

Actividades de enfermería y medicina familiar y comunitaria en los equipos de primer nivel de atención de Uruguay

Involvement of family and community doctors and nurses in primary health care activities in Uruguay.

Atividades de enfermagem e medicina de família e comunidade nas equipes de atenção de primeiro nível do Uruguai

Estela Harispe¹, Fiorella Cavalleri², Ima León²

Resumen

Objetivo: determinar cómo debería distribuirse la responsabilidad sobre las actividades entre enfermería profesional y medicina familiar y comunitaria en un equipo de primer nivel de atención.

Método: estudio exploratorio de consulta a expertos de la academia.

Resultados: participaron nueve expertas de enfermería comunitaria de la Facultad de Enfermería y once expertos de medicina familiar y comunitaria de la Facultad de Medicina de la UDELAR. Se identificaron similitudes y diferencias entre ambos grupos de expertos sobre cómo distribuir la responsabilidad de cada profesión en la realización de un grupo de actividades a desarrollarse en el primer nivel de atención.

Conclusiones: por primera vez en el país se analizó la distribución de funciones de dos disciplinas de la salud en forma conjunta.

Se encontró un alto grado de acuerdo en las actividades que deben desarrollar los equipos de atención de primer nivel. Los expertos identificaron un importante número de actividades que pueden y/o deben ser desarrolladas por ambas profesiones, con igual responsabilidad y un bajo número preferente o exclusivo de cada profesión.

La distribución de funciones y actividades entre estos profesionales en forma suplementaria, complementaria o sustituta, aportaría a la definición de modelos de dotación que mejoren la calidad y los costos de atención.

Palabras clave: Enfermería de atención primaria
Medicina familiar y comunitaria
Atención primaria de salud

Key words: Primary care nursing
Family practice
Primary health care

1. Mg. en Gerencia y Administración con concentración en Servicios de Salud. Facultad de Ciencias Económicas y Administración, UDELAR.

2. Dpto. de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina, UDELAR.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Este manuscrito ha sido leído y aprobado por todos sus autores.

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

Recibido: 19/4/2022

Aprobado: 10/9/2022

Introducción

El presente trabajo, junto con dos anteriores^(1,2), refiere a las actividades de enfermeras y médicos en el primer nivel de atención (PNA). La reforma del sistema de salud iniciada en 2005 en Uruguay tuvo tres grandes ejes de transformación: el modelo de financiación, el modelo de gestión y el modelo de atención⁽³⁾. La estrategia de atención primaria de salud (APS)⁽⁴⁾ y la priorización del primer nivel de atención fueron definidas en la ley 18.211⁽⁵⁾ como bases para el cambio del modelo de atención.

Las características del PNA implican una gran complejidad organizativa. La amplia distribución territorial de sus servicios y su entramado con territorios singulares, con diferentes necesidades de atención; la integralidad de su abordaje en estrecha relación con aspectos sociales y culturales de las personas, familias y comunidades, son algunas de ellas. Su abordaje exige competencias disciplinares específicas del área social y de salud pública. Su organización requiere el uso de estrategias que permitan resolver con eficiencia la gestión de recursos distribuidos en un amplio territorio. La actualización clínica y la comunicación con y entre sus profesionales, y con los otros niveles de atención, son desafíos permanentes.

La formación de los profesionales de la salud que trabajan en el primer nivel de atención, incluye en mayor o menor medida, competencias y herramientas para esta aproximación, sin ser exclusivas de una u otra disciplina. Esto proporciona diversidad de posibilidades para la organización del trabajo y la asignación de roles en los equipos.

Existen diferentes visiones en cuanto a cómo deben componerse los equipos de primer nivel de atención, pero hay dos profesiones que están siempre presentes, la medicina y la enfermería⁽⁶⁻¹⁰⁾.

Las funciones que se asignan a una profesión, su rol social, su desarrollo y las asociaciones con otras profesiones devienen de un complejo proceso sociopolítico con múltiples actores⁽¹¹⁻¹³⁾.

La construcción de equipos requiere el reconocimiento de los aportes de todos sus integrantes. El “saber” como espacio de poder está presente tanto en el ámbito académico como en el profesional y genera asimetrías dentro de los equipos de salud.

