

Funciones de los médicos de familia y comunidad en los equipos del Primer Nivel de Atención en Uruguay

The role of family and community doctors in Primary Health Care in Uruguay

Funções dos médicos de família e comunidade nas equipes de atenção de primeiro nível de atenção no Uruguai

Estela Harispe¹, Jacqueline Ponzo², Fiorella Cavalleri³, Ima León⁴

Resumen

Objetivo: determinar cuáles son las actividades que deberían o podrían desarrollar los médicos de familia y comunidad en el Primer Nivel de Atención (PNA), en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), en Uruguay.

Método: estudio exploratorio de consulta a expertos de la academia, en dos etapas.

Resultados: participaron once expertas de medicina familiar y comunitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República Oriental del Uruguay. Los principales resultados, consistieron en la obtención de un consenso nacional, sobre las actividades que debe o pueden desarrollar la medicina familiar y comunitaria en el primer nivel de atención.

Conclusiones: los médicos de familia y comunidad integran diversas actividades clínicas y de gestión con enfoque familiar y comunitario y de gestión clínica. Aparecen diferencias en el enfoque de las actividades comunitarias que deberían desarrollar.

Establecer las actividades de la medicina familiar y comunitaria permitirá definir mejor su rol en el equipo de salud y potenciar su desarrollo.

Palabras clave: Rol del médico
Medicina familiar y comunitaria
Atención primaria de salud

Key words: Physician's role
Family practice
Primary health care

1. Egresada de la Maestría en Gerencia y Administración con concentración en Servicios de Salud de la Facultad de Ciencias Económicas y Administración UDELAR.

2. Prof. Agda. Dpto. de Medicina Familiar y Comunitaria Facultad de Medicina. UDELAR.

3. Prof. Adj. Dpto. de Medicina Preventiva y Social Facultad de Medicina. UDELAR.

4. Prof. Agda. Dpto. de Medicina Preventiva y Social Facultad de Medicina. UDELAR.

Correspondencia: Lic. Estela Harispe. Correo electrónico: eharispe@gmail.com

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Recibido: 19/8/2021

Aprobado: 18/10/2021

Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)

Introducción

A partir de 2005 Uruguay comenzó una etapa decisiva en la transformación del sistema de salud, cuyo objetivo fue avanzar hacia la universalización de la protección social en materia de salud a toda la población.

En su implementación se establecieron reformas a la organización sanitaria vigente en tres grandes ejes: el modelo de financiación, el modelo de gestión y el modelo de atención⁽¹⁾.

Para el cambio del modelo de atención la Ley 18.211⁽²⁾, de instalación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), establece como bases fundamentales, la estrategia de APS y la priorización del primer nivel de atención. En este nivel, el abordaje del proceso salud enfermedad tiene una estrecha relación con aspectos sociales y culturales de las personas, familias y comunidades. Exige por tanto competencias disciplinares específicas del área social y de salud pública. La complejidad organizativa es alta e implica el uso de estrategias que permitan resolver con eficiencia la gestión de recursos distribuidos en un amplio territorio. La formación de profesionales de la salud en diferentes disciplinas incluye competencias y herramientas para esta aproximación. Esto proporciona diversidad de posibilidades para la organización del trabajo y la asignación de roles en los equipos.

Existen diferentes visiones en cuanto a cómo deben componerse los equipos de primer nivel de atención, pero hay dos profesiones que están siempre presentes, la medicina y la enfermería⁽³⁻⁵⁾. Si la medicina es especializada o no, y la enfermera profesional o auxiliar, son debates que siguen vigentes. Se ensayan modelos diferentes de acuerdo a las realidades epidemiológicas, socioculturales y a la oferta y perfil profesional de cada país, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

A nivel nacional, pocos trabajos han abordado el tema de la composición de los equipos de primer nivel de atención^(4,6-7). En ningún caso se han propuesto cuáles deben ser las funciones de las distintas disciplinas en el equipo.

La composición del equipo es fundamental en los sistemas de salud, tanto por su impacto en la calidad de la atención como por los costos que genera⁽⁸⁾.

Las funciones que se asignan a una profesión, su rol social, su desarrollo y las asociaciones con otras profesiones devienen de un complejo proceso sociopolítico con múltiples actores⁽⁹⁻¹¹⁾.

