



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA ENFERMERÍA COMUNITARIA**



PERCEPCIÓN DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD, RELACIONADO A LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS EN EL MODELO ACTUAL

Autoras:

Magdalena Blanc
Gloria Chavasco
Eliana Eulacio
Ivana Figueroa
Patricia González

Tutores:

Prof. Agda. Lic. Enf. Esther Lacava
Prof. Agda. Lic. Enf. Alicia Guerra

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2016



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



Agradecimientos

Agradecemos:

- 🎬 A nuestra Facultad, por darnos la oportunidad de estudiar.
- 🎬 A nuestras tutoras, quien nos fueron de guía para culminar la investigación.
- 🎬 A quienes contribuyeron en nuestra educación a lo largo de la carrera.
- 🎬 A aquellas personas de una u otra manera colaboraron o participaron en la elaboración de esta investigación.
- 🎬 A nuestras familias por darnos fuerzas y ayudarnos a continuar cada vez que nos desmotivábamos a alcanzar las metas, porque son y serán el estímulo principal para lograr los objetivos.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Formulación problema.....	5
Objetivos.....	5
Fundamentación.....	6
Antecedentes.....	8
Marco teórico.....	10
Aspectos metodológicos.....	19
Aspectos éticos.....	25
Presentación de datos.....	26
En suma.....	30
Análisis.....	31
Conclusión.....	34
Sugerencias.....	35
Referencias bibliográficas.....	36
Anexos.....	37



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



Resumen

El objetivo del estudio fue conocer la percepción de los integrantes del equipo de salud, relacionado al modelo de atención que se brinda al usuario, en el tiempo comprendido entre 7 al 11 de noviembre del 2016 en el Centro de Salud del Primer Nivel de Atención dependiente de la RAP Metropolitana de ASSE.

Se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva de corte transversal. La población objeto fueron los integrantes del equipo de salud del primer nivel. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue un cuestionario al cual se aplicó a los integrantes del equipo de salud que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron formar parte de la investigación.

En dicho instrumento se utilizó una variable compleja midiendo de esta forma la percepción de los integrantes del equipo de salud relacionado a la atención de los usuarios en el modelo actual.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



Introducción

El presente estudio fue realizado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, correspondiente al Trabajo Final de Investigación. La finalidad del mismo fue conocer la “Percepción de los integrantes del equipo de salud, relacionado a la atención del usuario en el modelo actual” en un centro de salud del primer nivel de atención de Montevideo dependiente de RAP Metropolitana de ASSE.

Esta investigación es un estudio descriptivo, cuantitativo y de corte transversal en el cual se plantean variables simples y una compleja para recabar diversos datos. En primer lugar, aquellos que tienen que ver con la caracterización de la población; y en segundo lugar, los que tienen que ver con la percepción de los integrantes del equipo de salud relacionado a la atención del usuario en el modelo actual.

Para la recolección de datos se realizó un cuestionario a los diferentes integrantes del equipo de salud que se encontraban trabajando, en el Centro de Primer nivel de atención dependiente de la RAP Metropolitana de ASSE. Esta instancia se llevó a cabo en el periodo comprendido entre el 7 al 11 de noviembre del 2016 en los turnos de la mañana y la tarde.

Mediante el análisis de los datos desprendidos de las 39 entrevistas realizada, se logró cumplir con los objetivos planteados.

Palabras claves:

- 🎬 Percepción
- 🎬 Equipo de salud
- 🎬 Atención del usuario
- 🎬 Modelo de atención.



Formulación del problema:

¿Cuál es la percepción de los integrantes del equipo de salud, relacionado a la atención que se brinda al usuario en el modelo de atención actual en el Centro de Salud del Primer Nivel de Atención dependiente de la RAP Metropolitana de ASSE en el periodo comprendido del 7 al 11 de noviembre del 2016 en los turnos de la mañana y la tarde?

Objetivos:

Objetivo general:

Conocer la percepción de los integrantes del equipo de salud, relacionado al modelo de atención que se le brinda al usuario, en el tiempo comprendido del 7 al 11 de noviembre del 2016 en el Centro de Salud del Primer Nivel de Atención dependiente de la RAP Metropolitana de ASSE.

Objetivos específicos:

- Caracterizar los integrantes del equipo de salud encuestados según siguientes variables:
 - Genero
 - Edad
 - Tiempo trabajado en el servicio
 - Profesión
 - Capacitación sobre el modelo de atención actual.
- Identificar la Percepción de los integrantes del equipo de salud, relacionado al modelo de atención que se le brinda al usuario, según:
 - Enfoque integral
 - Prevención de enfermedad
 - Promoción de salud
 - Atención de forma continua
 - Seguimiento en el proceso salud-enfermedad



Fundamentación

Si miramos la historia de nuestro sistema de salud, durante décadas la política sanitaria de nuestro país funcionaba de forma medianamente aceptable. El sistema se estructuraba sobre tres fuertes pilares:

- El sector mutual ofrecía oportunidades de acceso económico a una atención de calidad por medio del pago de una módica cuota, o por medio de Seguridad Social, que facilitaba el acceso a los mutuales que estaban habilitadas a contratar con el BPS.
- Los servicios de salud públicos, que garantizaban la atención a quienes carecían de recursos económicos.
- Seguros privados, integrales y parciales, con fines de lucro y de muy baja cobertura poblacional.

Muchos de los supuestos, sobre los cuales funcionó ese modelo quedaron en el pasado ya que los indicadores sociales de pobreza y exclusión nos permiten visualizar dónde se concentran los problemas de la sociedad uruguaya. Pero además, fundamentalmente, la transformación demográfica y epidemiológica, que cada vez se alejaba más, a este modelo de atención curativo y tecnológico, de las verdaderas necesidades de salud de la población.

La atención de la Salud en Uruguay esta basaba en múltiples servicios centrados en la atención de la enfermedad no articulados entre sí, con marcada inequidad en la asignación de los recursos financieros, materiales y humanos.

La Reforma de la Salud no es un proceso automático vinculado sólo a la correlación de fuerza a nivel parlamentario, que sólo con la aprobación de las leyes transformó rápidamente la realidad.

La transformación del Sistema de Salud es un proceso complejo, que implica: Estudios, Acuerdos, Conflictos y Negociaciones.



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.

La estrategia de la Reforma del Sistema de Salud se basa en tres pilares:

- Cambio de modelo de gestión: Articulación de servicios de salud públicos y privados, integrados en red con un órgano central de gobierno. Niveles de atención definidos e interrelacionados. Con la participación de todos los actores del proceso, creando la Junta Nacional de Salud (JUNASA).
- Cambio de modelo de financiamiento: Se crea el Seguro Nacional de Salud, fondo al que contribuyen; el Estado, las empresas privadas, y el aporte del trabajador, con el importe del Fondo Nacional de Salud (FONASA) en forma proporcional a su cargo y quienes perciben rentas, de acuerdo a sus ingresos, además de las partidas presupuestales y extra presupuestales que le asignen.
- Cambio de modelo de atención: Es la renovación de la Atención Primaria en Salud, realizando un trabajo en redes con sistemas integrados. Basándose en una atención integral y alejándose de la atención curativa, hospitalo-céntrico.

Siendo el equipo de salud de primer nivel de atención, el que está en contacto directo con la comunidad, es el que puede percibir si los cambios que se plantean en el modelo de atención son reales, con respecto al sistema anterior, según su experiencia diaria en el Centro de Salud.

Por esta razón consideramos la importancia de abordar dicho tema, ya que los integrantes del equipo de salud del primer nivel de atención, son los que llevan a cabo la aplicación del modelo actual en relación a la atención del usuario, a su vez son los que perciben modificaciones del mismo.



Antecedentes

No se obtuvo ningún antecedente a nivel nacional; mientras que a nivel regional se obtuvieron dos antecedentes:

1. Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia ¹
 - a. **Objetivo:** Evaluar la experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria en Salud (mapis) en zonas predominantemente rurales en Santander, Colombia.
 - b. **Metodología:** se utilizó el modelo re-aim por medio de sus cinco dimensiones: Cobertura, Efectividad, Adopción, Implementación y Mantenimiento. En el proceso se usaron métodos mixtos que incluyeron estudios de caso y evaluación cuantitativa del desempeño y resultados en salud en seis municipios. **Resultados:** Se encontró una cobertura y desarrollo heterogéneo de la implementación del mapis a nivel municipal. La calificación de los atributos del mapis y la percepción del estado individual de salud fue más favorable en los municipios con mayor desarrollo del mapis. Sin embargo, no se evidenciaron cambios en los indicadores básicos de salud atribuidos al mapis. Se identificaron debilidades en la continuidad operativa del modelo y en la articulación con otras estrategias intersectoriales. **Conclusiones:** Aunque se evidenciaron algunos resultados intermedios positivos en los municipios de mayor desarrollo del mapis, en general el

Impacto del nivel de desarrollo del mapis en términos de mejoramiento de los indicadores básicos de salud no se evidencia aún en esta primera evaluación y diversos factores organizacionales de carácter departamental y municipal, así como la misma estructura del sistema de salud colombiano, ponen en riesgo su continuidad.

¹Rodríguez-Villamizar L, Ruiz-Rodríguez M, Acosta-Ramírez N. Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia. Revista Facultad Nacional De Salud Pública [serial on the Internet]. (2016, Jan), [cited August 10, 2016]; 34(1): 88-95. Available from: AcademicSearch Complete



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



2. Experiencia de implementación de la estrategia de atención primaria en salud en la localidad de Bosa²
 - a. Con el objetivo de describir la forma en que se implementó la estrategia de APS en el Hospital Pablo VI Bosa (HPVI) y los factores favorecedores y limitantes de dicha implementación, se realizó un análisis cualitativo de material documental, entrevistas a profundidad con actores institucionales y talleres con funcionarios y comunidad. A partir de la triangulación de información se estructuró una síntesis narrativa que describe la experiencia en la localidad. Dentro de los principales hallazgos se encuentra una interesante apuesta del modelo de gestión que visualiza a la APS como estrategia central y la complementa con otras estrategias propuestas por el Distrito para la ejecución de su política pública, se destaca el fortalecimiento de las dinámicas comunitarias que aunque, limitadas mayoritariamente a lo institucional, han sido significativas en materia de sostenibilidad. Los factores favorecedores y limitantes identificados son de diversa índole, pero todos ellos relacionados con la forma de ejecutar la política pública y las dinámicas institucionales.

² Mosquera P, Hernández J, Vega-Romero R, Junca C. Experiencia de implementación de la estrategia de atención primaria en salud en la localidad de Bosa. Revista Gerencia Y Políticas De Salud [serial on the Internet]. (2011, July), [cited August 10, 2016]; 10(21): 124-152. Available from: Academic Search Complete.



Marco teórico

Percepción: Conocimiento, aprehensión de conceptos de ideas. Proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización. En la percepción se ponen en juego referentes ideológicos y culturales que reproducen y explican la realidad, que son aplicados a las distintas experiencias cotidianas para ordenarlas y transformarlas. Cabe resaltar que uno de los elementos importantes que definen a la percepción es el reconocimiento de las experiencias cotidianas. El reconocimiento es un proceso importante involucrado en la percepción, porque permite evocar experiencias y conocimientos previamente adquiridos a lo largo de la vida con los cuales se comparan las nuevas experiencias, lo que permite identificarlas y aprenderlas para interactuar con el entorno.³ Según la psicología clásica de Neisser, la percepción es un proceso activo-constructivo en el que el preceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite constatar un estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema. ⁴ Unos de los métodos para poder medirla es la **escala de Likert** que contraen medir actitudes y conocer el grado de conformidad del encuestado con cualquier afirmación que le proponamos, resulta útil emplearla en situaciones en las que queremos que la persona matice su opinión. En este sentido, las categorías de respuesta nos servirán para capturar la intensidad de los sentimientos del encuestado hacia dicha afirmación.

Salud: “La salud como categoría biológica y social constituye una unidad dialéctica resultado de la interpelación de los individuos con su medio, condiciona

³ <http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alt8-4-vargas.pdf>

⁴PEREIRA, Francisco. PERCEPCIÓN, CONTENIDO INTENCIONAL Y SINGULARIDAD. Rev. filos. [online]. 2008, vol.64, pp. 143-161. ISSN 0718-4360. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-43602008000100010>.



niveles de bienestar y permite a los individuos y a los grupos de cumplimiento de su rol social y está condicionada a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad, constituye un derecho y un inestimable bien social” (Hugo Villar)⁵

Atención Primaria en Salud (APS): La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte tanto de los sistemas nacionales de salud, de los que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.⁶

Primer nivel de atención: Conjunto de recursos y procedimientos tecnológicos, organizados para resolver las necesidades básicas y las demandas más frecuentes en la atención de la salud en una población dada. Constituye la puerta de entrada y el primer contacto de la población con el sistema de salud. Un funcionamiento adecuado del primer nivel, unido a un relacionamiento armónico con los otros niveles, le permite resolver a nivel local un elevado porcentaje de problemas de salud, seleccionando y derivando los casos que requieren otros niveles de atención.⁷

Atención familiar y comunitaria: La atención familiar y comunitaria es la que presta el conjunto de servicios y profesionales que, desde una situación de proximidad a la población, enfocan sus actuaciones bajo una triple perspectiva: personal, familiar y colectiva, con una orientación estratégica hacia la mejora de la salud a través del abordaje de los problemas y necesidades existentes. La atención familiar y comunitaria se desarrolla esencialmente en el marco de la APS y constituye su elemento nuclear de intervención.⁸

⁵Villar H. Gestión de servicios de salud. Montevideo: Zona Editorial; 2012.

⁶ OPS. “Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS”. Washington, D.C: OPS, 2008. Pág. 14

⁷ Bases para un Programa de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. FEMI-Piriapolis, 2005.

⁸Zurro, AM; Solà, GJ; Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. ELSEVIER, Madrid, España: 2011. P5-16.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



Promoción de salud: Como disciplina de estudio, práctica y acción, se define como el proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y las capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla.⁹

Prevención de enfermedad y niveles de promoción: Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas. La prevención de la enfermedad es una estrategia de la atención primaria, que se hace efectiva en la atención integral de las personas. Esta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del Sistema Nacional de Salud. La prevención implica promover la salud así como diagnosticar y tratar oportunamente a la persona, también rehabilitarla y evitar complicaciones o secuelas de su padecimiento, mediante sus diferentes niveles de intervención.¹⁰

Equipo de Salud: La constitución de un equipo de salud no se logra mediante la mera yuxtaposición física de sus componentes y actividades; es necesario que asuman objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y un conjunto de tareas, basándose en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades compartidas de acuerdo a la capacitación técnica de los profesionales de salud que lo integran, en lugar de basarse en una línea jerárquica vertical.¹¹ El equipo de atención primaria en salud es un grupo de profesionales que brindan servicios de salud en la

⁹ 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

¹⁰OMS. Glosario de promoción de la Salud, Ginebra 1998

¹¹Fortuna, Cinira M.; Mishina, Silvana M.; Matumoto, Silvia; Pereira, Maria José B. El trabajo en equipo en el programa de salud de la familia: reflexiones a partir de conceptos de un proceso grupal y grupos operativos. Rev. Latinoamericana de enfermería, Riberão Preto, v.13 (2), mar./abr., 2005, p.262-268.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



comunidad en puntos 'primarios' o de primer contacto entre la población y el sistema de entrega de atención de la salud. Los miembros de los equipos de atención primaria de salud pueden variar y generalmente reflejan las necesidades de salud particulares de la comunidad local que atienden (O.M.S.)¹²

Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) 18211

Las disposiciones generales del SNIS es garantizar el derecho de la protección de la salud que tiene todos los habitantes residentes del país.