Este “poder” en el ámbito de la formación opera generalmente consagrando y legitimando la fuerte estratificación profesional. Fenómeno que se reproduce en los servicios y que dificulta una distribución de tareas centrada en el usuario y sus necesidades⁽¹¹⁾.

El equipo de salud* contemporáneo ha estado fuer-

temente dominado por la profesión médica, alrededor de la cual se desarrollan las demás profesiones y ocupaciones de la salud. En un enfoque sociológico, Freidson afirma que “la división paramédica del trabajo es un sistema estratificado cuyas ocupaciones están integradas en diferentes grados alrededor del trabajo médico”. Manifiesta que “Dada la autoridad de su conocimiento, su juicio y su responsabilidad, ejercidos esencialmente en la división del trabajo, se deduce que existe una jerarquía de pericia independiente de la jerarquía administrativa del hospital, en la que el médico ordena y supervisa. Esto lleva a un comportamiento jerarquizado aún en los ambientes donde la filosofía del tratamiento supone intentos de establecer comunidades terapéuticas o democráticas que si bien no son jerárquicas en la interacción, resultan jerárquicas en la práctica”⁽¹³⁾.

La enfermería tiene actualmente un área de trabajo colaborativo o dependiente con la profesión médica y un área independiente⁽¹⁴⁾. Con el desarrollo de la enfermería profesional también surgen ocupaciones auxiliares del cuidado. La enfermera profesional se dedica en mayor medida a la gestión del cuidado que al cuidado directo del paciente. Según Freidson la dedicación de las enfermeras a la administración hospitalaria es también una respuesta a la movilidad bloqueada, ya que aunque como enfermera de cabecera no puede evitar la subordinación al médico, sí puede hacerlo como administrador, profesión sobre la que ninguna ocupación ejerce el monopolio⁽¹³⁾. El autor afirma que la enfermera “sirve como adjunto tanto del médico como de la autoridad administrativa, lo cual no es el caso del personal auxiliar... A diferencia del personal auxiliar, a la enfermera se le atribuye identidad profesional, y por eso es posible que se encuentre implicada en un sistema de tratos considerablemente más complejos (...) si bien puede actuar como un foco problemático de perspectivas conflictivas, también puede ser muy bien el punto de equilibrio de poder en el resultado de la relación entre médicos y pacientes.”

Desde una perspectiva histórica las profesiones se han desarrollado según el paradigma predominante de salud, concentrando el médico su accionar en curar la enfermedad y la enfermera en el cuidado.

Ambas profesiones han incorporado progresivamente las esferas psicosociales y el enfoque de los determinantes de la salud para el logro de sus objetivos profesionales, en sintonía con los cambios de paradigma sobre el proceso de salud-enfermedad. Este abordaje amplificado de su objeto de acción, genera espacios comunes en que ambas disciplinas se conjugan o superponen.

En la organización hospitalaria la distribución de tareas tiene una trayectoria histórica que genera mayores certezas a sus integrantes. El PNA, con una historia

* Usamos el término equipo de salud para referirnos a los profesionales que trabajan en un mismo servicio, aunque no reúnan las características de un equipo según las definiciones que se presentan en este documento.

más reciente, encuentra grandes desafíos. Surgen interrogantes sobre la mejor manera de resolver la distribución de las funciones para avanzar en el cambio de modelo de atención. Por las particularidades organizacionales de los servicios de salud, caracterizado como “burocracias profesionales” según el modelo de Mintzberg⁽¹⁵⁾, esta interrogante se responderá en gran medida en la academia y en las sociedades científicas.

Según Starfield⁽¹⁶⁾, la asignación de actividades a profesionales no médicos (como las enfermeras) puede buscar:

- Suplementar, amplía la eficiencia del médico delegando parte de sus tareas bajo su supervisión.
- Substituir, asume parte de las tareas habituales del médico.
- Complementar, asume tareas que el médico no hace o hace renuentemente.