En el desarrollo actual de sistemas de salud basados en la estrategia de atención primaria, se ha valorizado la práctica de la medicina generalista o medicina de familia y comunitaria. Este profesional tiene un rol fundamental en el desarrollo de los atributos de la APS. Según la organización sanitaria del país posibilita, en

mayor o menor medida, cumplir con las funciones de primer contacto (o puerta de entrada), longitudinalidad, coordinación e integralidad definidos por Barbara Starfield. Varias investigaciones han estudiado los beneficios de la atención primaria realizada por médicos de familia y comunidad^(12,13). La organización de su práctica difiere de un país a otro, pudiendo formar parte de las instituciones de salud o ejercer libremente la profesión, caso en el cual trabaja solo o asociado a otros profesionales. En algunos países asumen la atención de todas las franjas etarias, generalmente en colaboración con otras profesiones médicas, en tanto en otros atienden fundamentalmente a adultos⁽¹⁴⁾.

El Plan de Estudios de la Facultad de Medicina aprobado en 2008 privilegia la formación de profesionales con capacidad para la promoción, prevención y cuidado integral de la salud, combinando la enseñanza con la atención de salud y el aprendizaje semiológico, referidos a las personas, las familias y los grupos sociales en los lugares donde estos viven, trabajan y estudian⁽¹⁵⁾.

En ese contexto y luego de muchos años de marchas y contramarchas en la historia de la medicina familiar de nuestro país, en 2007 el originalmente denominado Departamento de Docencia en Comunidad cambia a Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, favoreciendo el reconocimiento de la especialidad con espacio académico propio. Tiene actualmente una importante participación en la formación de grado desde el inicio de la carrera de medicina y forma especialistas a través del sistema de residencias médicas o posgrado convencional (no residente), en base a un currículum de 3 años de duración. Ha tenido un importante desarrollo con la creación de las Unidades Docentes Asistenciales de primer nivel en distintos puntos del país⁽¹⁶⁾.

No se han encontrado normas que definan las funciones y actividades específicas de los médicos en Uruguay. Dentro el Programa de Formación de Especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria se establece que “el especialista en medicina familiar y comunitaria será un clínico de acción predominantemente extra hospitalaria y que tendrá un enfoque global del proceso salud enfermedad, abordando la problemática sanitaria con la comunidad” para lo cual se establece como objetivo “formar un médico con conocimientos, habilidades y actitudes certificadas que le permitan proporcionar cuidado integral y longitudinal a los individuos, familias y comunidades, desde un primer nivel de atención, trabajando de manera coordinada e integrada con un equipo de salud multidisciplinario y de manera ordenada y racional con los otros niveles de atención, haciendo énfasis en la promoción de salud, prevención de enfermedades, autocuidado y autorresponsabilización, así como también brindado una atención de elevada calidad”⁽¹⁷⁾.

La definición de las actividades que puede y/o debe realizar la medicina familiar y comunitaria en el primer nivel de atención en Uruguay contribuirá a delinear mejor la composición de los equipos de atención del primer nivel y proyectar las necesidades que puedan servir de base para las políticas de personal de la salud.

Se desarrolló un estudio exploratorio en base a consulta a expertos realizados en tres etapas. Se buscó determinar la opinión de la academia en relación a las actividades propias de la medicina familiar y comunitaria y la enfermería profesional en el primer nivel de atención en Uruguay.

Se convocó como expertos a docentes de la UDELAR, institución formadora de más del 90% de los egresados de medicina y enfermería profesional en el país⁽¹⁸⁾.

Los resultados de la primera y segunda etapa respecto a las actividades de la enfermería profesional ya fueron publicados⁽¹⁹⁾.

En este artículo se presentan los resultados de la primera y segunda etapa respecto a las actividades de la medicina familiar y comunitaria.

Su objetivo es determinar las actividades que deben o pueden desarrollar los médicos de familia y comunidad en el primer nivel de atención, en el marco de la estrategia de Atención Primaria de Salud, desde la perspectiva del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la UDELAR.

Materiales y métodos

Se realizó una investigación de tipo exploratorio y descriptivo. El universo de estudio estuvo constituido por: un profesor (G5), tres profesoras agregadas (grado 4) y 11 profesores adjuntos (grado 3), del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la UDELAR. El período de consulta a los expertos fue de enero a octubre de 2017.

Variables de estudio

Funciones y actividades* de medicina familiar y comunitaria en el primer nivel de atención.

Metodología

Se elaboró un consenso de expertos trabajando en dos etapas sucesivas.

Etapas I. Conformación del listado de actividades

Se propuso obtener un listado de actividades que deben desarrollar los médicos de familia y comunidad, en el

primer nivel de atención de Uruguay en el marco de la Estrategia de Atención Primaria de Salud.

Para esta primera etapa se generó un cuestionario semiestructurado con la suficiente amplitud para recoger opiniones de los expertos en distintas áreas de la APS.