Crear un SNIS que articulara prestadores de la salud públicos y privados.

Los objetivos del SNIS es alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integral de actividades dirigidas a las personas y el medio ambiente que promueven hábitos saludables de vida y la participación de todas aquellas que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Implementar un modelo de atención integral basada en una estrategia sanitaria común, política de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección de diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud, de sus usuarios, incluyendo a los cuidados paliativos.

Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.

Organizar la prestación de servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.

Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos materiales y financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.

¹² Meta 3 (Desafío 1) del Manual de Medición y Monitoreo: Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud de la OPS/OMS, editado en mayo de 2011.



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

Artículo 34.- El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

Artículo 36.- El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral de salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios.

Artículo 37.- El segundo nivel de atención está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día de carácter crónico. Está orientado a satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad. En él se asientan la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia.

Artículo 38.- El tercer nivel de atención está destinado a la atención de patologías que demandan tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades.¹³ (Anexo VI)

¹³ Capítulo IV de la Ley 18.211



Modelo de atención basado en APS:

En relación al cambio del modelo de atención se concibe a la "APS como una estrategia" para la reorganización del sistema de salud. Esto queda plasmado en la Ley de creación del SNIS bajo el título de "Red de Atención en Salud" en la que se define de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones es la organización del sistema de atención a la salud: se organizará en redes por niveles. *"Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención"*

Hasta 2010 el énfasis estuvo en la financiación y la gestión. A partir de 2010 y con el segundo gobierno frenteamplista comienza la profundización del cambio de modelo de atención. Algunos hechos que fundamentan esta afirmación: en ASSE se produce la creación de la Dirección Nacional del Primer Nivel lo cual da autonomía financiera respecto al segundo y tercer nivel al instituir unidades ejecutoras en todo el país. Los antiguos cargos de medicina familiar se integraron a la estructura presupuestal, se convocó a concurso para nuevos cargos específicos de Medicina familiar y comunitaria y se llevó la remuneración al escalafón de especialista. Se establecieron metas asistenciales tendentes a promover las acciones preventivas del sistema de salud y favorecer el vínculo de la población con el sistema a través de un médico de referencia.¹⁴

El cambio en el modelo de atención:

Al hablar del rol de los profesionales de la salud nos introducimos en el modelo de atención y de manera casi premeditada, nos preguntamos por el cambio hacia un modelo de atención integral, comunitaria y con un enfoque basado en la participación social, que lleve a unos fines saludables, de acuerdo con las más novedosas interpretaciones de la promoción de salud.

¹⁴Sollazzo Ana, Berterretche Rosario. El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. Ciênc.saúdecoletiva [Internet]. 2011 June [cited 2015 Dec 06]; 16(6): 2829-2840. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600021>.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



Es en este contexto en el que la atención primaria en salud podría fungir como un enfoque renovador de los modelos de salud, encauzado a reorientar los servicios de salud.

El rol del profesional de salud

En primer lugar es necesario enfatizar que el rol de los profesionales de la salud se materializa en el equipo de salud con una orientación colectiva y comunitaria.

El equipo de salud en el ámbito comunitario, ha de asumir objetivos comunes, desarrollar actividades propias del primer nivel de atención, hacerlo desde una perspectiva interdisciplinaria, con un enfoque individual, familiar y comunitario, con énfasis en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, aunque no se podría reducir al primer nivel de atención.¹⁵

Funciones y competencias del Equipo de Primer Nivel de Atención en Salud:

Según la definición antes mencionada del equipo de salud en primer nivel podemos destacar un objetivo en común que es "asegurar un proceso asistencial de calidad, estable y consecuente con los principios de accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y resolutivez"¹⁶

Accesibilidad: Implica la ausencia de barreras geográficas, económicas, socioculturales, organizacionales, administrativas, etc., que puedan impedir la utilización adecuada de los servicios de salud.

Longitudinalidad: Seguimiento del usuario a lo largo del tiempo por parte del equipo de salud.

Integralidad: Conjunto de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente desarrolladas por equipos de trabajadores de la salud con propósito de

¹⁵Franco-Giraldo Á. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). Revista Facultad Nacional De Salud Pública [serial on the Internet]. (2015, Sep), [cited December 7, 2015]; 33(3): 414-424. Available from: Academic Search Complete.

¹⁶ Ver División Recursos Humanos del SNIS, MSP (2012) "Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención" Documento presentado en la Junta Nacional de Salud (JUNASA) y en las Jornadas de Planificación Estratégica: ESTRATEGIA NACIONAL RECURSOS HUMANOS EN SALUD (2012). Documento no publicado



promover la salud, proteger contra la enfermedad, recuperar y rehabilitar al individuo enfermo, realizando en todos los casos con una orientación preventiva y con un triple enfoque: somático, psicológico y social.
(Hugo Villar)

Resolutividad: Consiste en la capacidad que tiene el equipo de salud en convertirse individual y colectivamente en un sistema inteligente, capaz de traer comprensión de la información, de hacer significativa dicha información para resolver problemas reales.¹⁷

Basados entonces en dichas características antes citadas, decimos que el equipo se encargara de:

- Monitorear, analizar y evaluar la situación de salud de la población de referencia.
- Desempeñar actividades que se enfatizan en el desarrollo de ambientes y estilos de vida saludables mediante una gestión participativa.
- Identificar necesidades de acciones o políticas relacionadas con dicho desarrollo.

El equipo de primer nivel de atención forma parte de un trabajo en red donde se establecen relaciones para contribuir en el proceso de mantenimiento de salud de las personas, donde se establecen tres tipos de relaciones:

1. Intra equipo: Relación que se da dentro del propio equipo y permite que se estructure la intervención en base a las necesidades de la comunidad.
2. Intra institucional: Refiere a los sistemas de referencia y contra referencia.
3. Interinstitucional: El equipo crea un vínculo con otra institución sea prestadora de salud o no, para lograr la accesibilidad de las personas en su proceso de salud.

Existe un conjunto de aspectos a considerar a la hora de organizar la composición mínima o completa del equipo de primer nivel de atención:

- Necesidades y demandas concretas de la población de referencia asignada.

¹⁷StarfieldBarbara. Atención Primaria. España: Masson, 2001.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



- Perfiles socio-epidemiológicos de los usuarios a atender.
- Disponibilidad real de recursos humanos en salud.
- Metas propuestas a alcanzar por el equipo.
- Actividades propuestas a desarrollar.



Aspectos metodológicos

Tipo de estudio: Se realiza una investigación cuantitativa, descriptiva de corte transversal.

Universo: Todos los integrantes del equipo de salud que trabajen en el Centro de Primer nivel de Atención dependiente de la RAP Metropolitana de ASSE.

Muestra: Los integrantes del equipo de salud, del Centro de Salud de Primer Nivel de Atención dependiente de la RAP Metropolitana de ASSE que se encuentren trabajando al momento de realizar la investigación y acepten participar de la misma en el periodo del 7 al 11 de noviembre del 2016.

Métodos e instrumentos para la recolección de datos: Para esta investigación se realizó una carta de autorización a la Dirección de la RAP Metropolitana. Luego se formuló un cuestionario como instrumento para la recolección de datos con preguntas de múltiple opción. Los datos obtenidos son presentados en forma de tablas univariadas con cálculo de frecuencia relativa porcentual con respectivo análisis y gráficos de barras. (Anexo I)

Presentación de variables del objeto de estudio y su medición:

1. Edad:

- a. Definición conceptual: Periodo cronológico dividido en años desde el momento del nacimiento al momento actual.
- b. Definición operacional: Tiempo cronológico transcurrido en años a partir del nacimiento del individuo hasta la fecha de la encuesta. Se clasificaran en tres categorías donde el integrante de menor edad será tomado a partir de los 20 años siendo coherente con el comienzo del ejercicio de la profesión, siendo estos los adultos jóvenes; mientras que los adultos de mediana edad están comprendidos de 31 a 50 años y los trabajadores adultos maduros serán de 51 y más años. Dichas categorías se dividen en tres



etapas respondiendo al tiempo de aplicación del modelo en cuestión.

c. Nivel de medición Cuantitativa continua.

d. Categorías:

- i. De 20 a 30 años
- ii. De 31 a 50 años
- iii. De 51 y más.

2. **Género:**

a. Definición conceptual y operacional: Los géneros son construcciones socio culturales que varían a través de historia y se refieren a los rasgos psicológicos y culturales que la sociedad atribuye de lo que considera “masculino” o “femenino” mediante la educación, el uso del lenguaje, la familia, las instituciones o la religión.

b. Nivel de medición: Cualitativa nominal.

c. Categoría:

- i. Femenino.
- ii. Masculino.
- iii. Otra opción sexual

3. **Profesión:**

a. Definición conceptual: Actividad habitual de una persona generalmente para la que se ha preparado, al ejercerla tiene derecho a recibir una remuneración o salario.

b. Definición operacional: Actividad especializada que desempeñan en el servicio de salud en el que se encuentra.

c. Nivel de medición: Cualitativa nominal.

d. Categorías:

- i. Médico de familia
- ii. Médico pediatra
- iii. Medico ginecológico
- iv. Medico medicina general
- v. Licenciado en Enfermería.
- vi. Auxiliar de Enfermería



- vii. Licenciado en Trabajo Social
- viii. Licenciado en Nutrición.
- ix. Otros

4. Tiempo en el servicio:

- a. Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde que el individuo asume el cargo hasta el momento de realizar la encuesta.
- b. Definición operacional: Periodo de tiempo que el profesional entrevistado trabaja en el servicio expresado en años. Se clasificaran en dos categorías aquellos que solo ejercieron dentro del modelo actual y los que coexistieron en el modelo actual y anteriores.
- c. Nivel de medición: Cualitativa nominal.
- d. Categorías:
 - i. De 1 a 8 años
 - ii. Más de 8 años

5. Capacitación sobre modelo de atención:

- a. Definición conceptual: Conocimientos adquiridos sobre el cambio de modelo de atención.
- b. Definición operacional: Si el individuo ha tenido una formación específica y/o se informó sobre el cambio de modelo atención.
- c. Nivel de medición: Cualitativa nominal.
- d. Categorías:
 - i. Si
 - ii. No

6. Percepción de los integrantes del equipo de salud relacionado a la atención del usuario:

- a. *Definición conceptual:* Opinión de los integrantes del equipo de salud como perciben la atención que se brinda al usuario en sus diferentes enfoques: integral, promoción, prevención, continuidad y seguimiento.
- b. *Definición operacional:* Apreciación de los integrantes del equipo de salud acerca de la atención del usuario en el modelo actual que estos brindan. Dicha variable está integrada por sub variables



abocadas a las características de la atención al usuario del modelo actual.

i. **Atención integral:**

1. **Definición conceptual:** Es un enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo y no solo las necesidades médicas y físicas. A esta la involucra la colaboración de muchos profesionales, es el enfoque estándar en todos los centros de salud.
2. **Definición operacional:** Percepción del equipo de salud en la atención del usuario teniendo en cuenta aspectos físicos, sociales y de la comunidad.
3. **Nivel de medición:** Cualitativa nominal.
4. **Categorías:**
 - a. Nada de acuerdo
 - b. Algo de acuerdo
 - c. Ni acuerdo ni desacuerdo
 - d. Algo de desacuerdo
 - e. Completamente de acuerdo

ii. **Prevención de la enfermedad:**

1. **Definición conceptual y operacional:** Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas. La prevención de la enfermedad es una estrategia de la atención primaria, que se hace efectiva en la atención integral de las personas. Esta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del sistema nacional de salud. La prevención implica promover la



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



salud así como diagnosticar y tratar oportunamente a la persona, también rehabilitarla y evitar complicaciones o secuelas de su padecimiento, mediante sus diferentes niveles de intervención.

2. **Nivel de medición:** Cualitativa nominal.

3. **Categorías:**

- a. Nada de acuerdo
- b. Algo en desacuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. Algo de acuerdo
- e. Completamente de acuerdo.

iii. **Promoción de salud:**

1. **Definición conceptual y operacional:** Proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y las capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla.

2. **Nivel de medición:** Cualitativa nominal:

3. **Categorías:**

- a. Nada de acuerdo.
- b. Algo en desacuerdo.
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- d. Algo de acuerdo.
- e. Completamente de acuerdo.

iv. **Continuidad:**

1. **Definición conceptual y operacional:** Es la capacidad del equipo de salud para llevar a cabo un



objetivo en común sin que se produzca interrupciones en la atención del usuario independientemente del lugar y tiempo en el que sea atendido.

2. **Nivel medición:** Cualitativa nominal.

3. **Categorías:**

- a. Nada de acuerdo.
- b. Algo en desacuerdo.
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- d. Algo de acuerdo.
- e. Completamente de acuerdo.

v. **Seguimiento:**

1. **Definición conceptual y operacional:** Observación minuciosa de la evolución del usuario en el desarrollo de su proceso de salud-enfermedad.

2. **Nivel de medición:** Cualitativa nominal.

3. **Categorías:**

- a. Nada de acuerdo
- b. Algo en desacuerdo
- c. Ni acuerdo ni desacuerdo
- d. Algo de acuerdo
- e. Completo de acuerdo



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



Aspectos éticos y legales:

Aceptación del protocolo por la Cátedra Enfermería Comunitaria.

Consentimiento informado por cada participante, previo al llenado de las encuestas, dando seguridad en su privacidad y uso de los datos para los objetivos de la investigación. (Anexo II)



Presentación de los datos

Los datos presentados a continuación en tabla y gráficos, fueron obtenidos de la misma fuente.

Fuente: Entrevista realizada a los diferentes integrantes del equipo de salud, del Centro de Salud de Primer Nivel de Atención dependiente de la RAP Metropolitana de ASSE.

