principales factores de éxito vinculados a la sustentabilidad de la estrategia estuvieron definidos por el diseño y puesta en marcha de los proyectos, valorándose en forma especial los diagnósticos participativos y la capacitación; las características del entramado social participante, el “empoderamiento” y la autogestión de las comunidades y el apoyo político, técnico y de las redes institucionales y comunitarias.

Han existido aprendizajes vinculados con la importancia de contar con un plan estratégico de acción, con la flexibilidad en la implementación para articular los ejes productivo-saludables y la sistematización de los procesos; con el “empoderamiento” de la comunidad y la toma de decisiones colectivas y con el manejo de los apoyos económicos recibidos y autogestionados.

En relación a las competencias adquiridas, los técnicos identificaron mejoras en las habilidades para negociar apoyos y para la conducción grupal; la comunidad identificó el desarrollo de habilidades para comunicaciones más efectivas, para la gestión de recursos y búsqueda de oportunidades, así como para la incorporación práctica de la articulación de los componentes productivo y sanitario.

Teniendo presente que las experiencias en desarrollo se realizaron en ámbitos de inequidad, en contextos de pobreza y con un tejido social complejo y con poca historia participativa, se constata cierta fragilidad en relación a la sustentabilidad a mediano y largo plazo. Si la estrategia lograra mayor apoyo derivado de la ampliación y profundización como política pública saludable y productiva y se hicieran más visibles los logros en las condiciones y calidad de vida de los involucrados podrían obtenerse más recursos (no sólo económicos) para pensar en una sostenibilidad de la misma a largo plazo.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Vallejos H. Tacuarembó: Una propuesta válida a las necesidades de salud de la población. En: GTZ, MSP, Intendencia Municipal de Tacuarembó (Uruguay) Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud. Montevideo (Uruguay): GTZ, MSP, IMT; 1998. p. 7 – 9.
- (2) OPS/OMS (Washington, DC) Municipios, ciudades y comunidades saludables. Recomendaciones para la evaluación dirigido a los responsables de las políticas en las Américas. OPS/OMS, 2005. p. 6
- (3) OPS/OMS, MSP (Uruguay) Municipios y Comunidades Saludables en Uruguay: una estrategia integradora. Montevideo (Uruguay): OPS/OMS; 1998.
- (4) OPS/OMS, MSP. Montevideo (Uruguay) Primer Encuentro Nacional de Municipios Productivos y Saludables. Montevideo (Uruguay): OPS/OMS; 2006.
- (5) OPS/OMS (Uruguay) Jornada de intercambio Municipios y Comunidades Productivas y Saludables. Montevideo (Uruguay): OPS/OMS; 2007.
- (6) OPS/OMS, SUHF, Montevideo Rural, Intendencia Municipal de Maldonado (Uruguay) Panel de experiencias de Municipios y Comunidades en Producción Saludable: La promoción de la salud a través de la producción y el Consumo de Frutas y Hortalizas, Montevideo (Uruguay) OPS/ OMS; 2007.
- (7) OPS/OMS (USA) La renovación de la APS en las Américas: documento de posición de la Organización. Washington (DC): OPS/OMS; 2007. p.4.
- (8) Astudillo V. Uruguay: Iniciativa de acciones conjuntas Agricultura y Salud. En: OPS/OMS, MGAP, MSP. Primer Encuentro Nacional de Municipios Productivos y Saludables. 1ª ed. Montevideo: OPS/OMS; 2006. p. 55-63.
- (9) Airhihenbuwa CO Health promotion and the Discourse on Cultural Implications for Empowerment. En: OPS/OMS. Municipios y Comunidades saludables. Guía de los Alcaldes para promover calidad de vida. OPS/OMS; 1998. p. 9.
- (10) MSP, OPS/OMS Hacia una política pública de promoción de salud basada en Comunidades productivas y saludables. Montevideo: OPS/OMS, MSP; 2006. p. 24.

-
- (11) González M, González P, Moresino S. Guía para la acción de Comunidades Productivas y Saludables. 1ª ed. Montevideo (Uruguay): OPS/OMS, MSP; 2007. p. 11.
 - (12) De próxima aparición: OPS/OMS (Uruguay) Informe de la Encuesta Regional sobre Municipios y Comunidades Saludables y Productivas. Montevideo: OPS/OMS – ISALUD, 2008.

10. SIGLAS UTILIZADAS EN EL PRESENTE CAPÍTULO

- ADESAR: Agencia de Desarrollo Regional
- APS: Atención Primaria de Salud
- APSr: Atención Primaria de Salud Renovada
- CEIP: Consejo de Educación Inicial y Primaria
- CNI : Congreso Nacional de Intendentes
- CP y S: Comunidades Productivas y Saludables
- DSS: Determinantes Sociales de la Salud
- GTZ: Sociedad Alemana de Cooperación Técnica
- IMF: Intendencia Municipal de Florida
- IMM: Intendencia Municipal de Montevideo
- M y CS: Municipios y Comunidades Saludables
- MM: Municipio de Maldonado
- MP y S: Municipios Productivos y Saludables
- MSP: Ministerio de Salud Pública
- OPS/OMS: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud
- PANES: Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social
- RIMSA: Reunión Interministerial de Salud y Agricultura
- SILOS: Sistemas locales de Salud
- SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud
- SUHF: Sociedad Uruguaya de Horti – Fruticultura
- UdelaR: Universidad de la República



Por La Calera se tejen sueños



Aprendiendo el ABC de la seguridad alimentaria en el CCZ 10



Por La Calera se tejen sueños



Aznárez sonríe al futuro

Impreso en Noviembre de 2011
Prontografía S.A.
Cerro Largo 850 - Tel.: 2902 3172
pgrafica@adinet.com.uy
Dep. Leg: 356.922 - 2011
Diseño: Ainda Ltda.
aindaltda@gmail.com



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



9 789275 332641