Se diseñó un formulario a partir de 15 funciones seleccionadas (tabla 1) de las recomendaciones de OPS para los equipos del PNA⁽³⁾, adecuadas según pautas establecidas por el MSP en 2014 para la conformación y funciones de los equipos del PNA⁽⁶⁾. Se estructuró con preguntas semiabiertas en las que cada experto debía definir y fundamentar hasta cinco actividades de su profesión para cada una de las 15 funciones.

Se envió individualmente a cada experto vía correo electrónico.

Las respuestas se agruparon por función en una planilla única. Se obtuvo un listado de actividades por función.

Posteriormente se realizó:

- Identificación de respuestas con orientación a un mismo tema conceptual conformando categorías* dentro de cada función.
- Reagrupación de las respuestas según esas categorías. Las respuestas podrían incluirse en más de una categoría si se consideraba necesario ya que algunas contenían varias actividades en la misma oración.
- Síntesis mediante consolidación de respuestas similares.

En todos los casos se cuidó mantener la esencia de la respuesta de los expertos.

Etapas II. Búsqueda de consensos

El objetivo de esta etapa fue conformar un listado de actividades consensuadas y no consensuadas por las expertas.

Se realizaron dos rondas de preguntas vía correo electrónico.

Para la primera ronda se diseñó un formulario con las actividades consolidadas a partir de las respuestas obtenidas en la primera etapa. El formulario se envió individualmente a cada experta.

En esta etapa se pusieron a consideración 180 actividades.

Con las actividades que no reunieron consenso o tenían observaciones de forma, se generó un nuevo listado para ser evaluado por los expertos. En los casos de observaciones sobre aspectos de forma, se propuso un cambio en la redacción de la actividad consolidada. Se consignaron las fundamentaciones discrepantes manteniendo el anonimato de las mismas.

* En el cuestionario se usaron estos dos términos como sinónimo ya que su uso es similar como puede observarse en las siguientes definiciones de la Real Academia Española:

Función: tarea que corresponde realizar a una institución o entidad, o a sus órganos o personas.

Actividad: conjunto de operaciones o tareas propias de una persona o entidad.

* Categoría: cada una de las clases o divisiones establecidas al clasificar algo (definición de la Real Academia Española).

El nuevo formulario, se envió individualmente a cada experto, y se solicitó manifestar su acuerdo (SÍ) o desacuerdo (NO), fundamentando las respuestas.

Con las respuestas se conformó un segundo listado indicando las actividades consensuadas y no consensuadas con los principales aspectos en discusión.

Posteriormente se realizó una recategorización de las actividades relacionadas a las 15 funciones de APS, en base a 7 funciones profesionales, eliminando actividades redundantes.

En la tabla 1 se presentan las funciones exploradas en el formulario enviado a los expertos y las funciones profesionales en que se consolidaron las respuestas en la última etapa.

Resultados

Participaron en el estudio, 11 de los 15 expertos invitados. Tres profesoras agregadas (grado 4) y ocho profesores adjuntos (grado 3).

En la primera etapa se obtuvieron 513 actividades y 61 fundamentos.

La lista inicial se consolidó en 180 actividades inclusivas de todas las respuestas. De éstas, 125 obtuvieron consenso en la etapa 2 para su inclusión como actividades propias de la medicina familiar y comunitaria. Las restantes 55 no fueron consensuadas.

La recategorización en siete funciones profesionales permitió eliminar las actividades que se repetían en distintas funciones de la APS.

En la tabla 2 se presentan 58 actividades consensuadas a partir de esta categorización.

Además de las actividades especificadas en la tabla 2, se expresaron algunos aspectos conceptuales y metodológicos en relación a las diferentes funciones que no fueron incluidas en el proceso de consenso, pero son resultados relevantes para representar la opinión de los expertos sobre el quehacer disciplinar.

Algunos de estos aspectos fueron:

“Promover la distribución de roles, dentro del equipo, de acuerdo a los perfiles y competencias dentro del equipo de salud.”

“Conocer a sus pacientes y ser conocido por la comunidad como parte de ésta en tanto médico integrado en la dinámica social y territorial (no solo presente en el servicio de salud).”

“Mejorar la confianza de la población sobre los servicios de primer nivel de atención. Utilizar herramientas de abordaje familiar.” “Escuchar a los pacientes para conocer y comprender mejor sus pautas culturales y sus formas de concebir la salud y la enfermedad.”

“Diferenciar consulta programada y a demanda, para satisfacer distintas necesidades de los usuarios.”

“Abogar por la comprensión de las competencias y roles entre los médicos de familia y comunidad y otros

especialistas teniendo como objetivo la construcción de procesos de trabajo en equipo y en red.”