TABLA N°1, EDAD: (Anexo III)

EDAD	FA	FR	FR %
20-30	1	0,03	3%
31-50	25	0,64	64%
50-MAS	13	0,33	33%
TOTAL	39	1	100%

TABLA N°2, GÉNERO: (Anexo III)

GENERO	FA	FR	FR %
FEMENINO	33	0,85	85%
MASCULINO	6	0,15	15%
OTRA OPCIÓN SEXUAL	0	0	0
TOTAL	39	1	100%



TABLA N°3, PROFESIÓN: (Anexo III)

PROFESION	FA	FR	FR%
MED.FAMILIAR	0	0	0
PEDIATRIA	7	0,17	17
GINECOLOGO	1	0,03	3
MEDICINA GENERAL	4	0,10	10
LIC ENF	2	0,05	5
AUX ENF	10	0,25	25
LIC. SOCIAL	0	0	0
LIC. NUTRICION	2	0,05	5
LIC. OBSTRETICIA	1	0,03	3
ODONTOLOGIA	2	0,05	5
LIC. PSICOLOGIA	2	0,05	5
OTORRINO	2	0,05	5
REUMATOLOGO	1	0,03	3
CIRUJANO	2	0,05	5
LIC.IMAGENOLOGIA	1	0,03	3
ONCOLOGO	1	0,03	3
PODOLOGIA	1	0,03	3
TOTAL	39	1	100

TABLA N°4, TIEMPO EN EL SERVICIO: (Anexo III)

TIEMPO EN EL SERVICIO	FA	FR	FR %
1-8 AÑOS	15	0,38	38
8- MAS AÑOS	24	0,62	62
TOTAL	39	1	100

TABLA N°5, CAPACITACIÓN: (Anexo III)

CAPACITACION	FA	FR	FR %
SI	17	0,44	44
NO	22	0,56	56
TOTAL	39	1	100



TABLA N° 6, ATENCIÓN INTEGRAL: (Anexo III)

ATENCIÓN INTEGRAL	FA	FR	FR %
EN DESACUERDO	4	0,10	10
ALGO EN DESACUERDO	6	0,16	16
NI ACUERDO NI DESACUERDO	3	0,08	8
ALGO DE ACUERDO	22	0,56	56
COMPLETO ACUERDO	4	0,10	1
TOTAL	39	1	100

TABLA N°7, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD: (Anexo III)

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	FA	FR	FR %
EN DESACUERDO	6	0,16	16
ALGO EN DESACUERDO	6	0,16	16
NI ACUERDO NI DESACUERDO	5	0,12	12
ALGO DE ACUERDO	16	0,4	40
COMPLETO ACUERDO	6	0,16	16
TOTAL	39	1	100

TABLA N°8, PROMOCIÓN DE LA SALUD: (Anexo III)

PROMOCIÓN DE LA SALUD	FA	FR	FR %
EN DESACUERDO	5	0,13	13
ALGO EN DESACUERDO	6	0,16	16
NI ACUERDO NI DESACUERDO	4	0,1	10
ALGO DE ACUERDO	15	0,38	38
COMPLETO ACUERDO	9	0,23	23
TOTAL	39	1	100



TABLA N°9, CONTINUIDAD: (Anexo III)

CONTINUIDAD	FA	FR	FR %
EN DESACUERDO	14	0,36	36
ALGO EN DESACUERDO	10	0,26	26
NI ACUERDO NI DESACUERDO	5	0,13	13
ALGO DE ACUERDO	7	0,18	18
COMPLETO ACUERDO	3	0,07	7
TOTAL	39	1	100

TABLA N°10, SEGUIMIENTO: (Anexo III)

SEGUIMIENTO PROCESO SALUD- ENFERMEDAD	FA	FR	FR %
EN DESACUERDO	3	0,08	8
ALGO EN DESACUERDO	9	0,23	23
NI ACUERDO NI DESACUERDO	5	0,13	13
ALGO DE ACUERDO	18	0,46	46
COMPLETO ACUERDO	4	0,10	10
TOTAL	39	1	100

En suma:

Percepción de los integrantes del equipo de salud relacionado a la atención del usuario en el modelo actual



REFERENCIAS ESCALA DE LIKERT (Anexo IV)

FA Algo de acuerdo + FA completo acuerdo = **PERCEPCION POSITIVA**

NI de acuerdo NI en desacuerdo = **PERCEPCION NEUTRA**

FA algo en desacuerdo + FA en desacuerdo = **PERCEPCION NEGATIVA**

VARIABLES

ATENCIÓN INTEGRAL

Percepción positiva = $22 + 4 = 26$

Percepción neutra = 3

Percepción negativa = $4 + 6 = 10$

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Percepción positiva = $6 + 6 = 12$

Percepción neutra = 5

Percepción positiva = $16 + 6 = 22$

PROMOCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Percepción positiva = $5 + 6 = 11$

Percepción neutra = 4

Percepción negativa = $15 + 9 = 24$

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Percepción positiva = $14 + 10 = 24$

Percepción neutra = 5

Percepción negativa = $7 + 3 = 10$

SEGUIMIENTO PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Percepción positiva = $3 + 9 = 12$

Percepción neutra = 5



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



Percepción negativa = 18 + 4 = 22

VARIABLES	PERCEPCION POSITIVA (+)	PERCEPCION NEUTRA	PERCEPCION NEGATIVA (-)
ATENCION INTEGRAL	26	3	10
PREVENCION DE LA ENFERMEDAD	22	5	12
PROMOCION DE LA SALUD	24	4	11
CONTINUIDAD DE LA ATENCION	10	5	24
SEGUIMIENTO PROCESO SALUD-ENFERMEDAD	22	5	12



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



Análisis:

En dicho estudio nos encontramos que el género predominante del equipo de salud fue el femenino con un 85%, y el restante del sexo masculino. Consideramos que tal resultado podría incidir en el modo de percepción de la atención del usuario en el modelo actual.

Esta es una población que en su mayoría ocupa el rango de edad de 30 a 50 años, con más de 8 años de inclusión en el servicio pudiendo reflejar a través de su experiencia una percepción más asertiva ya que vivieron el proceso de transformación del modelo atención anterior al modelo actual, si bien el estudio no se lo propone.

Si hablamos de capacitación o información recibida acerca del modelo de atención actual no hay una diferencia notable entre los que se formaron y los que no al momento de la percepción del modelo de atención actual.

Entre los profesionales entrevistados predominan Auxiliares de Enfermería seguido de los Pediatras ello responde al campo de estudio en lo que se realiza el trabajo de investigación, cuenta con una gran variedad de profesionales constituyendo un equipo multidisciplinario lo cual permite cumplir con las características del equipo de atención primaria.

Para medir nuestro objetivo se elaboró una variable compleja, donde se tuvo en cuenta la percepción del equipo de salud en relación a la atención del usuario en el modelo actual.

La primera sub variable a analizar fue la atención con enfoque integral al usuario, estos reflejan que algo más de la mitad de la población encuestada percibe que se atiende a los usuarios de forma integral, donde se atienden todas las necesidades del usuario por completo.

La segunda sub variable a analizar fue la prevención de la enfermedad en esta podemos ver que en su mayoría la población encuestada percibe que se realizan



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



medidas destinadas a prevenir la aparición de enfermedades y la disminución de factores de riesgo.

La tercera sub variable a analizar fue la promoción de la salud con este resultado se observa que la mayoría del equipo de salud percibe que se dirigen acciones para promover la salud.

La cuarta sub variable a analizar fue la continuidad de atención, en esta variable se observa que la mayoría del equipo de salud percibe que no se da la continuidad a la atención independientemente del lugar y tiempo que sea atendido.

La quinta variable a analizar fue el seguimiento del proceso salud-enfermedad del usuario, donde se refleja que la mayoría del equipo de salud percibe un seguimiento en el proceso salud-enfermedad del usuario y población.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



Conclusión

A modo de conclusión consideramos que los objetivos que nos planteamos al inicio de la investigación fueron cumplidos a pesar de los inconvenientes en el transcurso de la misma.

Se logró caracterizar la población objetivo conociendo los aspectos más relevantes que hacen a esta investigación.

Según los resultados de la investigación, podemos decir que la percepción del equipo de salud en la atención del usuario es positiva frente al cambio de modelo de atención actual, ya que perciben que se atiende al usuario teniendo un enfoque integral, previniendo la enfermedad, promocionando la salud y teniendo seguimiento en el proceso de salud-enfermedad del usuario. No obstante teniendo una percepción negativa frente a la variable de continuidad de la atención del usuario.

Para finalizar dicha conclusión consideramos coherentes estos resultados, dado que las variables estudiadas son las esenciales para un cambio de modelo de atención que prioriza el primer nivel de atención.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



Sugerencias

Teniendo en cuenta que el proceso de transformación que responde a más de ocho años de implementado con el fin de llegar a un modelo de atención que prioriza la Atención Primaria de Salud, sugerimos continuar con el esfuerzo y el trabajo que vienen realizando para poder lograr los objetivos que se plantea el Sistema Nacional Integrado de Salud para poder llegar a una salud para toda la población.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



Referencias bibliográficos

- ¹Rodríguez-Villamizar L, Ruiz-Rodríguez M, Acosta-Ramírez N. Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia. Revista Facultad Nacional De Salud Pública [serial on the Internet]. (2016, Jan), [cited August 10, 2016]; 34(1): 88-95. Available from: AcademicSearch Complete
- ² Mosquera P, Hernández J, Vega-Romero R, Junca C. Experiencia de implementación de la estrategia de atención primaria en salud en la localidad de Bosa. Revista Gerencia Y Políticas De Salud [serial on the Internet]. (2011, July), [cited August 10, 2016]; 10(21): 124-152. Available from: Academic Search Complete.
- ³<http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alt8-4-vargas.pdf>
- ⁴PEREIRA, Francisco. PERCEPCIÓN, CONTENIDO INTENCIONAL Y SINGULARIDAD. Rev. filos. [Online]. 2008, vol.64, pp. 143-161. ISSN 0718-4360. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-43602008000100010>.
- ⁵Villar H. Gestión de servicios de salud. Montevideo: Zona Editorial; 2012.
- ⁶ OPS. "Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS". Washington, D.C: OPS, 2008. Pág. 14
- ⁷ Bases para un Programa de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. FEMI-Piriapolis, 2005.
- ⁸Zurro, AM; Solà, GJ; Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. ELSEVIER, Madrid, España: 2011. P5-16.
- ⁹ 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
- ¹⁰OMS. Glosario de promoción de la Salud, Ginebra 1998
- ¹¹ Fortuna, Cinira M.; Mishina, Silvana M.; Matumoto, Silvia; Pereira, María José B. El trabajo en equipo en el programa de salud de la familia: reflexiones a partir de conceptos de un proceso grupal y grupos operativos. Rev. Latinoamericana de enfermería, Riberão Preto, v.13 (2), mar./abr., 2005, p.262-268.
- ¹² Meta 3 (Desafío 1) del Manual de Medición y Monitoreo: Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud de la OPS/OMS, editado en mayo de 2011.
- ¹³ Capítulo IV de la Ley 18.211
- ¹⁴Sollazzo Ana, Berterretche Rosario. El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. Ciênc.saúdecoletiva [Internet]. 2011 June [cited 2015 Dec 06]; 16(6): 2829-2840. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600021>.
- ¹⁵Franco-Giraldo Á. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). Revista Facultad Nacional De Salud Pública [serial on the Internet]. (2015, Sep), [cited December 7, 2015]; 33(3): 414-424. Available from: AcademicSearch Complete.
- ¹⁶ Ver División Recursos Humanos del SNIS, MSP (2012) "Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención" Documento presentado en la Junta Nacional de Salud (JUNASA) y en las Jornadas de Planificación Estratégica: ESTRATEGIA NACIONAL RECURSOS HUMANOS EN SALUD (2012). Documento no publicado
- ¹⁷Starfield Barbara. Atención Primaria. España: Masson, 2001.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



ANEXOS



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



ANEXO N° 1:

Instrumento de recolección de información:

Instructivo:

El siguiente cuestionario se llevará a cabo en forma anónima, cuyos datos son exclusivamente para uso de estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, que se encuentran realizando el Trabajo Final de Investigación, el cual tiene como objetivo general conocer la “Percepción de los integrantes del equipo de salud, relacionado a la atención del usuario en el modelo actual” en Centros de Salud de primer nivel dependientes de RAP ASSE.

Se encontrará con 6 preguntas, sus respuestas son de opción múltiple.

La pregunta N° 6 está dividida en cinco partes donde se busca estudiar la percepción de los integrantes del equipo de salud relacionado a la atención del usuario. Considerando la percepción del encuestado deberá marcar con una cruz la opción que le parezca correcta: nada de acuerdo, algo de acuerdo, ni acuerdo ni desacuerdo, algo de acuerdo, completo de acuerdo.



Fecha: ____/____/____

Centro de Salud: _____

1. Genero:

- a. Femenino
- b. Masculino
- c. Otra opción sexual

2. Edad: _____

3. Profesión:

a. Medico:

- i. Familia
- ii. Pediatra
- iii. Ginecólogo
- iv. Medicina general
- v. Otra especialidad _____

b. Enfermería:

- i. Licenciado
- ii. Auxiliar
- c. Licenciado en Trabajo Social
- d. Licenciado en Nutrición
- e. Otros: _____

4. Tiempo trabajando en el servicio:

- a. De 1 a 8 años
- b. Más de 8 años

5. ¿Realizó algún curso o recibió alguna información sobre el cambio de modelo de atención?

- a. Si
 - i. Cuales: _____
- b. No



6. En relación a la percepción de los integrantes del equipo de salud relacionado a la atención del usuario.

	Nada de acuerdo	Algo en desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Algo de acuerdo	Completo de acuerdo
a. Considero qué se atiende al usuario teniendo en cuenta aspectos físicos, entorno y comunidad..					
b. Considero qué se brinda una atención de forma preventiva al usuario.					
c. Considero qué las acciones realizadas en el centro son con un fin de promocionar la salud.					
d. Considero qué la atención del usuario es de forma continua, sin que se produzcan interrupciones a lo largo del proceso asistencial.					
e. Considero qué se brinda un seguimiento en el control de la salud o de la enfermedad.					



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



ANEXO 2:

Consentimiento informado:

Montevideo, ____ noviembre del 2016

El abajo firmante dejo constancia de haber sido notificado/a por los estudiantes de la Licenciatura de Enfermería, Facultad de Enfermería de la Universidad de la República; sobre el trabajo final de investigación que las mismas están llevando a cabo acerca de la “Percepción de los integrantes del equipo de salud, relacionado a la atención del usuario en el modelo actual”

Para tal fin autorizo libre y voluntariamente a hacer uso de la información brindada manteniéndose el anonimato de mi identidad.