Las enfermeras de PNA tienen arreglos laborales muy diferentes según el país del que se trate, variando en gran medida lo que su profesión puede realizar en forma independiente de la profesión médica. En algunos países las enfermeras realizan consultas de enfermería pudiendo realizar derivaciones e interconsultas e incluso prescribir⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

A nivel nacional, se reconoce la importancia de definir la composición del equipo de PNA, tanto por su impacto en la calidad de la atención como por los costos que genera⁽¹⁹⁾. Algunos trabajos nacionales han abordado el tema^(6,8-10), pero en ningún caso se ha propuesto cuáles deben ser las funciones de las distintas disciplinas en el equipo.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay propuso⁽⁸⁾ que en la medida en que las actividades pueden ser realizadas por distintas disciplinas, debería ser el propio equipo el que las distribuye entre sus integrantes de acuerdo a sus competencias específicas.

Si bien se entiende que esta propuesta pretende superar asignaciones jerárquicas dentro del equipo, podría someter a los profesionales a importantes tensiones ya que en la práctica la construcción de un equipo de trabajo es un desafío importante y requiere un esfuerzo dirigido para el logro de sus objetivos^(7,20).

Uruguay ha presentado históricamente una dotación de recursos humanos en salud privilegiada en relación a América Latina, y una dotación de médicos por habitantes superior al promedio de Europa. En 2017 había registrados 16.268 médicos, 6.176 licenciados en enfermería y 23.606 auxiliares de enfermería⁽¹⁹⁾ para una población de 3.440.157 habitantes⁽²¹⁾. Se han considerado como problemas para avanzar en el cambio de modelo de atención la baja dotación de enfermeras profesionales, la alta especialización médica en especialidades no básicas y la concentración de estos recursos en la capital del país, y en el segundo y tercer nivel de atención⁽¹⁹⁾.

La definición de las actividades que puede y/o debe realizar la medicina familiar y comunitaria y la enfermería profesional en el primer nivel de atención en Uruguay contribuirá a delinear mejor la composición de los equipos de atención del primer nivel y proyectar las necesidades de recursos humanos en salud.

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

Se convocó como expertos a docentes de la UDELAR, institución responsable de más del 80% de las matriculaciones universitarias⁽²²⁾.

Los resultados de la primera y la segunda etapa respecto a las actividades de enfermería profesional, y de medicina familiar y comunitaria, ya fueron publicados^(1,2).

En este artículo se presentan los resultados de la tercera etapa.

Su objetivo es determinar cómo debería distribuirse la responsabilidad entre enfermería profesional y medicina familiar y comunitaria en un equipo de primer nivel de atención.

Material y método

Se realizó una investigación de tipo exploratorio y descriptivo.

El universo de estudio estuvo constituido por 27 expertos:

- 12 del Departamento de Enfermería Comunitaria de la UDELAR. Una profesora (grado 5), cuatro profesoras agregadas (grado 4), siete profesoras adjuntas (grado 3).
- 15 del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la UDELAR. Un profesor (G5), 3 profesoras agregadas (grado 4) y 11 profesores adjuntos (grado 3).

El período de consulta a los expertos fue de enero a octubre de 2017.

Variables de estudio

Responsabilidad profesional de médicos de familia y comunidad y de enfermería profesional, sobre las actividades* del equipo del PNA.

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

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

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

Tabla 1. Actividades incluidas en el formulario de consulta, distribuidas por categoría de funciones profesionales.

<i>Categoría</i>	<i>N° de actividades incluidas</i>	<i>Tipo de actividades</i>
1. Análisis de la Situación de Salud Participativo (ASSP) y Planificación	20	Actividades vinculadas a todas las etapas del ASSP. Relevamiento de información, selección de prioridades, definición de objetivos metas e indicadores. Planificación de acciones y recursos. Evaluación del plan.
2. Proceso asistencial	14	Realización y/o coordinación de la asistencia a individuos, familias y comunidades incluyendo actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
3. Organización y coordinación del Proceso asistencial	15	Organización y coordinación de la asistencia en el servicio y entre niveles de atención. Gestión de programas.
4. Gestión de recursos	20	Planificación, organización, dirección y evaluación de los recursos humanos y materiales.
5. Coordinación interinstitucional, intersectorial y participación comunitaria	12	Trabajo con grupos y redes locales, instituciones del sector salud y de otros sectores. Trabajo con usuarios y sus organizaciones.
6. Docencia y capacitación	12	Promoción y participación en la capacitación propia y del equipo.
7: Investigación	11	Promoción y participación en propuestas de investigación.
Total de actividades	104	

Diferenciación de funciones y roles profesionales

Para conocer la opinión de los expertos, se utilizó el listado de actividades consensuadas por cada grupo, como actividades propias de su profesión^(1,2).