“Identificar temas en que hay necesidad de desarrollar investigaciones locales, a partir de la práctica clínica, discusión de casos, reuniones de equipo, etc.”

Los principales disensos se ubican en torno a la delimitación de las actividades de gestión y ciertas prácticas comunitarias. A continuación, se describen estas prácticas y se agregan citas ilustrativas.

La mayoría estuvo de acuerdo en la participación en la gestión de servicios de salud como contribución, pero no como función específica:

“Contribuir a la gestión del servicio de salud. Contribuir a la integración de los principios de la atención primaria en la gestión de los servicios, involucrarse en la gestión del servicio... todo eso sí. Pero gestionar el centro de salud, a secas, resulta excesivo.”

El liderazgo del equipo por el profesional de medicina familiar y comunitaria, señalado como competencia por algunos, también fue cuestionado:

“Podría liderar, pero pueden existir otros técnicos con las competencias adecuadas para liderar el proceso”. “No necesariamente”. “En conjunto con otros integrantes”. “Entiendo que la medicina familiar y comunitaria puede y debe liderar el trabajo de los equipos de salud”.

Finalmente, se presentan precisiones realizadas en relación al uso de algunos términos que denotan énfasis conceptuales. Pueden traducir falta de consenso dentro de la MFYC o preocupaciones que trascienden a la propia especialidad.

Algunos manifiestan preocupación por evitar términos paternalistas y estigmatizantes de la población o sus conductas como “educar”.

“Sí, contribuir al conocimiento y mutuo proceso educativo. Los médicos no debemos caer en la soberbia de pensar que educamos a las personas que atendemos o (con quienes) nos vinculamos. Contribuimos.”

Se discute la pertinencia de la expresión “cuidados básicos”, que puede sugerir baja complejidad, en el entendido de que la atención en el primer nivel no es tal, sino lo contrario.

Aunque estuvo presente el concepto “factores de riesgo”, también fue explícitamente cuestionado en favor de “vulnerabilidad”:

“Si bien el discurso general ha evolucionado y se pretende hablar de determinantes de la salud, en la práctica se sigue focalizando el problema en los individuos donde se coloca al factor de riesgo y, lamentablemente, esto se traduce luego en acciones que se focalizan en los sujetos a los que se pretende cambiar, sin tomar en cuenta que muchos de los cambios deseables no son posibles, simplemente porque la persona no tiene el nivel de autonomía suficiente para lograrlo, debido al contexto próximo o estructural”, “El concepto que se ha desarro-

Tabla 1. Listado de funciones exploradas en el Formulario N°1 y listado de funciones profesionales utilizado para consolidar las actividades.

<i>Funciones de los equipos de Primer Nivel de Atención exploradas en el Formulario N° 1</i>	<i>Funciones profesionales seleccionadas para la consolidación de actividades</i>
1. Elaborar un análisis de la situación de salud participativo que contemple el perfil de salud de la población a cargo, según edad, sexo, patología crónica, determinantes sociales y principales necesidades en salud.	1. Diagnóstico de salud y planificación.
2. Planificar las actividades tomando en cuenta las necesidades detectadas y los recursos existentes propios y de la comunidad	
3. Aplicar estrategias para reducir las barreras de acceso y ampliar la cobertura.	2. Proceso asistencial a individuos, familias y comunidades.
4. Ser la puerta de entrada al sistema de salud.	3. Organización y coordinación del proceso asistencial
5. Realizar promoción de la salud desde un abordaje individual, familiar y comunitario	
6. Realizar prevención de la enfermedad desde un abordaje individual, familiar y comunitario	
7. Brindar tratamiento y rehabilitación a las patologías de baja complejidad tecnológica y mayor frecuencia de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible.	
8. Brindar cuidados paliativos.	
9. Realizar el seguimiento de la demanda de atención de la población a cargo a lo largo del curso de vida, cumpliendo con la referencia y contrarreferencia y con la adecuada gestión de casos.	
10. Coordinar acciones interinstitucionales e intersectoriales para el abordaje de los determinantes sociales de salud.	4. Gestión de recursos.
11. Organizar los recursos logrando la mayor eficiencia y eficacia en su utilización.	5. Coordinación intersectorial y participación comunitaria.
12. Coordinar la utilización de recursos institucionales, interinstitucionales intersectoriales.	
13. Rendir cuentas de la utilización de los recursos mediante indicadores de gestión.	
14. Apoyar y participar en el proceso de educación permanente de los miembros del equipo.	6. Docencia.
15. Producir nuevos conocimientos para la atención primaria en salud.	7. Investigación.