Firma: _____

Aclaración: _____

CI: _____



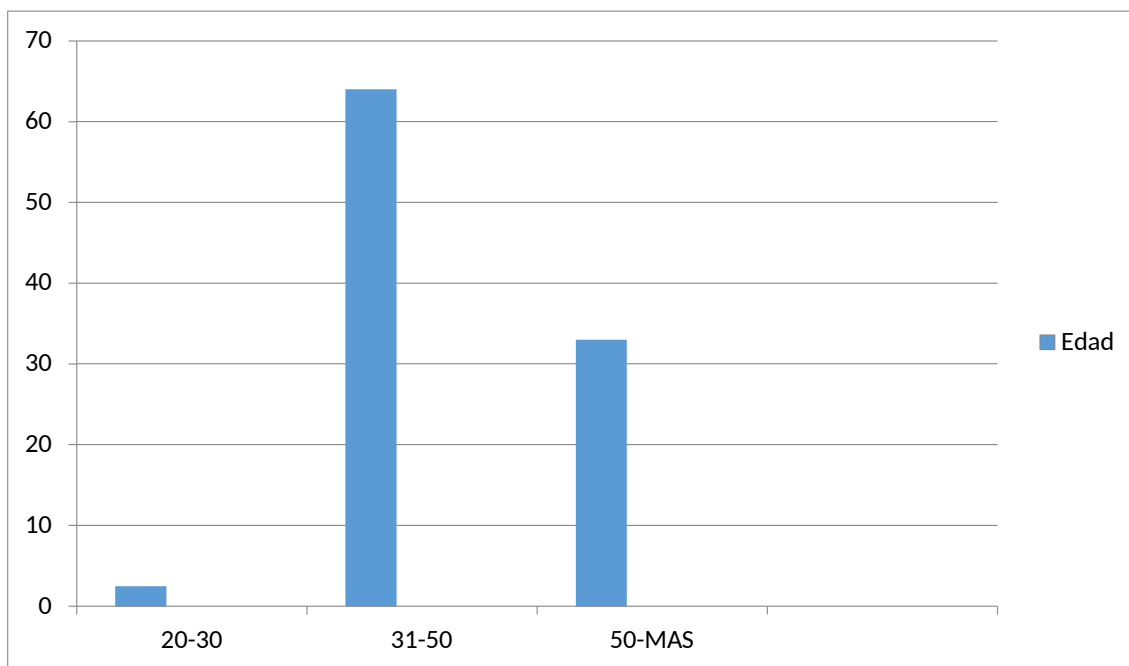
ANEXO 3:

Representación de los datos:

TABLA N°1, EDAD:

EDAD	FA	FR	FR %
20-30	1	0,03	3%
31-50	25	0,64	64%
50-MAS	13	0,33	33%
TOTAL	39	1	100%

GRÁFICA N°1, EDAD:



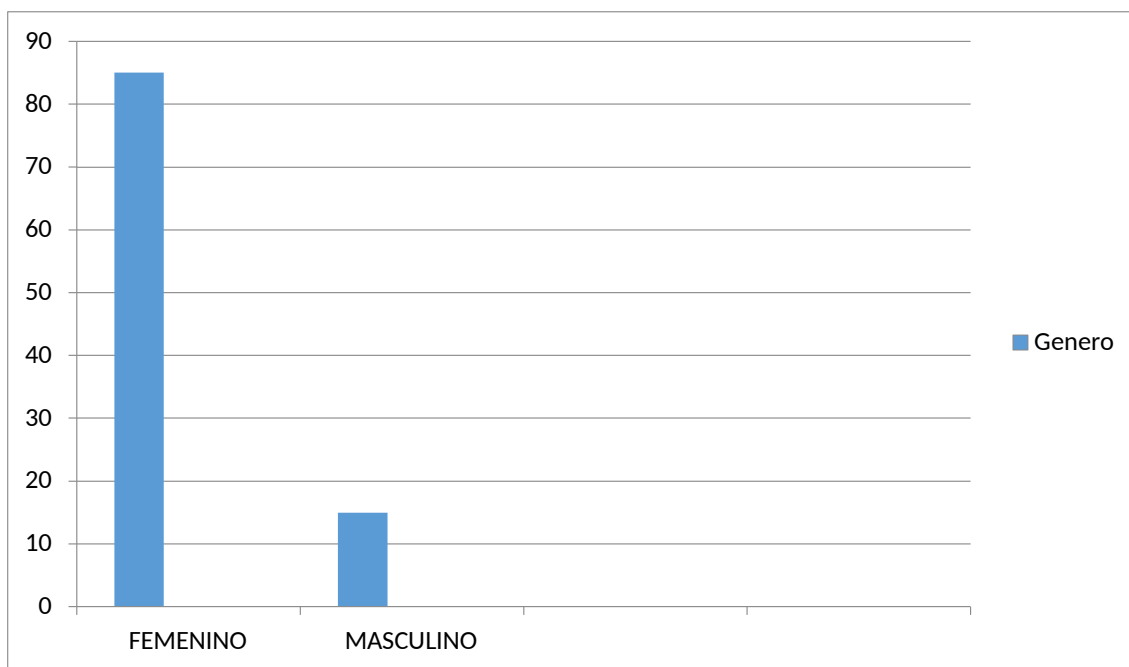
Como podemos apreciar en la gráfica predomina un 64% de la población en el rango de 31 a 50 años correspondiente al adulto de mediana edad, siguiéndole la población de 51 años a más con un 33% correspondiente adulto maduro y una minoría de un 25% en la etapa etaria de 20 a 30 años correspondiente a adulto joven.



TABLA Nº2, GÉNERO:

GENERO	FA	FR	FR %
FEMENINO	33	0,85	85%
MASCULINO	6	0,15	15%
OTRA OPCIÓN SEXUAL	0	0	0
TOTAL	39	1	100%

GRÁFICO Nº2, GÉNERO:



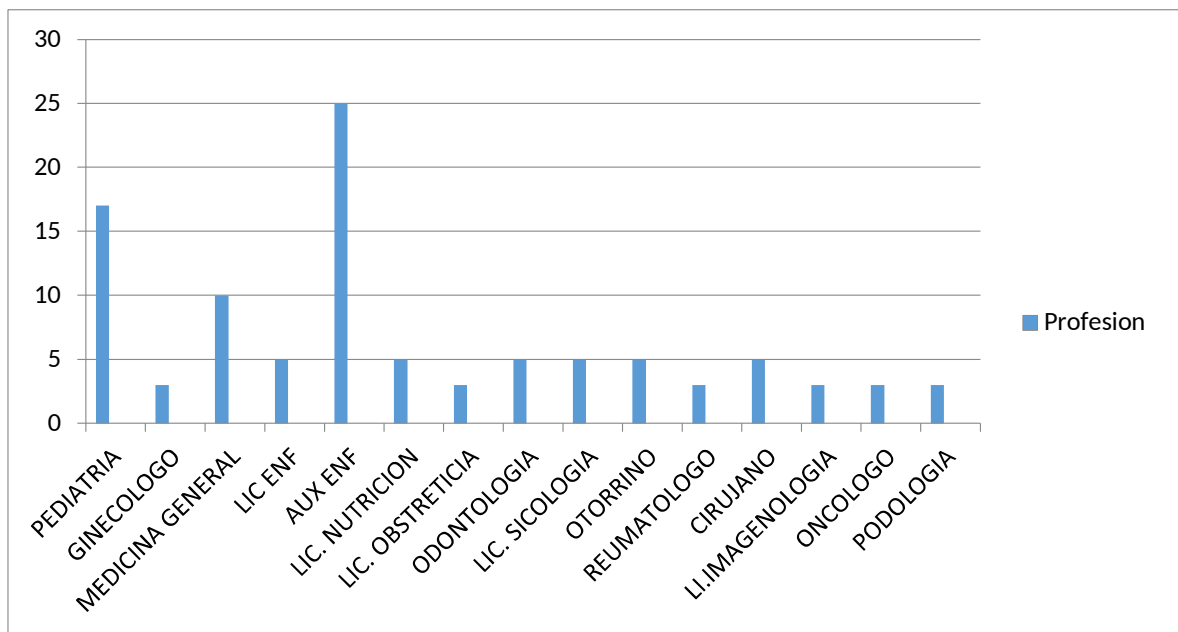
En lo relacionado a género el 84% de la población encuestada pertenece al género femenino y el restante con un 16% al género masculino.



TABLA N°3, PROFESIÓN:

PROFESION	FA	FR	FR%
MED.FAMILIAR	0	0	0
PEDIATRIA	7	0,17	17
GINECOLOGO	1	0,03	3
MEDICINA GENERAL	4	0,10	10
LIC ENF	2	0,05	5
AUX ENF	10	0,25	25
LIC. SOCIAL	0	0	0
LIC. NUTRICION	2	0,05	5
LIC. OBSTRETICIA	1	0,03	3
ODONTOLOGIA	2	0,05	5
LIC. PSICOLOGIA	2	0,05	5
OTORRINO	2	0,05	5
REUMATOLOGO	1	0,03	3
CIRUJANO	2	0,05	5
LIC.IMAGENOLOGIA	1	0,03	3
ONCOLOGO	1	0,03	3
PODOLOGIA	1	0,03	3
TOTAL	39	1	100

GRÁFICA N°3, PROFESIÓN:



Dicha grafica reflejan las diversas profesiones de la población entrevistada donde predominan los Auxiliares de Enfermería con un 25%, seguido de los Médicos Pediatras con 17%, mientras Medicina General representa un 10%, no obstante un 5% son las Licenciadas/os en Enfermería, Licenciada/o en Nutrición,

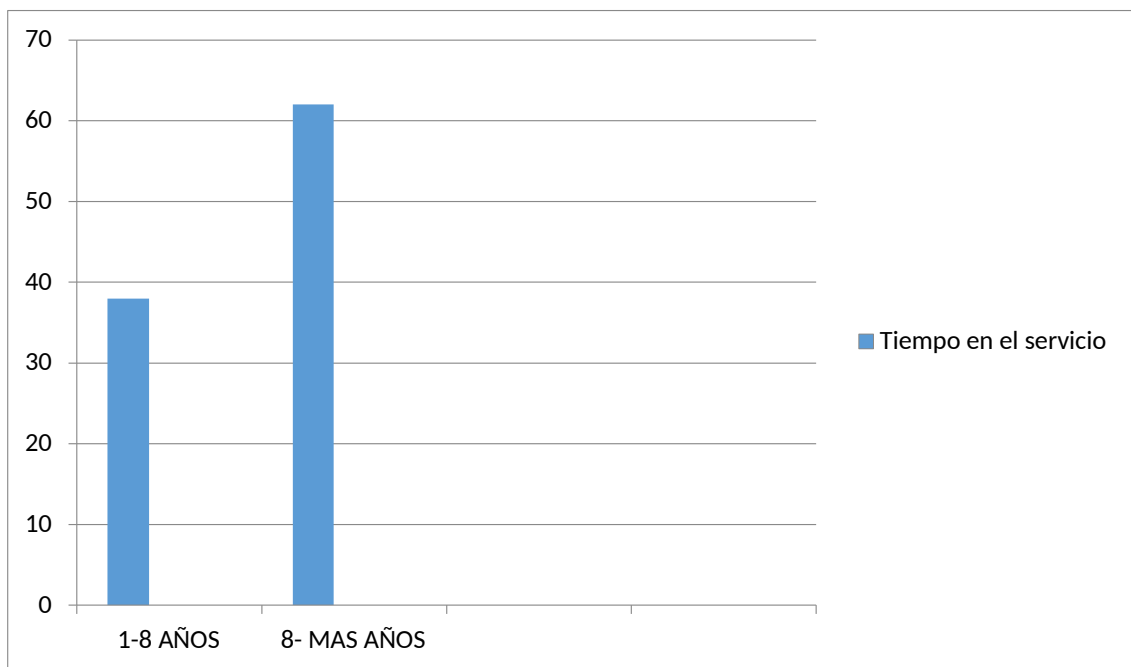


Odontólogo, Licenciada/o en Psicología, Otorrinos y Cirujanos; mientras que un 3% corresponden a Licenciada/o en Obstetricia, Reumatólogo, Licenciado/a en Imagenología y Licenciado/a en Podología.

TABLA N°4, TIEMPO EN EL SERVICIO:

TIEMPO EN EL SERVICIO	FA	FR	FR %
1-8 AÑOS	15	0,38	38
8- MAS AÑOS	24	0,62	62
TOTAL	39	1	100

GRÁFICA N°4, TIEMPO EN EL SERVICIO,



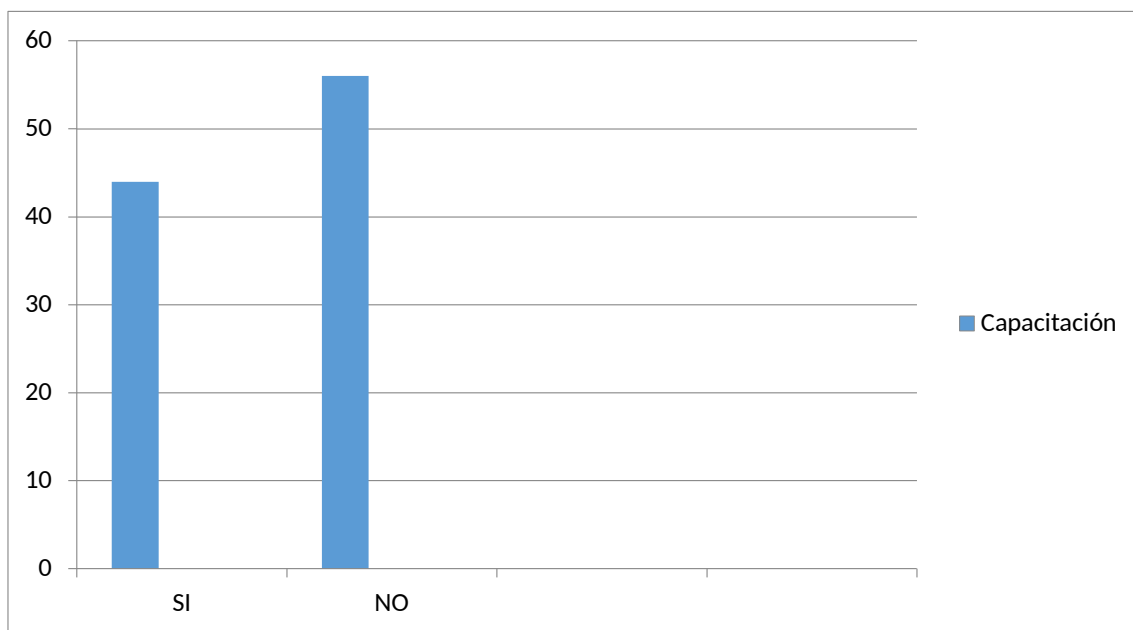
A través de la gráfica podemos determinar que un 62% corresponde a la población con más de 8 años de inclusión en el servicio, y que un 38% corresponde a la población que trabaja de 1 a 8 años en el servicio.



TABLA N°5, CAPACITACIÓN:

CAPACITACION	FA	FR	FR %
SI	17	0,44	44
NO	22	0,56	56
TOTAL	39	1	100

GRÁFICA N°5, CAPACITACIÓN:



De la población encuestada un 56% refiere no haber realizado cursos de capacitación sobre el cambio de modelo de atención ni haber recibido ningún tipo de información. En cuanto que un 44% de la misma refiere si haber realizado algún curso de capacitación o haber recibido algún tipo de información.