Se compararon los listados de ambos grupos identificando actividades similares y actividades mutuamente excluyentes. Se formó un listado único con el que se elaboró un formulario conteniendo 104 actividades agrupadas en siete funciones profesionales, 46 de consenso de enfermería, 38 de consenso de medicina, 20 consideradas como consenso de ambos grupos. En la tabla 1 se presentan la cantidad y tipo de actividades por categoría de funciones profesionales.

En el formulario enviado a los expertos se solicitó que asignaran el grado de responsabilidad de ambas profesiones sobre cada actividad.

Se definió responsabilidad como la injerencia en la toma de decisiones que el profesional debe tener sobre la actividad.

Para adjudicar esa responsabilidad se les pidió que tuvieran en cuenta dos aspectos en forma conjunta:

- La competencia específica de cada disciplina.
- La mejor organización del trabajo (utilización del recurso profesional).

Las opciones (mutuamente excluyentes) que podían elegir los expertos fueron:

1. Debe realizarla exclusivamente el médico de familia.
2. Debe realizarla exclusivamente la Lic. en Enfermería.
3. Deben realizarla los dos profesionales pero la mayor responsabilidad es del médico de familia.
4. Deben realizarla los dos profesionales pero la mayor responsabilidad es del Lic. en Enfermería.
5. Deben realizarla los dos con igual responsabilidad.
6. Estoy en desacuerdo en que esa sea una actividad de alguno de los profesionales mencionados.

Análisis de datos

Los datos obtenidos se cuantificaron por función profesional y por profesión, para observar la distribución de respuestas entre los grupos frente a la misma actividad.

Con el listado de actividades que obtuvieron consenso (no tuvieron respuestas en desacuerdo), se agruparon las opciones que asignaban preferencia o exclusividad a cada profesión obteniendo tres opciones posibles:

- Igual responsabilidad.
- Preferencia o exclusividad para enfermería.
- Preferencia o exclusividad para medicina.

Se conformó un listado de actividades que obtuvieron mayoría de respuestas en una opción por parte de ambos grupos, un listado de actividades que obtuvieron mayoría en una opción por parte de un solo grupo y

Tabla 2. Distribución de respuestas sobre asignación de responsabilidades a cada profesión según grupo de expertos.

Grupo experto	1. Exc. Médico de Familia		2. Exc. Lic. en Enfermería		3. Mayor resp. Méd. de Familia		4. Mayor resp de la Lic. en Enfermería		5. Igual resp.		6. Estoy en des. con la act		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Respuesta de Enfermería	14	1,5	115	12,3	53	5,7	154	16,5	583	62,3	17	1,8	936	100
Respuesta de Medicina	25	2,4	64	6,2	95	9,1	192	18,5	633	60,9	31	3,0	1040	100
Total	39	2,0	179	9,1	148	7,5	346	17,5	1216	61,5	48	2,4	1976	100

un listado de actividades que no obtuvieron mayoría en ninguna opción.

Se consideró mayoría para enfermería cuando seis o más de las nueve expertas eligieron la misma opción y para medicina cuando siete o más de los 10 expertos eligieron la misma opción.

Resultados

Participaron en el estudio, 19 expertos, nueve del Departamento de Enfermería Comunitaria de la UDELAR (tres profesoras agregadas y seis profesoras adjuntas) y 10 del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la UDELAR (tres profesoras agregadas y siete profesores adjuntos).

Las respuestas sobre responsabilidades de cada profesión para el desarrollo de las 104 actividades puestas a consideración se distribuyeron según se presenta en la tabla 2.

La opción mayoritaria en ambos grupos fue asignar igual responsabilidad a ambas profesiones (61,5%). Son más frecuentes las respuestas que asignan exclusividad y mayor responsabilidad a enfermería, que a medicina.

Sumadas las opciones preferentes y exclusivas de cada profesión, observamos que ambos grupos tienen una auto asignación preferente o exclusiva levemente mayor que el otro grupo. Enfermería se autoasigna preferencia o exclusividad en 28% de las respuestas y medicina le asigna 24%. Medicina se autoasigna preferencia o exclusividad en 11% y enfermería le asigna 7%.