Del documento de OPS no se incluyeron explícitamente: Facilitar y promover la participación social en salud (F6), incorporar criterios de equidad en las propuestas programáticas (F9) Promover y fortalecer políticas públicas y marco legal del sector Salud (F7) y establecer planes de organización para prevenir y mitigar emergencias y desastres (F14)

llado como alternativa a factores de riesgo es el de vulnerabilidad. Si en lugar de identificar factores de riesgo de las patologías prevenibles nos planteamos identificar la población vulnerable para las patologías prevenibles, es diferente. Nos cambia la mirada, y nos cambia luego la forma de abordar, y podemos plantearnos acciones tanto de prevención como de promoción de salud, que estarán orientadas hacia poblaciones y entornos, más que hacia individuos, y que sabemos que son más efectivas.”

Discusión

El conjunto de actividades consensuadas muestra una gama de tareas y ámbitos de trabajo que dan cuenta

de la amplitud de competencias de los profesionales, así como de la complejidad y diversidad del campo de acción de la especialidad. El alto nivel de consenso en torno a actividades y funciones diversas muestra un perfil consolidado en una especialidad relativamente reciente en Uruguay que ha construido un perfil propio, característico y distintivo dentro del ámbito médico, así como también comparativamente con la especialidad en otros países de la región, que trasciende ampliamente las funciones clínicas. A partir del resultado obtenido sería interesante realizar otros estudios que permitan análisis comparados entre diversos países^(13,14).

Tabla 2. Actividades de medicina familiar y comunitaria en el Primer Nivel de Atención

Categoría 1. Diagnóstico de Salud y Planificación (11 actividades).

- Planificar el Análisis de Situación de Salud Participativo (ASSP).
- Participar en la delimitación del territorio a cargo del equipo de salud.
- Estimular la participación de todo el equipo y la población en el ASSP.
- Liderar y organizar el equipo que realizará el ASSP en conjunto con otros integrantes.
- Participar en el procesamiento, análisis e interpretación de datos.
- Participar en la difusión de los resultados del ASSP.
- Realizar una planificación estratégica local acorde a los recursos.
- Establecer prioridades según necesidades y problemas detectadas en el ASSP con participación del equipo de salud, de los usuarios e instituciones de la zona.
- Elaborar objetivos y metas en base a los problemas priorizados.
- Elaborar líneas de actuación, programas y actividades para el cumplimiento de las metas y objetivos, que incluyan la evaluación de logros.
- Participar en la evaluación de cada etapa del plan y en el rediseño de las estrategias cuando es necesario.

Categoría 2. Proceso asistencial a individuos familias y comunidades (9 actividades).

- Realizar y coordinar actividades de educación para la salud en el ámbito de la consulta, en domicilio y en la comunidad.
- Orientar a usuarios, familias y comunidades en el cuidado de la salud, priorizando acciones según etapas del ciclo vital familiar e individual y según problemática social en la zona de trabajo del equipo.
- Realizar actividades de prevención en el consultorio, en domicilio y en la comunidad teniendo en cuenta enfermedades prevalentes e historia familiar.
- Brindar una atención médica integral, continua y longitudinal a las personas y familias durante todo su ciclo de vida y en diferentes ámbitos (consultorio, domicilio, trabajo, etc.).
- Realizar seguimiento del paciente incluso cuando esté siendo atendido en otros niveles.
- Establecer diagnósticos médicos e indicar tratamientos adecuados, informado al paciente y familia de los procedimientos que se le van a realizar.
- Realizar periódicamente revisión de historia clínica y actualización de lista de problemas, llevando un registro clínico familiar.
- Realizar el acompañamiento y alivio de síntomas del paciente en cuidados paliativos, brindando información durante el proceso, adecuando las consultas en servicio o en domicilio, para garantizar una vivencia digna de esta etapa situación.
- Brindar información y apoyo a sus pacientes y ayudarlos en el tránsito por las diferentes estructuras del Sistema de Salud.

Categoría 3. Organización y coordinación del proceso asistencial (9 actividades)

- Establecer criterios de asistencia en el equipo para optimizar los servicios y promover la accesibilidad.
- Usar y promover el uso de la comunicación a distancia con los pacientes, sea por teléfono, mensajería o redes.
- Informarse y gestionar los recursos disponibles para los tratamientos.
- Promover el sistema de prescripción programada para personas con uso crónico de medicación.
- Promover la prescripción prudente evitando la polifarmacia.
- Mantenerse informado sobre el lugar al que referir al paciente en caso de necesitarlo.
- Realizar las interconsultas, coordinaciones y derivaciones necesarias para brindar una mejor calidad de atención con una referencia clara y concisa.
- Brindar información correcta y coherente a los profesionales que participen en el tratamiento del paciente.
- Registrar adecuadamente la actividad asistencial, comunitaria, docente, académica y de investigación durante el trabajo.