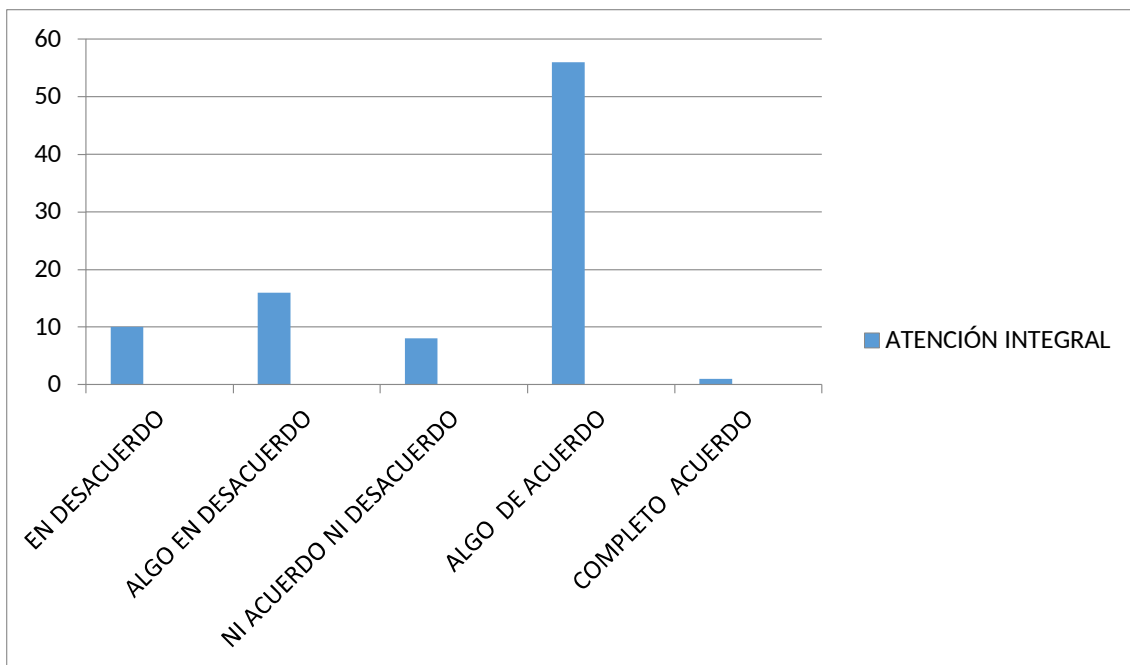
TABLA N° 6, ATENCIÓN INTEGRAL:

Percepción de los integrantes del equipo de salud relacionado a la atención del usuario en el modelo actual



ATENCIÓN INTEGRAL	FA	FR	FR %
EN DESACUERDO	4	0,10	10
ALGO EN DESACUERDO	6	0,16	16
NI ACUERDO NI DESACUERDO	3	0,08	8
ALGO DE ACUERDO	22	0,56	56
COMPLETO ACUERDO	4	0,10	1
TOTAL	39	1	100

GRÁFICA N°6, ATENCIÓN INTEGRAL:



Teniendo en cuenta lo relacionado a la atención integral de los usuarios el 56% de la población considera estar “algo de acuerdo” con esta afirmación y el 1% en “completo acuerdo”.

TABLA N°7, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD:



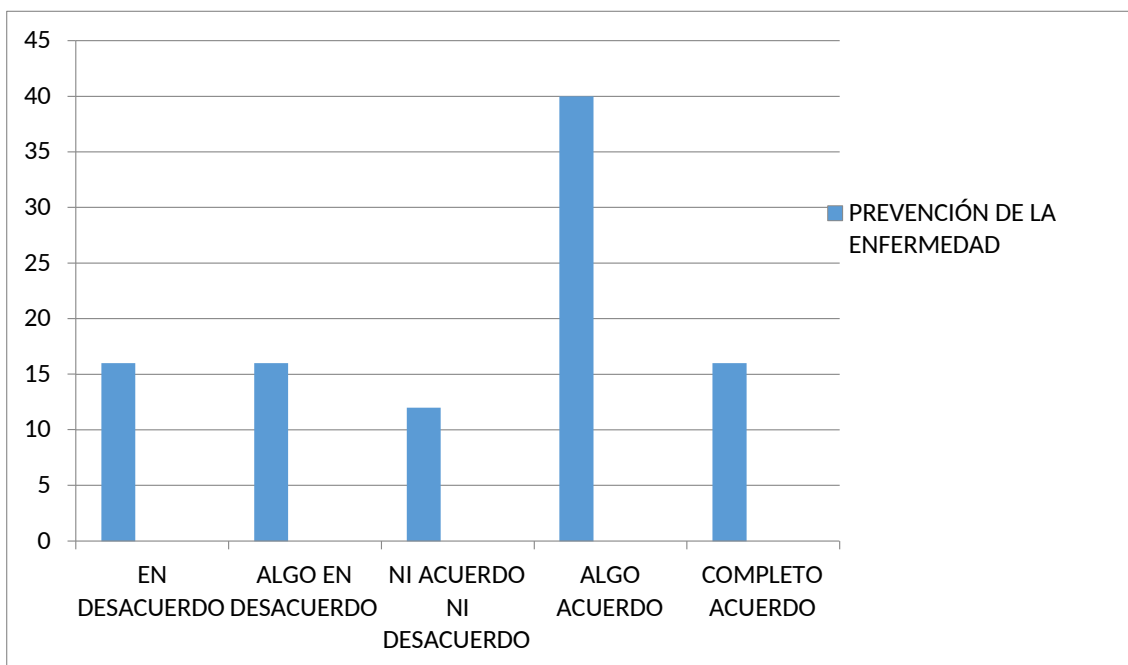
UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	FA	FR	FR %
EN DESACUERDO	6	0,16	16
ALGO EN DESACUERDO	6	0,16	16
NI ACUERDO NI DESACUERDO	5	0,12	12
ALGO DE ACUERDO	16	0,4	40
COMPLETO ACUERDO	6	0,16	16
TOTAL	39	1	100

GRÁFICA N°7, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD:



Dentro de la población encuestada referido a la atención preventiva se destaca una mayoría de 40% que considera estar en “algo de acuerdo” y una minoría del 12% refiere “no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo”.

TABLA N°8, PROMOCIÓN DE LA SALUD:

Percepción de los integrantes del equipo de salud relacionado a la atención del usuario en el modelo actual



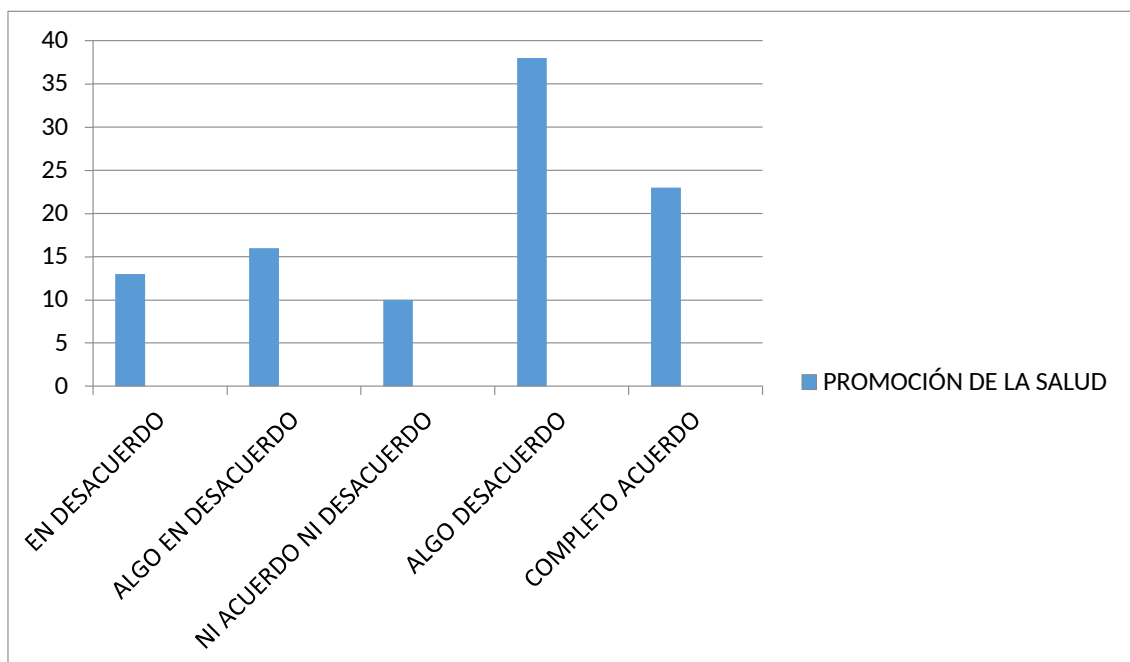
UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



PROMOCIÓN DE LA SALUD	FA	FR	FR %
EN DESACUERDO	5	0,13	13
ALGO EN DESACUERDO	6	0,16	16
NI ACUERDO NI DESACUERDO	4	0,1	10
ALGO DE ACUERDO	15	0,38	38
COMPLETO ACUERDO	9	0,23	23
TOTAL	39	1	100

GRÁFICA N°8, PROMOCIÓN DE LA SALUD:



Relacionado a las acciones con el fin de promover la salud un 38% responde que esta “algo de acuerdo” y un 10% “ni de acuerdo ni en desacuerdo”.

TABLA N°9, CONTINUIDAD:

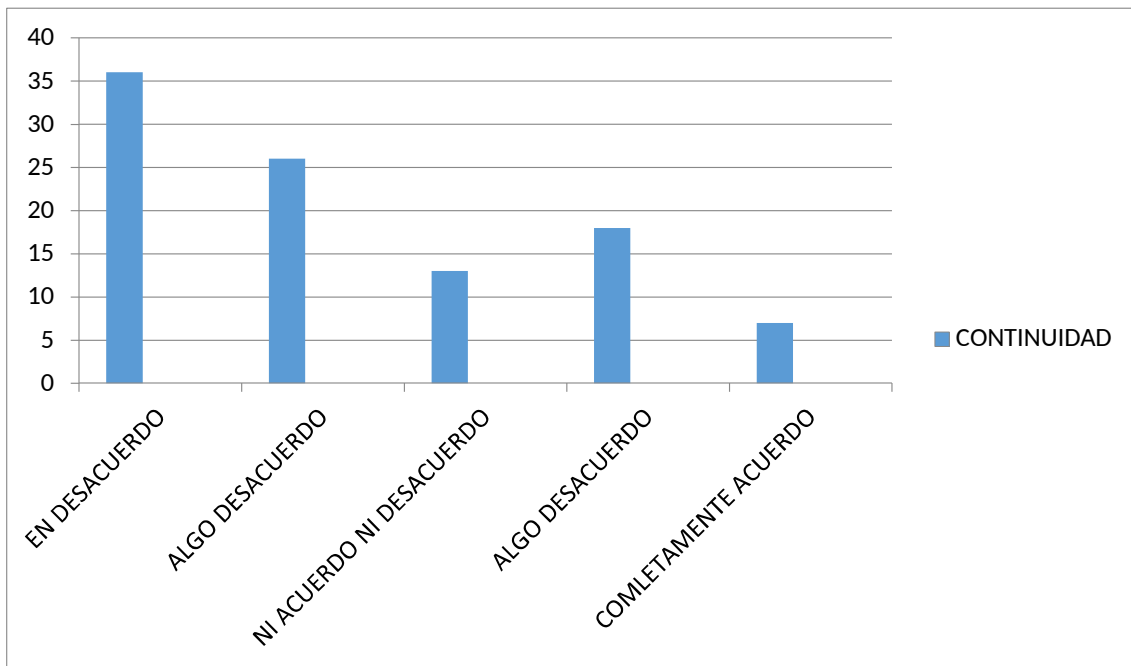
CONTINUIDAD	FA	FR	FR %
EN DESACUERDO	14	0,36	36

Percepción de los integrantes del equipo de salud relacionado a la atención del usuario en el modelo actual



ALGO EN DESACUERDO	10	0,26	26
NI ACUERDO NI DESACUERDO	5	0,13	13
ALGO DE ACUERDO	7	0,18	18
COMLETO ACUERDO	3	0,07	7
TOTAL	39	1	100

GRÁFICA N°9, CONTINUIDAD:



Afirmando que la atención es continua sin interrupciones a lo largo del proceso asistencial el 36% de los encuestados reflejan estar “en desacuerdo”, mientras que un 7% expresa estar “completamente de acuerdo”.

TABLA N°10, SEGUIMIENTO:



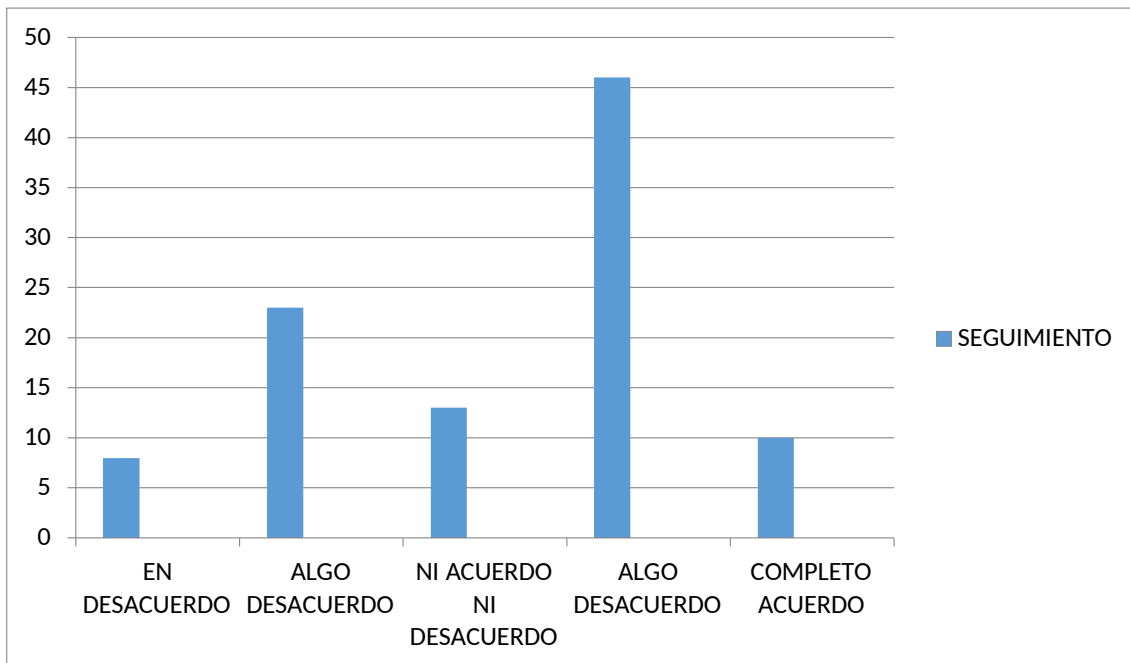
UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



SEGUIMIENTO PROCESO SALUD- ENFERMEDAD	FA	FR	FR %
EN DESACUERDO	3	0,08	8
ALGO EN DESACUERDO	9	0,23	23
NI ACUERDO NI DESACUERDO	5	0,13	13
ALGO DE ACUERDO	18	0,46	46
COMPLETO ACUERDO	4	0,10	10
TOTAL	39	1	100

GRÁFICA N°10, SEGUIMIENTO:



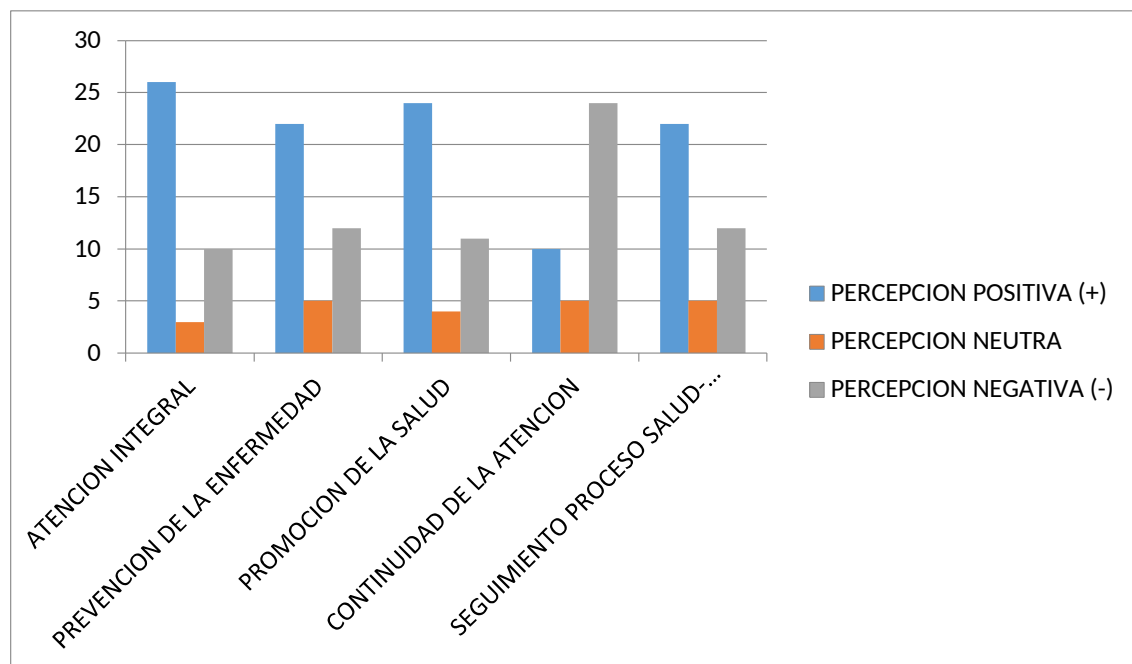
Considerando que se brinda un seguimiento en el control en la salud y en la enfermedad un 46% refiere estar “algo de acuerdo” y un 28% estar “en desacuerdo”.