Las respuestas en desacuerdo con que alguna de las actividades fuera asignadas a enfermería y/o medicina representaron el 2,4%.

En la tabla 3 se presentan los principales resultados por categoría de función profesional.

Tres categorías tienen una asignación de igual responsabilidad en sus actividades superior a 70% por ambos grupos de expertos: ASSP y planificación (75%), Docencia y capacitación (81%) e Investigación (78%).

La categoría cuyas actividades obtuvieron respuestas con mayor asignación de exclusividad y mayor responsabilidad a una u otra profesión fue Proceso asistencial,

seguida por Gestión de recursos y por Organización y coordinación del proceso asistencial.

La categoría Gestión de recursos tuvo alta asignación de preferencia y exclusividad a enfermería por ambos grupos (41% medicina y 54% enfermería), pero las enfermeras se autoasignan exclusividad en mayor número de respuestas (29%) que la asignada por medicina (15%). Los médicos asignan igual responsabilidad en el 54% de las respuestas, en tanto enfermería lo hace en el 38%. Ambos grupos tienen baja asignación preferente para medicina (2%) y nula exclusividad.

En la categoría Coordinación interinstitucional, intersectorial y participación comunitaria, ambos grupos eligen mayoritariamente la opción igual responsabilidad pero enfermería lo hace en mayor proporción (74% enfermería y 58% medicina). Medicina asigna preferencia o exclusividad a enfermería en el 31% de las respuestas en tanto las enfermeras lo hacen en el 18%. Ambos grupos tienen baja asignación preferente para medicina (6 y 7% respectivamente) y nula exclusividad.

A continuación se presentan los principales resultados sobre las responsabilidades profesionales en las actividades puestas a consideración.

De las 104 actividades propuestas, 72 tuvieron consenso en que son actividades de una o ambas profesiones y 32 no. Las respuestas en desacuerdo con incluir las 32 actividades, representaron el 2%. Los fundamentos del desacuerdo fueron mayoritariamente por considerar que la actividad no correspondía al nivel operativo de estas dos profesiones.

De las 72 actividades consensuadas, en 43 (60%) hubo mayoría de respuestas de ambos grupos en una de las opciones, distribuidas de la siguiente forma:

- Igual responsabilidad para ambas profesiones en 32 actividades
- Preferencia o exclusividad a medicina en 3 actividades
- Preferencia o exclusividad a enfermería en 8 actividades.

Las 29 actividades restantes no lograron mayoría en uno o en ambos grupos.

Tabla 3. Asignación de responsabilidad, por grupo de expertos (médicos y enfermeros), a medicina y enfermería profesional, en 104 actividades de PNA distribuidas en 7 categorías de funciones profesionales.

Categorías	Grupo experto	1. Exc. Médico de Familia		2. Exc. Lic. en Enfermería		3. Mayor resp. Méd. de Familia		4. Mayor resp de la Lic. en Enfermería		5. Igual resp.		6. Estoy en des. con la act		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Análisis de la Situación de Salud de la Población (ASSP) y Planificación, 20 actividades	Enfermería	0	0	3	2	3	2	33	18	140	78	1	1	180	100
	Medicina	0	0	5	3	13	7	29	15	146	73	7	4	200	100
	Total	0	0	8	2	16	4	62	16	286	75	8	2	380	100
2. Proceso Asistencial, 14 actividades.	Enfermería	12	10	25	20	14	11	21	17	54	43	0	0	126	100
	Medicina	16	11	15	11	30	21	31	22	48	34	0	0	140	100
	Total	28	11	40	15	44	17	52	20	102	38	0	0	266	100
3. Organización y coordinación del Proceso Asistencial, 15 actividades.	Enfermería	2	1	16	12	19	14	21	16	73	54	4	3	135	100
	Medicina	8	5	10	7	22	15	27	18	82	55	1	1	150	100
	Total	10	4	26	9	41	14	48	17	155	54	5	2	285	100
4. Gestión de Recursos, 20 actividades.	Enfermería	0	0	52	29	4	2	52	29	68	38	4	2	180	100
	Medicina	0	0	30	15	4	2	52	26	107	54	7	4	200	100
	Total	0	0	82	22	8	2	104	27	175	46	11	3	380	100
5. Coordinación intersectorial y participación comunitaria, 12 actividades.	Enfermería	0	0	9	8	7	6	11	10	80	74	1	1	108	100
	Medicina	0	0	3	3	8	7	34	28	70	58	5	4	120	100
	Total	0	0	12	5	15	7	45	20	150	66	6	3	228	100
6. Docencia y Capacitación, 12 actividades.	Enfermería	0	0	4	4	2	2	9	8	86	80	7	6	108	100
	Medicina	1	1	1	1	2	2	10	8	98	82	8	7	120	100
	Total	1	0	5	2	4	2	19	8	184	81	15	7	228	100
7. Investigación, 11 actividades.	Enfermería	0	0	6	6	4	4	7	7	82	83	0	0	99	100
	Medicina	0	0	0	0	16	15	9	8	82	75	3	3	110	100
	Total	0	0	6	3	20	10	16	8	164	78	3	1	209	100
Total Enfermería		14	1,5	115	12,3	53	5,7	154	16,5	583	62,3	17	1,8	936	100
Total Medicina		25	2,4	64	6,2	95	9,1	192	18,5	633	60,9	31	3,0	1040	100
Total		39	2,0	179	9,1	148	7,5	346	17,5	1216	61,5	48	2,4	1976	100