Categoría 4. Gestión de Recursos (8 actividades)

Participar en la identificación de recursos propios, interinstitucionales e intersectoriales en el territorio, que pueden contribuir a la solución de los problemas.

Promover la conformación de equipos de trabajo interdisciplinarios con asignación de territorio y población definida.

Propiciar la constitución de un equipo de trabajo, que permita la realización de la mayor cantidad de acciones pertinentes, a nivel domiciliario.

Promover la distribución de tareas que potencien las competencias específicas de cada integrante del equipo.

Promover la reunión de equipo de la policlínica como espacio de gestión.

Definir o participar en la definición de indicadores que describan la realidad local y midan aspectos cuanti cualitativos, contribuyendo a la mejora del servicio.

Brindar información a los gestores que permita determinar los recursos necesarios en cantidad y calidad.

Participar en la evaluación de recursos

Categoría 5. Coordinación intersectorial y participación comunitaria (8 actividades)

Contribuir a la formación de agentes comunitarios.

Informar a la población sobre los servicios de salud que se brindan y educar sobre su correcta utilización.

Promover la participación comunitaria y la interacción con la comunidad manteniendo un vínculo y comunicación fluido con los distintos actores implicados.

Promover la creación de comisiones y/o grupos de trabajo con usuarios para aportar a la comprensión y análisis de las dificultades de acceso a los servicios y mejorar el vínculo con el equipo de salud.

Informarse de los recursos comunitarios e interinstitucionales de cada zona y de los principales problemas de salud de la comunidad donde actúa.

Participar en la coordinación interinstitucional e intersectorial y promover la comunicación y complementación de la red.

Impulsar con las redes locales actividades de promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnóstico de diferentes problemas de salud y seguimiento de situaciones complejas.

Participar en la gestión asistencial movilizand recursos institucionales y de la comunidad.

Categoría 6. Docencia (6 actividades).

Identificar y definir con el equipo las expectativas y necesidades de formación de sus integrantes.

Promover y apoyar la participación en instancias formativas que generen la institución u otras organizaciones e instituciones académicas.

Programar instancias de capacitación con el equipo de salud o integrado a otros sectores y a la comunidad, contribuyendo como docente cuando sea necesario.

Capacitarse en forma permanente para trabajar en primer nivel manteniendo los conocimientos actualizados y desarrollando las competencias necesarias.

Realizar auditorías de HC con criterio formativo.

Realizar evaluación continua y sumativa de los programas de formación.

Categoría 7. Investigación. (7 actividades)

Realizar registros lo más completos posibles para mejorar la atención del paciente y su posterior utilización en investigaciones.

Identificar temas en que hay necesidad de desarrollar investigaciones locales.

Realizar la consulta de bases bibliográficas y artículos científicos y promover esta práctica en el equipo.

Diseñar e implementar protocolos de investigación que atiendan a las necesidades detectadas, fomentando la participación de distintos actores.

Participar en protocolos de investigación multicéntricos cuando se considere oportuno de acuerdo a las necesidades de la población y recursos del servicio.

Difundir en el equipo local y la comunidad los avances y resultados en la producción de conocimientos.

Aplicar resultados de investigación para mejorar la calidad de la atención.

Se observó que los expertos comparten el marco conceptual de la APS^(5,12,20), particularmente la visión de la APS renovada que enfatiza el papel de los servicios de salud en el desarrollo de la estrategia. Reconocen la importancia de desarrollar un primer nivel que atienda las necesidades de la población, sea resolutivo, brinde atención accesible, integral, longitudinal y continua, con enfoque familiar y comunitario. En la mayoría de las actividades se subraya el trabajo en equipo, la participación e involucramiento de la población. El trabajo interinstitucional e intersectorial se plantea especialmente para el abordaje de los determinantes sociales y la complementación de recursos. Las actividades de capacitación e investigación contemplando la realidad local y las necesidades de los equipos y la población fueron incluidas dentro de las actividades de la especialidad.

Las diversas actividades asistenciales incorporadas encuentran aspectos transversales consensuados y jerarquizados. Ellos son el vínculo, la incorporación del fundamento científico sin perder de vista las características peculiares de la población, y la perspectiva de derechos.

El vínculo surge como insumo esencial del proceso de atención, desarrollado en el mutuo reconocimiento, desde lo comunitario hasta la relación médico-paciente, en una dimensión ampliada a equipo-de-salud-médico/usuario-familia-comunidad. La persona aparece como sujeto de derecho y participante del proceso, más que como paciente.