Anexo 4:

Análisis de escala de Likert

VARIABLES	PERCEPCION POSITIVA (+)	PERCEPCION NEUTRA	PERCEPCION NEGATIVA (-)
ATENCION INTEGRAL	26	3	10
PREVENCION DE LA ENFERMEDAD	22	5	12
PROMOCION DE LA SALUD	24	4	11
CONTINUIDAD DE LA ATENCION	10	5	24
SEGUIMIENTO PROCESO SALUD-ENFERMEDAD	22	5	12





Anexo 5: Cronograma de Grantt:

Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre

Referencias:

Elección del tema
Tutorías
Revisión bibliográfica
Formulación de la pregunta problema
Elaboración del protocolo de investigación
Aplicación del instrumento y recolección de datos
Procesamiento y análisis de datos
Defensa de TFI



Anexo 6

Ley del Sistema Integrado de Salud (SNIS) 18.211

Ley N° 18.211

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

NORMATIVA REFERENTE A SU CREACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y
FINANCIACIÓN

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay,
reunidos en

Asamblea General,

DECRETAN:

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2°.- Compete al Ministerio de Salud Pública la implementación del Sistema Nacional

Integrado de Salud que articulará a prestadores públicos y privados de atención integral a la salud determinados en el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005.

Dicho sistema asegurará el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país.

Artículo 3°.- Son principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud:

A) La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.

B) La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.

C) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.



- D) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- E) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.

F) La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos

humanos de los usuarios.

G) El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.

H) La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.

I) La participación social de trabajadores y usuarios.

J) La solidaridad en el financiamiento general.

K) La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.

L) La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Artículo 4º.- El Sistema Nacional Integrado de Salud tiene los siguientes objetivos:

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

B) Implementar un modelo de atención integral basada en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.

C) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.

D) Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.

E) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.



- F) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.
- G) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.
- H) Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.
- Artículo 5º.- A efectos de lo dispuesto en el artículo 2º de la presente ley, compete al Ministerio de Salud Pública:
- A) Elaborar las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el Sistema Nacional Integrado de Salud, y ejercer el contralor general de su observancia.
- B) Registrar y habilitar a los prestadores de servicios integrales de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y a los prestadores parciales con quienes contraten.
- C) Controlar la gestión sanitaria, contable y económico-financiera de las entidades, en los términos de las disposiciones aplicables.
- D) Fiscalizar la articulación entre prestadores en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- E) Aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población.
- F) Instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia en salud.
- G) Regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos, y controlar su aplicación.
- H) Diseñar una política de promoción de salud que se desarrollará conforme a programas cuyas acciones llevarán a cabo los servicios de salud públicos y privados.
- I) Promover, en coordinación con otros organismos competentes, la investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



J) Las demás atribuciones que le otorga la presente ley, la Ley N° 9.202 "Orgánica de Salud Pública", de 12 de enero de 1934, y otras disposiciones aplicables.

Artículo 6°.- El Ministerio de Salud Pública creará un registro obligatorio de recursos de tecnología de diagnóstico y terapéutica de alto porte de los servicios de salud.

La reglamentación determinará los contenidos de la información que deban proporcionar las instituciones, su periodicidad y las sanciones en caso de incumplimiento. Toda nueva incorporación de tecnología deberá ser aprobada por el Ministerio de Salud Pública teniendo en cuenta la información científica disponible, la necesidad de su utilización y la racionalidad de su ubicación y funcionamiento.

Artículo 7°.- La política nacional de medicamentos tendrá por objetivo promover su uso racional y sustentable. El Ministerio de Salud Pública aprobará un formulario terapéutico único de medicamentos que contemple los niveles de atención médica y establecerá la obligatoriedad de su prescripción por denominación común internacional según sus principios activos; racionalizará y optimizará los procesos de registro de medicamentos y fortalecerá las actividades de inspección y fiscalización de empresas farmacéuticas y la fármaco vigilancia.

Artículo 8°.- El control de la calidad integral de la atención en salud a cargo del Ministerio de

Salud Pública tomará en cuenta el respeto a principios de la bioética y a los derechos humanos de los usuarios.

Dicha modalidad será aplicable a la incorporación y uso de tecnologías y medicamentos.

Artículo 9°.- El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con otros organismos competentes, promoverá y evaluará que el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos de las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud responda a los principios rectores del mismo.

Artículo 10.- El Ministerio de Salud Pública promoverá la armonización de los parámetros de calidad de los bienes, servicios y factores productivos del área de



salud y los mecanismos de control sanitario de los Estados Parte del MERCOSUR, en el marco del proceso de integración regional.

CAPÍTULO II

INTEGRACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 11.- Podrán integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud:

A) Los servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas, estatales y no estatales.

B) Las entidades a que refiere el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005.

Artículo 12.- Para integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud es preceptivo que las entidades públicas y privadas cuenten con órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios. La reglamentación determinará la naturaleza y forma de los mismos, según el tipo de entidades de que se trate.

Artículo 13.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, además de sus órganos de gobierno, deberán contar con un Director Técnico como autoridad responsable ejecutiva en el plano técnico ante la propia entidad, la Junta Nacional de Salud que se crea en el artículo 23 de la presente ley y el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 14.- Para autorizar como integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud a las entidades referidas en el artículo 11 de la presente ley, la Junta Nacional de Salud evaluará, además de los requisitos establecidos en el literal B) del artículo 5° y en los artículos 12 y 13 de la presente ley, su caudal de usuarios, los recursos humanos, la planta física, el equipamiento, los programas de atención a la salud, la tecnología, el funcionamiento organizacional y el estado económico-financiero, según criterios que fije la reglamentación.

La integración al Sistema Nacional Integrado de Salud tendrá carácter funcional, no modificando la titularidad de las entidades ni su autonomía administrativa.

Artículo 15.- La Junta Nacional de Salud suscribirá un contrato de gestión con cada uno de los prestadores que se integre al Sistema Nacional Integrado de Salud, con el objeto de facilitar el control del cumplimiento de las obligaciones



que impone a éstos la presente ley. La reglamentación determinará el contenido de dichos contratos.

Artículo 16.- Las entidades que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud ajustarán su actuación a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud Pública y quedarán sujetas a su contralor.

Artículo 17.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán recabar, con fundamentos debidamente documentados, autorización del Ministerio de Salud

Pública, quien oír a la Junta Nacional de Salud, para:

- A) Crear, clausurar o suspender servicios de atención médica.
- B) Construir, reformar o ampliar plantas físicas destinadas a la atención médica.
- C) Adquirir, enajenar, ceder y constituir otros derechos reales sobre bienes inmuebles y equipos sanitarios.

Artículo 18.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán realizar afiliaciones de carácter vitalicio, sin perjuicio de respetar los derechos adquiridos al amparo de normativas anteriores a la presente ley. En estos casos, las prestaciones que supongan no darán derecho a la entidad al cobro de cuotas salud.

Artículo 19.- Las prestaciones incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública podrán requerir el pago de tasas moderadoras, que autorizará el Poder

Ejecutivo, fijando también sus montos máximos.

El Poder Ejecutivo promoverá la progresiva reducción del monto de las tasas moderadoras, priorizando las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la población.

Artículo 20.- Los profesionales y entidades que presten servicios de salud podrán realizar publicidad mediante cualquier modalidad de difusión siempre que limiten las menciones a sus datos identificatorios, títulos que posean y especialidades que desarrollen, los que deberán estar debidamente registrados ante el Ministerio de Salud Pública.

Cuando dichos profesionales o entidades se propongan ampliar el alcance de su publicidad, deberán recabar previamente autorización al Ministerio de Salud Pública, en los términos de la reglamentación aplicable.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



Las personas o entidades que infrinjan estas normas se harán pasibles de sanciones entre 30

UR (treinta unidades reajustables) y 500 UR (quinientas unidades reajustables) que aplicará el citado Ministerio, sin perjuicio de la inmediata suspensión de la publicidad que le será notificada a los responsables de los medios utilizados para su difusión. Si la orden no fuere efectivizada, a los medios se les aplicarán

iguales sanciones económicas.

Artículo 21.- Las entidades de atención a la salud privadas que no se incorporen al Sistema

Nacional Integrado de Salud podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que hayan sido habilitadas a tal efecto por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario.

Artículo 22.- Los seguros integrales a que refiere el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005, podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que hayan sido habilitados por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario.

Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud que contraten con dichas entidades deberán comunicar su decisión a la Administración del Fondo Nacional de Salud.

Estos usuarios aportarán al Fondo Nacional de Salud creado por la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007, de acuerdo a lo dispuesto en el Capítulo VII de la presente ley y gozarán de los mismos derechos asistenciales que quienes se inscriban en los padrones de las demás entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La Administración del Fondo Nacional de Salud pagará a los seguros integrales las cuotas salud que correspondan a dichos usuarios siempre que se cumplan acumulativamente los siguientes requisitos:

1) Que otorguen a los mismos las prestaciones incluidas en los programas integrales aprobados por el Ministerio de Salud Pública, sin perjuicio del régimen previsto en el inciso primero de este artículo, y



2) aporten al Ministerio de Salud Pública y a la Junta Nacional de Salud la información asistencial y económico-financiera que les sea requerida a efectos del contralor de sus obligaciones respecto a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud. En caso de incumplimiento de las mismas, será aplicable el régimen sancionatorio previsto en el literal E) del artículo 28 de la presente ley.

En ningún caso la Administración del Fondo Nacional de Salud pagará a los seguros integrales un monto superior al del aporte obrero-patronal del contribuyente. La reglamentación de la presente ley determinará la distribución del mismo considerando las cuotas salud y los aportes que deba transferir al Fondo Nacional de Recursos según la estructura del núcleo familiar del usuario. Los seguros integrales verterán al Fondo Nacional de Salud el 6% (seis por ciento) de los ingresos recibidos del propio Fondo por concepto de costos de administración el que se destinará al financiamiento del Seguro Nacional de Salud.

CAPÍTULO III

JUNTA NACIONAL DE SALUD

Artículo 23.- Créase la Junta Nacional de Salud como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública con los cometidos que le atribuye la presente ley.

Artículo 24.- Son cometidos de la Junta Nacional de Salud:

- A) Administrar el Seguro Nacional de Salud que crea la presente ley, con arreglo a sus disposiciones y a la reglamentación respectiva.
- B) Velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Artículo 25.- La Junta Nacional de Salud tendrá carácter honorario, sus miembros serán designados por el Poder Ejecutivo y estará compuesta por:

- A) Dos miembros representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales la presidirá.
- B) Un miembro representante del Ministerio de Economía y Finanzas.
- C) Un miembro representante del Banco de Previsión Social.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



D) Un miembro representante de los prestadores que integren el Sistema Nacional

Integrado de Salud.

E) Un miembro representante de los trabajadores de los prestadores que integren el

Sistema Nacional Integrado de Salud.

F) Un miembro representante de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En todos los casos, por cada titular se designará un alterno.

Todos los integrantes de la Junta Nacional de Salud deberán formular una declaración jurada de bienes e ingresos a cualquier título, a la Junta Asesora en Materia Económico Financiera del

Estado, de acuerdo con lo dispuesto por el Capítulo V de la Ley N° 17.060, de 23 de diciembre de 1998, en lo que resulte pertinente.

Artículo 26.- La reglamentación de la presente ley determinará la forma de integración de los representantes sociales a que refieren los literales D), E) y F) del artículo 25 de la presente ley, garantizando mecanismos de selección democrática de los mismos. Su mandato tendrá una duración máxima de dos años.

Los representantes de prestadores y trabajadores que se integren a la primera Junta serán propuestos por sus organizaciones representativas.

Artículo 27.- La Junta Nacional de Salud contará con Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales, que se integrarán en la forma que determine la

reglamentación de la presente ley, observando que en los mismos estén representados los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, sus trabajadores y sus usuarios.

Estos Consejos tendrán funciones de asesoramiento, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones, pero sus informes y propuestas no tendrán carácter vinculante.

Artículo 28.- Compete a la Junta Nacional de Salud:

A) Suscribir con los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud los contratos de gestión a que refiere el artículo 15 de la presente ley.



- B) Aplicar los mecanismos de financiamiento de la atención integral a la salud que corresponda a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y fiscalizar la efectiva integración de los aportes al Fondo Nacional de Salud que se determinan en el Capítulo VII de la presente ley.
- C) Disponer el pago de cuotas salud a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, de acuerdo a sus padrones de usuarios y previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo.
- D) Controlar las relaciones entre los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y entre éstos y terceros.
- E) Disponer la suspensión temporal o definitiva, total o parcial, del pago de cuotas salud en caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo de los prestadores, determinado por acto administrativo firme.
- F) Elaborar el proyecto de su reglamento interno de funcionamiento que elevará al Poder Ejecutivo para su aprobación, dentro de los ciento ochenta días de su constitución.
- G) Las demás que le asigne la presente ley.

Artículo 29.- Compete al Presidente de la Junta Nacional de Salud:

- A) Presidir sus sesiones, sin perjuicio de los mandatos sustitutivos que otorgue en previsión de sus ausencias.
- B) Ejecutar las resoluciones de la Junta.
- C) Adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Junta Nacional de Salud, dando cuenta de ellas a la misma en la primera sesión posterior y estando a lo que ésta resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad será necesario el voto de por lo menos cinco de los miembros de la Junta. Mientras no se integren a él los representantes sociales, a estos efectos se requerirá el voto de tres de sus miembros.
- D) Representar al organismo y suscribir todos los actos, contratos y convenios en que intervenga el mismo.
- E) Las demás tareas que le sean encargadas por la Junta.

Artículo 30.- Para sesionar, el Directorio de la Junta Nacional de Salud requerirá la presencia de cuatro de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del cuerpo.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



En caso de empate el voto del Presidente del Directorio se computará doble.

Artículo 31.- Créase dentro del Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública" el Programa "Administración del Seguro Nacional de Salud" dentro del cual se constituye la Junta Nacional de Salud como su unidad ejecutora.

Artículo 32.- Facúltase al Poder Ejecutivo, a propuesta del Ministerio de Salud Pública, a adecuar sus programas y redistribuir los créditos presupuestales a los efectos de atender los costos de funcionamiento de la Junta Nacional de Salud.

Artículo 33.- La Junta Nacional de Salud deberá elevar anualmente al Poder

Ejecutivo una rendición de cuentas de la administración del Seguro Nacional de Salud, dentro de los primeros ciento veinte días de vencido cada ejercicio.

Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud publicarán anualmente los estados de situación y balance de resultados de su gestión. Estas entidades deberán poseer sistemas de información contable ajustados a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes y proporcionar a la Junta Nacional de Salud toda la documentación que ésta le solicite.

CAPÍTULO IV

RED DE ATENCIÓN EN SALUD

Artículo 34.- El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

Artículo 35.- La Junta Nacional de Salud, de acuerdo a las normas que dicte el Ministerio de Salud Pública, establecerá y asegurará los mecanismos de referencia y contra referencia entre los distintos niveles de atención.

Artículo 36.- El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y



tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia.

Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios.

Artículo 37.- El segundo nivel de atención está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día o de carácter crónico. Está orientado a satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad. En él se asientan la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia.

Artículo 38.- El tercer nivel de atención está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades.

Artículo 39.- La Junta Nacional de Salud fomentará el establecimiento de redes de atención en salud. Las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud podrán coordinar acciones dentro de un marco territorial definido, para brindar una adecuada asistencia y racionalizar los recursos.

Artículo 40.- Las redes territoriales de atención en salud podrán articular su labor con los centros educativos en cada zona así como con las políticas sociales

existentes y el conjunto de las políticas dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población, desarrollando una perspectiva intersectorial.

Artículo 41.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de

Salud podrán contratar entre sí y con terceros las prestaciones incluidas en los programas integrales de atención a la salud que apruebe el Ministerio de Salud Pública.

Dichos contratos deberán ser sometidos a la autorización de la Junta Nacional de Salud, la que controlará todo lo referente a la habilitación de los prestadores y su infraestructura, capacidad asistencial, relación entre el volumen de prestaciones a contratar y el número de usuarios del prestador contratante, plazos de los contratos y la estabilidad de las condiciones de relacionamiento.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



La Junta Nacional de Salud verificará que las entidades contratantes no mantengan deudas vencidas con quienes pretenden contratar, en cuyo caso deberán cancelarlas o refinanciarlas antes de la firma de un nuevo contrato.

Si la Junta Nacional de Salud no formula observaciones ni deniega la autorización dentro de los treinta días de presentada la solicitud, el respectivo contrato se considerará autorizado.

En situaciones de caso fortuito, fuerza mayor y otras razones de urgencia, los prestadores podrán contratar notificando de inmediato a la Junta Nacional de Salud. Ésta concederá un plazo prudencial para la presentación de la documentación contractual y acreditante de las circunstancias excepcionales que motivaron la contratación. En caso de incumplimiento, se aplicará el régimen sancionatorio previsto en el literal E) del artículo 28 de la presente ley.

Artículo 42.- Las farmacias registradas y habilitadas por el Ministerio de Salud Pública podrán dispensar medicamentos a los usuarios de los prestadores de salud que integren el Sistema

Nacional Integrado de Salud, en los términos de los contratos que celebren con los mismos.

A dichos contratos les será aplicable, en lo que corresponda, lo dispuesto en el artículo 41 de la presente ley.

Artículo 43.- Los precios de referencia para las contrataciones a que refieren los artículos 41 y 42 de la presente ley, podrán ser determinados por el Poder Ejecutivo.

Artículo 44.- Es incompatible el ejercicio de la dirección y el gerenciamiento de las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud que demanden servicios a terceros con la provisión de los mismos, salvo cuando se formalicen alianzas estratégicas entre prestadores o cuando uno de ellos asuma el gerenciamiento del otro. En ambos casos se requerirá autorización de la Junta Nacional de Salud.

La incompatibilidad incluye a las personas que ejerzan la función, sus socios, cónyuges o concubinos, ascendientes y descendientes hasta el segundo grado de consanguinidad.



Los contratos que se formalicen violando esta disposición serán nulos a partir del momento en que se verifique dicha incompatibilidad.

CAPÍTULO V

COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA

Artículo 45.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán suministrar a su población usuaria los programas integrales de prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública, con recursos propios o contratados con otros prestadores integrales o parciales públicos o privados.

Los programas integrales de prestaciones incluirán:

- A) Actividades de promoción y protección de salud dirigidas a las personas.
- B) Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad detectados.
- C) Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda.
- D) Acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes.

La reglamentación de la presente ley definirá taxativamente las prestaciones incluidas, que serán descriptas en términos de sus componentes y contarán con indicadores de calidad de los procesos y resultados, conforme a los cuales la Junta Nacional de Salud auditará la atención brindada a los efectos de autorizar el pago de cuota salud a los prestadores.

Artículo 46.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán ofrecer a su población usuaria prestaciones de emergencia médica incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública. La reglamentación definirá las modalidades y fecha de aplicación de esta disposición.

La afiliación a las entidades prestadoras de los referidos servicios de emergencia se realizará, por parte de los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, entre aquellas que se encuentren habilitadas por el Ministerio de Salud Pública para la prestación establecida en el inciso precedente y acepten las condiciones correspondientes.

El Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Economía y Finanzas, oyendo a la Junta Nacional de Salud, fijará



el importe que las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud abonarán a los prestadores de los servicios de referencia, así como los plazos en que el mismo deberá ser vertido.

Artículo 47.- Las prestaciones no incluidas en los programas integrales de observancia obligatoria, que ofrezcan a sus usuarios las instituciones que integren el Sistema Nacional

Integrado de Salud, serán convenidas entre prestadores y usuarios, en régimen de libre contratación. Cuando se trate de prestaciones sanitarias, el Ministerio de Salud Pública las controlará en sus aspectos técnicos.

Artículo 48.- Las prestaciones económicas correspondientes a enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y otras contingencias relacionadas con la salud, continuarán siendo brindadas por los organismos públicos y las entidades privadas competentes, de conformidad con las disposiciones en vigor. Los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud realizarán, para sus respectivos usuarios, las pericias técnicas que correspondan.

Los servicios complementarios de asistencia médica a que refiere el literal A) del artículo 7º del Decreto N° 7/976, de 8 de enero de 1976, que abona el Banco de Previsión Social, alcanzan exclusivamente a las personas comprendidas en el artículo 8º del Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, modificado por el artículo 1º de la Ley N° 15.953, de 6 de junio de 1988, incluidas en el literal A) del artículo 2º de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007.

CAPÍTULO VI

USUARIOS DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 49.- Son usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud todas las personas que residan en el territorio nacional y se registren en forma espontánea o a solicitud de la Junta Nacional de Salud, en una de las entidades prestadoras de servicios de salud que lo integren.

La reglamentación de la presente ley establecerá los términos y condiciones de dicho registro.



Artículo 50.- La elección de prestador es libre. Una vez formalizado el registro ante una de las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, podrá modificarse en los términos que fije la reglamentación. No se admitirá la doble cobertura de atención médica integral a cargo del Sistema, debiendo los usuarios optar por una de las que eventualmente les correspondiera.

Artículo 51.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tienen los siguientes derechos respecto de los prestadores integrados al mismo:

- A) A recibir información completa y actualizada sobre los servicios a que pueden acceder y sobre los requisitos para hacer uso de los mismos.
- B) A recibir, en igualdad de condiciones, las prestaciones incluidas en los programas integrales a que refiere el artículo 45 de la presente ley.
- C) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.
- D) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en las entidades que presten servicio de salud, sin perjuicio del requerimiento fundado de la Junta Nacional de Salud, del Ministerio de Salud Pública y del Fondo Nacional de Recursos cuando se trate de actos médicos financiados por el mismo, siempre conservándose la condición de confidencialidad respecto a terceras personas.
- E) A conocer los resultados asistenciales y económico-financieros de la entidad.
- F) A recibir información sobre las políticas de salud y los programas de atención integral que se implementen en el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- G) Los demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

Artículo 52.- Son obligaciones de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud:

- A) Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones a que tienen derecho.
- B) Dar cumplimiento a las formalidades que se requieran para acceder a los servicios de salud.
- C) Respetar los estatutos de las entidades prestadoras de servicios.
- D) Cumplir con las disposiciones de naturaleza sanitaria de observancia general y con las específicas que determinen las entidades prestadoras cuando estén utilizando sus servicios.



E) Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las mismas.

F) Las demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables. El incumplimiento de las obligaciones antes referidas acarreará las consecuencias previstas en los estatutos de las entidades prestadoras.

Artículo 53.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tendrán el derecho a participar en los órganos a que refiere el artículo 12 de la presente ley, en los términos que determine su reglamentación.

Artículo 54.- La Junta Nacional de Salud podrá establecer un sistema de recepción de quejas y denuncias de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, así como mecanismos de solución de diferendos entre éstos y los prestadores, sin perjuicio de los recursos administrativos y judiciales correspondientes.

CAPÍTULO VII

FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 55.- Las prestaciones que, conforme a la presente ley y su reglamentación, deben brindar obligatoriamente a los usuarios incorporados al Seguro Nacional de Salud los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, darán derecho a éstos al cobro de cuota salud según el número de personas inscriptas en sus padrones.

La cuota salud, cuyo valor será igual para prestadores públicos y privados, será fijada por el Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública, oyendo a la Junta Nacional de Salud. Dicha cuota tendrá en cuenta costos diferenciales según grupos poblacionales determinados y cumplimiento de metas asistenciales.

Se actualizará con la periodicidad que determinen las autoridades competentes, tomando en consideración costos asociados a sus componentes e incorporación de nuevos programas de atención a la salud.

El ajuste del monto de la cuota salud, la incorporación de nuevas prestaciones y la reducción de las tasas moderadoras, se efectuará teniendo en cuenta la existencia de economías derivadas de mejoras en la eficiencia del sistema y de la incorporación de nuevos usuarios a los padrones de los prestadores.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



Artículo 56.- La Administración de los Servicios de Salud del Estado adecuará las prestaciones de salud a las exigidas a las restantes entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, en forma progresiva, no pudiendo exceder este período de adecuación el 31 de diciembre de 2009.

Artículo 57.- Créase el Seguro Nacional de Salud, el que será financiado por el Fondo Nacional de Salud creado por el artículo 1º de la Ley Nº 18.131, de 18 de mayo de 2007, con cargo al cual se pagarán las cuotas salud que correspondan a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

El Fondo Nacional de Salud se constituirá en el Banco de Previsión Social de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1º de la Ley Nº 18.131, de 18 de mayo de 2007. Ello sin perjuicio de las competencias de la Junta Nacional de Salud como administradora del Seguro Nacional de Salud y consiguientemente titular y destinataria del Fondo que constituye su patrimonio.

El Banco de Previsión Social recepcionará los aportes a que refieren los artículos siguientes de la presente ley y efectivizará el pago de cuota salud a los prestadores, de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud.

En el ejercicio de los cometidos de administración tributaria a que refiere el inciso segundo, el Banco de Previsión Social actuará como sujeto activo de las contribuciones especiales de seguridad social que constituyen los recursos del Fondo conforme lo dispuesto por el artículo 60 de la presente ley.

En dicha calidad estará plenamente facultado para el cumplimiento integral de los procesos y procedimientos sustanciales implicados en la gestión tributaria de tales aportes incluyendo recaudación, fiscalización, determinación tributaria, agotamiento de la vía administrativa, defensa contencioso anulatorio y gestión coactiva.

Artículo 58.- Los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán rechazar a ningún usuario amparado por el Seguro Nacional de Salud ni limitarle las prestaciones incluidas en los programas integrales de salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública.

P



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



Artículo 59.- Los créditos de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, creada por Ley N° 18.161, de 29 de julio de 2007, con financiación 1.2 "Recursos con Afectación Especial", se ajustarán mensualmente de acuerdo al monto de la recaudación correspondiente a dicho organismo por concepto de cuota salud, a cuyos efectos el administrador del Fondo Nacional de Salud remitirá la información necesaria al Ministerio de Economía y Finanzas. Simultáneamente se reducirán los créditos correspondientes a la financiación 1.1 "Rentas Generales", en el importe anualizado resultante a la variación mensual en el número de usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud inscriptos en el padrón de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, multiplicado por el costo promedio por usuario de dicho organismo. Dicho costo promedio será determinado por el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Salud Pública.

El Ministerio de Economía y Finanzas comunicará a la Contaduría General de la Nación el monto de las modificaciones presupuestales dispuestas en los incisos precedentes, así como el resultante del artículo 8° de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007.

La Administración de los Servicios de Salud del Estado comunicará a la Contaduría General de la Nación y a la Oficina de Planeamiento y Presupuesto la distribución a nivel de unidad ejecutora, grupo y objeto de gasto y proyecto de inversión, de las modificaciones presupuestales dispuestas en la presente norma, sin la cual no podrá ejecutar los créditos a que refiere el presente artículo.

Artículo 60.- Serán recursos del Fondo Nacional de Salud el ciento por ciento de los provenientes de:

- A) Aportes obligatorios de trabajadores y empresas del sector privado.
- B) Aportes obligatorios de los trabajadores del sector público incorporados al Seguro Nacional de Salud.
- C) Aportes del Estado y de las personas públicas no estatales sobre la masa salarial que abonen a sus dependientes incorporados al Seguro Nacional de Salud.
- D) Aportes obligatorios de pasivos.
- E) Aportes obligatorios de personas físicas que no queden incluidas en los literales anteriores.



F) El porcentaje previsto en el artículo 22 de la presente ley.

G) Otros que pudieran corresponderle por aplicación de disposiciones legales o reglamentarias.

H) Las rentas generadas por sus activos, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Autorízase al Poder Ejecutivo en acuerdo con el Ministerio de Economía y Finanzas a atender las insuficiencias financieras del Fondo Nacional de Salud debidamente justificadas.