La gestión clínica aparece como parte de las actividades de la medicina familiar y comunitaria pero no hubo consenso sobre el papel en la gestión de los servicios. En ningún caso se señalaron como actividades propias el control o la supervisión. Las actividades de organización fueron escasas y más dirigidas a definir el “cómo” que a implementarlas. Esto marca una diferencia con las actividades reconocidas como propias por enfermería en el primer nivel, según surge de la misma investigación, tal como fue comunicado en artículo ya publicado⁽¹⁹⁾.

Actividades de gestión institucional fueron identificadas como propias. Esto podría resultar contradictorio con lo previo, pero podría explicarse por una institucionalidad poco presente en el territorio, que deja espacios de decisión para los profesionales, así como por la necesidad de la medicina familiar y comunitaria de incorporar su marco conceptual⁽¹⁸⁾ en servicios e instituciones donde muchas veces el primer nivel no cuenta con una forma de trabajo estandarizada.

Respecto a la coordinación interinstitucional y el trabajo comunitario, algunos expertos pusieron mayor énfasis en la participación de los médicos en estas actividades que otros y no acordaron sobre varias actividades como “trabajo con grupos” o “jornadas con la po-

blación”. Los aspectos no consensuados podrían estar expresando la coexistencia de diferentes modelos sobre el deber ser del médico de familia “clínico/gestor/comunitario”, en los cuales se prioriza uno u otro de estos ámbitos de su accionar.

El proceso de esta investigación permitió identificar cierta tensión en torno al rol de la medicina familiar y comunitaria en el SNIS, manifestada entre otros aspectos, por la necesidad de trabajar con otros profesionales médicos para mejorar la comprensión de su rol y aprendizaje compartido, hecho que también se ha identificado en el contexto de otros países^(12,13).

Conclusiones

Las actividades que los médicos de familia y comunidad pueden realizar en el primer nivel de atención y reconocen como propias, incorporan el marco conceptual de la APS como matriz fundamental.

Esto dota de especial relevancia a la medicina familiar y comunitaria como especialidad integrante de los equipos del primer nivel e impulsora del cambio de modelo de atención propuesto por el SNIS.

La presencia de discusiones conceptuales sobre el deber ser de la profesión y de la APS, reafirman la importancia de esta especialidad en el aporte de elementos críticos necesarios en esta construcción.

La profundización de políticas tendientes a aumentar la dotación de estos profesionales podría mejorar las funciones del primer nivel de atención y su desarrollo basado en APS. Este trabajo, junto con otros determinantes, constituye un insumo a considerar en las políticas asistenciales y la planificación estratégica de los recursos humanos para la salud.

Establecer las funciones y actividades de la profesión en relación a otras profesiones del equipo podría enriquecer este proceso y potenciar el desarrollo de disciplinas y especialidades involucradas. Particularmente para enfermería se cuenta con un avance de investigación equivalente al que este artículo comunica sobre medicina familiar y comunitaria⁽¹⁹⁾. Estos resultados se ofrecen como insumo y oportunidad para profundizar en la identificación de funciones y actividades propias y compartidas desde un plano práctico y dialógico que emerge como recomendación de este trabajo.

Summary

Objective: to define the activities that family and community doctors should or could conduct in Primary Health Care (PHC), within the framework of the Primary Health Care Strategy in Uruguay.

Method: exploratory study consulting expert from academia, in two stages

Results: eleven experts on family and community

medicine from the University of the Republic in Uruguay participated in the study. The main results consisted in the achievement of a national consensus on the activities that family and community medicine must or may conduct in primary health care.

Conclusions: family and community doctors take part in several clinical and management activities with a family and community perspective. Differences arise in connection with the approach to community activities they should conduct.

Establishing family and community medicine activities will enable to better define their role in the health team and to encourage their development.

Resumo

Objetivo: determinar quais são as atividades que os médicos de família e comunidade devem ou podem desenvolver no Primeiro Nível de Atenção (PNA), no âmbito da estratégia de Atenção Primária à Saúde (APS), no Uruguai.

Método: estudo exploratório de consulta com especialistas da academia, em duas etapas.

Resultados: participaram onze especialistas em medicina familiar e comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade da República Oriental do Uruguai. Os principais resultados consistiram na obtenção de um consenso nacional sobre as atividades que a medicina familiar e comunitária deve ou pode desenvolver no primeiro nível de atenção.

Conclusões: os médicos de família e comunidade integram várias atividades clínicas e de gestão com uma abordagem familiar e comunitária e gestão clínica. Observam-se diferenças na abordagem das atividades comunitárias que devem ser desenvolvidas. O estabelecimento das atividades da medicina familiar e comunitária definirá melhor seu papel na equipe de saúde e potencializará seu desenvolvimento.

Bibliografía

- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Transformar el futuro: metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: MSP, 2011. Disponible en: https://www3.paho.org/uru/index.php?option=com_document&view=document&layout=default&alias=338-transformar-el-futuro-msp-libro-reforma&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307 [Consulta: 8 agosto 2021].
- Ley 18211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Ley 18211. Montevideo, 13 de diciembre de 2007. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007> [Consulta: 8 agosto 2021].
- Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud: estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. (La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 1). Washington, DC: OPS, 2008.
- Rodríguez V, Barrios A. El equipo de Salud en el ámbito comunitario. Propuesta de discusión en el marco del proceso de Regionalización. [Monografía de grado]. Montevideo: UDELAR, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria, 2007.
- Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Washington, DC: OPS, 2007.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Sistema Nacional Integrado de Salud. División Recursos Humanos. Equipos de salud del primer nivel de atención (DT 01/14). Montevideo, Uruguay: MSP, 2014. Disponible en: www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/equipos-de-salud-del-primer-nivel-de-atencion [Consulta: 8 agosto 2021].
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Reestructura del primer nivel de atención. Mercado de trabajo del sector salud. (Documentos de trabajo de Economía de la Salud n°3/06). Montevideo: MSP, 2006. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/reestructura-del-primer-nivel-de-atencion> [Consulta: 8 agosto 2021].
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. A diez años de iniciada la reforma sanitaria: evaluación y desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Jornadas de Intercambio. Montevideo: MSP, 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/10-anos-sistema-nacional-integrado-salud-evolucion-desafios-snis> [Consulta: 8 agosto 2021].
- Rovere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. 2 ed. Washington, DC: OPS, 2006. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51595> [Consulta: 8 agosto 2021].
- Fernández Pérez J. Estructura y formación profesional: el caso de la profesión médica. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Filosofía y Letras, Dirección de Fomento Editorial, Centro de Estudios Universitarios, 2002.
- Freidson E, de Miguel Rodríguez J. La Profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Península, 1978.
- Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios e tecnología. Brasil: UNESCO, 2002.
- Campos GW. El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil. Rev Bras Epidemiol 2005; 8(4):477-83. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/k6r6JQqsNxBTn-fRyVTnDKKM/?format=pdf&lang=es> [Consulta: 8 agosto 2021].
- Fernández del Río M. La medicina de familia en seis países europeos. Aten Primaria 2010; 42(12):620-5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656710001496> [Consulta: 8 agosto 2021].
- Uruguay. Universidad de la República. Facultad de Medicina. Grupo Misión y Perfil por competencias. Perfil del médico. Montevideo: Facultad de Medicina, 2006. Disponible en: <http://www.fmed.edu.uy/institucional/perfil-del-medico> [Consulta: 8 agosto 2021].

16. Uruguay. Universidad de la República. Facultad de Medicina. Formación de recursos humanos para el primer nivel de atención, utilizando la estrategia de atención primaria en salud. Montevideo: s.n, 2009.
17. Bielli H. Programa de formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria. Aprobado por la Escuela de Graduados en julio de 2003 surgido del informe de la Comisión ad-hoc de agosto de 2001. Resolución del Consejo de Facultad de Medicina N° 4 del 16/7/03. Montevideo. Facultad de Medicina, 2003. Disponible en: http://www.egradu.fmed.edu.uy/sites/www.egradu.fmed.edu.uy/files//Programa_de_post-gradados/Especialidades/MEDICINA%20FAMILIAR%20Y%20COMUNITARIA.pdf [Consulta: 8 agosto 2021].
18. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud. Situación de los Recursos Humanos en Salud del Uruguay. BE 01/14. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/situacion-de-los-recursos-humanos-en-salud-de-uruguay> [Consulta: 8 agosto 2021].
19. Harispe E, Cavalleri F, León I. Actividades de enfermería profesional en los equipos de primer nivel de atención de Uruguay. *Rev Méd Urug* 2020; 36(1):20-7. Disponible en: <https://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/485> [Consulta: 8 agosto 2021].
20. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Montevideo: nuevas orientaciones de la APS, 2005. Washington, DC: OPS, 2005. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-montevideo-nuevas-orientaciones-atencion-primaria-salud-2005> [Consulta: 8 agosto 2021].

Contribución de autores

Todos los autores participaron en igual medida en las distintas etapas de elaboración del artículo

Estela Harispe, ORCID 0000-0001-5790-6688

Fiorella Cavalleri, ORCID 0000-0002-0028-3544

Jacqueline Ponzo, ORCID 0000-0002-8329-7430

Ima León, ORCID 0000-0001-5854-6362