Artículo 61.- El Estado, las personas públicas no estatales y las empresas privadas aportarán al

Fondo Nacional de Salud un 5% (cinco por ciento) del total de las retribuciones sujetas a montepío que paguen a sus trabajadores amparados por el Seguro Nacional de Salud y los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del artículo 337 y siguientes de la Ley N° 16.320, de 1° de noviembre de 1992, y sus modificativas, manteniéndose -a los efectos de este artículo- las exoneraciones previstas en los literales A) y B) del artículo 90 de la Ley N° 18.083, de 27 de diciembre de 2006.

Los aportes patronales básicos y complementarios a que refiere el inciso anterior se aplicarán respecto de todos los colectivos incorporados al Seguro Nacional de Salud por la presente ley y por la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007, en los plazos que las mismas establecen.

Las empresas rurales comprendidas en la Ley N° 15.852, de 24 de diciembre de 1986, seguirán aportando en base a la superficie explotada en un todo de acuerdo a dicha norma.

Los patronos y empresas unipersonales rurales mantendrán el régimen de aportaciones previsto en las Leyes N° 16.320, de 1° de noviembre de 1992, y N° 16.883, de 10 de noviembre de 1997.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, los unipersonales rurales optantes por la cobertura de salud bonificada de conformidad con la Ley N° 16.883, de 10 de noviembre de 1997, aportarán el 45% (cuarenta y cinco por ciento) de la cuota mutual y aquellos que se encuentren en la situación a que refiere el artículo 64 de la presente ley, aportarán el 60% (sesenta por ciento) del



valor de la cuota mutual determinada de acuerdo a lo previsto por el artículo 337 de la Ley N° 16.320, de 1° de noviembre de 1992.

Los empresarios unipersonales rurales y los empresarios unipersonales monotributistas mantendrán el carácter opcional de su afiliación al Seguro de Salud, conforme con las disposiciones legales vigentes (Ley N° 16.883, de 10 de noviembre de 1997, y Ley N° 18.083, de 27 de diciembre de 2006).

Los trabajadores públicos y privados aportarán un porcentaje de sus retribuciones dentro de las que se computarán los aportes ya previstos en el Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, y en la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007, de acuerdo al siguiente detalle:

A) 6% (seis por ciento) si las retribuciones superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y tienen a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.

B) 4,5% (cuatro con cinco por ciento) si las retribuciones superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y no tienen a cargo hijos menores de 18 años ni mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.

C) 3% (tres por ciento) si las retribuciones no superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales, con independencia de que tengan o no a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.

Para el caso de los trabajadores públicos y otros dependientes del Estado, incorporados al Seguro Nacional de Salud por aplicación del artículo 2° de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007, regirá lo dispuesto por el artículo 4° de la misma ley, debiendo aportar un porcentaje adicional de sus retribuciones cuando sus ingresos superen 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales, de acuerdo al siguiente detalle:

A) 3% (tres por ciento) si tienen a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino.

B) 1,5% (uno con cinco por ciento) si no tienen a cargo hijos menores de 18 años ni mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



No se considerará hijo a cargo, a los efectos de esta ley, cuando el menor de 18 años o mayor de esa edad con discapacidad genere por sí mismo el derecho a integrarse como trabajador al Seguro Nacional de Salud.

Artículo 62.- Los trabajadores dependientes y no dependientes incorporados al Seguro Nacional de Salud que se acojan al beneficio de la jubilación, continuarán amparados por el mismo y realizando los aportes sobre el total de haberes jubilatorios por los cuales se jubila, determinados en los artículos 61 y 66 de la presente ley, según corresponda a la estructura de su núcleo familiar.

El usufructo del derecho previsto en el inciso anterior será optativo para quienes justifiquen el acceso, por otros medios, a cobertura de salud de un nivel similar a la que brinda el Sistema Nacional Integrado de Salud, no quedando exonerados de realizar los aportes correspondientes.

Se consideran usuarios del Seguro Nacional de Salud creado por la presente ley, los trabajadores que cumplen un mínimo de trece jornadas de trabajo en el mes o perciben el equivalente a 1,25 veces de la Base de Prestaciones y Contribuciones. No obstante lo dispuesto precedentemente, los patronos que asuman la financiación patronal complementaria a que refiere el artículo 61 de la presente ley, podrán atribuir la respectiva condición de usuario del seguro al trabajador, cualquiera fuera el tiempo de trabajo o su nivel de ingreso.

Artículo 63.- Los jubilados que se desempeñaron como no dependientes en actividades amparadas por el Banco de Previsión Social, cuyo haber jubilatorio total no supere la suma de 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y que además integren hogares donde el promedio de ingresos por todo concepto, por integrante no supere la suma de 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales podrán optar por ingresar en el Seguro Nacional de Salud aportando un 3% (tres por ciento) de su pasividad a partir del 1º de enero de 2008.

Artículo 64.- Los aportes a que hacen referencia los artículos 61, 62, 70 y 71 de la presente ley darán derecho a los hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino a cargo de los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, a recibir atención integral en salud a través de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.



Los asegurados mencionados en el inciso primero podrán optar por incluir a sus hijos desde los 18 y hasta cumplir los 21 años de edad, amparándolos por el Seguro Nacional de Salud, aportando al Fondo Nacional de Salud el valor de la cuota salud y la correspondiente al Fondo Nacional de Recursos. La reglamentación establecerá las condiciones de pago de esta opción.

Los padres elegirán para ellos el prestador público o privado que estimen conveniente, en acuerdo con el artículo 50 de la presente ley e independientemente de aquél al que ellos estén incorporados. En caso de fallecimiento de los progenitores o de disolución de la pareja parental por separación o divorcio, realizará la elección de la entidad quien, teniendo la condición de trabajador o pasivo amparado por el Seguro Nacional de Salud, tenga la guarda.

Para los que estén sujetos a tutela o curatela, los tutores o curadores que tengan la condición de trabajadores o pasivos amparados por el Seguro Nacional de Salud elegirán la entidad atendiendo a las necesidades particulares de los mismos.

El concepto de hijo a cargo y los derechos que la presente ley otorga a los concubinos y a sus hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad se aplicarán en los términos de la reglamentación que dicte el Poder Ejecutivo.

Artículo 65.- Todas las personas que dejen de cumplir las condiciones para ampararse en el

Seguro Nacional de Salud podrán optar por continuar inscriptos en los padrones de los mismos prestadores, pagando directamente por los servicios de atención integral de salud que reciban, no pudiendo ser rechazados por ellos.

Artículo 66.- Los trabajadores públicos y privados y las personas amparadas por el Seguro Nacional de Salud a que refieren los artículos 62, 70 y 71 de la presente ley que tengan cónyuge o concubino a cargo, aportarán un 2% (dos por ciento) adicional de sus retribuciones para incorporar a los mismos a dicho seguro, lo que les dará derecho a recibir atención integral en salud a través de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



La incorporación de cónyuges y concubinos y el inicio del aporte previsto en el inciso precedente se realizarán teniendo en cuenta el número de hijos menores a cargo, de acuerdo al siguiente cronograma: Antes del 31 de diciembre de 2010: cónyuge o concubino del aportante con 3 o más hijos menores de 18 años a cargo. Antes del 31 de diciembre de 2011: cónyuge o concubino del aportante con 2 hijos menores de 18 años a cargo.

Antes del 31 de diciembre de 2012: cónyuge o concubino del aportante con 1 hijo menor de 18 años a cargo.

Antes del 31 de diciembre de 2013: cónyuge o concubino del aportante sin hijos menores de 18 años a cargo.

Artículo 67.- Estarán exceptuados de realizar los aportes determinados en el artículo 61 de la presente ley, las personas a que se refiere el artículo 18 de la presente ley, en tanto permanezcan en la misma entidad. Si tuvieren a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino, aportarán el 3% (tres por ciento) de sus retribuciones. De tener cónyuge o concubino a cargo, aportarán 2% (dos por ciento) de sus retribuciones, de acuerdo al cronograma previsto en el artículo 66 de la presente ley.

Artículo 68.- Quedarán incorporados al Seguro Nacional de Salud a partir del 1º de enero de 2008 -además de los comprendidos en lo dispuesto en el artículo 2º de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007- los funcionarios del Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública", del Inciso 16 "Poder Judicial", del Inciso 25 "Administración Nacional de Educación Pública", del Inciso 26 "Universidad de la República", del Inciso "Administración de los Servicios de Salud del Estado", del Poder Legislativo, incluyendo a los legisladores, y los funcionarios de los organismos públicos nacionales, con excepción del Inciso 03 "Ministerio de Defensa Nacional" e Inciso 04 "Ministerio del Interior". Asimismo, quedarán incorporados a partir de dicha fecha, los beneficiarios del subsidio transitorio por incapacidad parcial establecido en el artículo 22 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995.

Los créditos presupuestales habilitados a la Administración Central y a los organismos del artículo 220 de la Constitución de la República, para financiar regímenes propios de cobertura médica a quienes resulten beneficiarios del



Seguro Nacional de Salud por aplicación del inciso precedente, financiarán los aportes establecidos en la presente ley, de acuerdo a lo que determine la reglamentación.

Los funcionarios públicos y otros dependientes del Estado que tengan regímenes propios de cobertura médica aprobados por ley o aun por normas que no sean leyes, los mantendrán hasta que los mismos sean modificados por las autoridades competentes.

Lo dispuesto en el inciso anterior no exonera a los mismos de aportar al Fondo Nacional de Salud, según corresponda por aplicación de las disposiciones de la presente ley.

Artículo 69.- Los trabajadores comprendidos en el régimen de Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales que funcionen al amparo del artículo 41 del Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, así como los afiliados a la Caja Notarial de Seguridad Social a que refieren los literales B), C), D) y E) del artículo 43 de la Ley N° 17.437, de 20 de diciembre de 2001, y los amparados en lo dispuesto por los artículos 337 a 342 de la Ley N° 13.318, de 28 de diciembre de 1964, y sus modificativas (CHASSFOSE), que aseguren a sus beneficiarios cobertura integral de salud en un nivel no inferior al establecido por la presente ley, se incorporarán al Seguro Nacional de Salud no más allá del 1° de enero de 2011. Hasta el momento de su incorporación al Seguro Nacional de Salud, dichas entidades continuarán recibiendo los aportes y rigiéndose por las disposiciones legales y reglamentarias que les son aplicables.

Facúltase al Poder Ejecutivo a dar el mismo tratamiento a los trabajadores que cuenten con regímenes acordados con los empleadores privados mediante convenios colectivos o acuerdos similares que hayan estado vigentes al menos desde un año antes de la promulgación de la presente ley.

Artículo 70.- Quienes obtengan ingresos originados en la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, realizarán los aportes al Fondo Nacional de Salud aplicando la tasa que corresponda a la diferencia entre el total de los ingresos originados en dichos servicios y el porcentaje a que refiere el artículo 34 del Título 7 del Texto Ordenado 1996.



En caso de que los ingresos a que refiere el inciso anterior hayan quedado incluidos en el Impuesto a las Rentas de las Actividades Económicas, las referidas alícuotas se calcularán sobre la base imponible de dicho tributo.

Lo dispuesto precedentemente se aplicará de acuerdo a lo establecido en los artículos 61 y 66 de la presente ley; a los aportes resultantes se le adicionarán los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del artículo 338 de la Ley N° 16.320, de 1° de noviembre de 1992.

La obligación de aportar, así como la incorporación de los respectivos usuarios al Seguro Nacional de Salud cuando no fueren beneficiarios del mismo, regirá a partir del 1° de enero de 2011 y se realizará en la forma que determine la reglamentación.

Artículo 71.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, a partir de la vigencia de la presente ley los propietarios de empresas unipersonales con actividades comprendidas en el Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, que no tengan más de un trabajador subordinado y estén al día con sus aportes al sistema de la seguridad social, realizarán solamente los aportes personales y patronales al Fondo Nacional de Salud, aplicando las tasas establecidas en los artículos 61 y 66 de la presente ley, sobre un ficto de 6,5 BPC (seis con cinco bases de prestaciones y contribuciones).

Para el caso de los propietarios de empresas unipersonales referidos en el inciso anterior, que presten solamente servicios personales fuera de la relación de dependencia, el régimen establecido en el presente artículo regirá hasta el 31 de diciembre de 2010. A partir del 1° de enero de 2011 pasarán a regirse por lo dispuesto en el artículo anterior.

Artículo 72.- Facúltase al Poder Ejecutivo a postergar las fechas de ingreso establecidas en la presente ley, siempre que fuera necesario para asegurar la sostenibilidad de las cuentas públicas. El Poder Ejecutivo deberá informar de ello al Poder Legislativo con una antelación mínima de ciento veinte días previos al 1° de enero de cada uno de dichos años.

Artículo 73.- El Fondo Nacional de Recursos mantendrá su autonomía administrativa en los términos de la Ley N° 16.343, de 24 de diciembre de 1992, y demás disposiciones aplicables.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



Los aportes a que refieren los literales A), B) y C) del artículo 3° de la Ley N° 16.343, de 24 de diciembre de 1992, serán sustituidos por una cuota única por cada beneficiario del Seguro Nacional de Salud que la Junta Nacional de Salud le reembolsará.

Artículo 74.- Facúltase al Poder Ejecutivo a incluir en el régimen de la presente ley a los funcionarios de los Gobiernos Departamentales, quienes realizarán los aportes previstos en los artículos 61 y 66 de la presente ley.

CAPÍTULO VIII

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 75.- Los beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud no incluidos en el régimen de la presente ley seguirán abonando directamente a sus respectivos prestadores por los servicios de salud que reciban.

Artículo 76.- Hasta la instalación de la Junta Nacional de Salud, las funciones que se le atribuyen a la misma serán ejercidas por el Ministerio de Salud Pública y el Banco de Previsión Social, según corresponda.

Facúltase al Poder Ejecutivo a dictar las normas reglamentarias necesarias que viabilicen la transición hacia el sistema que regirá a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 77.- La presente ley regirá a partir del 1° de enero de 2008.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 21 de noviembre de 2007.

ALBERTO COURIEL,

Presidente.

Hugo Rodríguez Filippini,

Secretarios.

MINISTERIO DEL INTERIOR

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS

MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGÍA Y MINERÍA

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Trabajo final de investigación



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE GANADERÍA, AGRICULTURA Y PESCA

MINISTERIO DE TURISMO Y DEPORTE

MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y MEDIO
AMBIENTE

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

Montevideo, 5 de diciembre de 2007.

Cúmplase, acúcese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro
Nacional de Leyes y Decretos.

TABARÉ VÁZQUEZ.

DAISY TOURNÉ.

REINALDO GARGANO.

DANILO ASTORI.

AZUCENA BERRUTTI.

FELIPE MICHELINI.

VICTOR ROSSI.

MARTÍN PONCE DE LEÓN.

EDUARDO BONOMI.

MARÍA JULIA MUÑOZ.

JOSÉ MUJICA.

HÉCTOR LESCANO.

MARIANO ARANA.

MARINA ARISMENDI.