En la tabla 4 se presentan las 43 actividades en que hubo acuerdo mayoritario sobre su responsabilidad.

De las 29 actividades en que no se logró acuerdo mayoritario sobre la asignación de responsabilidad por parte de ambos grupos, en 11 hubo acuerdo mayoritario en el grupo de enfermería, en 6 en el grupo médico y en 6 en ninguno de los grupos.

Se presentan algunas de las 29 actividades en que se reflejaron diferentes opiniones en los grupos de expertos.

1. Liderar y organizar el equipo que realizará el ASSP en conjunto con otros integrantes. Si bien en ambos grupos la opción mayoritaria es igual responsabilidad (seis enfermeras y seis médicos), se obtuvieron respuestas de asignación de mayor responsabilidad a alguna de las profesiones en ambos grupos.
2. Realizar periódicamente revisión de historia clínica y actualización de lista de problemas, llevando un registro clínico familiar. Nueve médicos asignan mayor

responsabilidad o exclusividad a medicina, en cambio enfermería no tuvo mayoría en ninguna de las opciones.

3. Realizar las interconsultas, coordinaciones y derivaciones necesarias para brindar una mejor calidad de atención con una referencia clara y concisa. Medicina se autoasigna mayor responsabilidad (seis respuestas, cuatro en exclusividad) en cambio enfermería asigna mayoritariamente (6) igual responsabilidad.
4. Desarrollar mecanismos de coordinación (enfermería de enlace, seguimiento domiciliario, etcétera). Ocho enfermeras asignan mayor responsabilidad o exclusividad a enfermería, coincidiendo con cinco médicos. Los otros cinco médicos y una enfermera la consideran de igual responsabilidad.
5. Contribuir a la gestión y/o coordinación de una referencia y contrarreferencia efectiva. Medicina opta mayoritariamente (7) por igual responsabilidad, pero enfermería mayoritariamente (6) se autoasigna preferencia.

Tabla 4. Distribución de responsabilidad por profesión, en 43 actividades con amplia mayoría en ambos grupos de expertos.

1. Análisis de la Situación de Salud de la Población (ASSP) y Planificación (8 actividades)	
Igual Resp.	<p>Planificar el ASSP.</p> <p>Estimular la participación de todo el equipo y la población en ASSP.</p> <p>Participar en el procesamiento, análisis e interpretación de datos.</p> <p>Establecer prioridades según necesidades y problemas detectadas en el ASSP con participación del equipo de salud, de los usuarios e instituciones de la zona.</p> <p>Elaborar conclusiones y sugerencias del ASSP con el equipo y la población.</p> <p>Realizar una planificación estratégica local acorde a los recursos.</p> <p>Elaborar objetivos y metas en base a los problemas priorizados.</p> <p>Participar en la evaluación de cada etapa del plan y en el rediseño de las estrategias cuando es necesario.</p>
En esta función no hubo actividades asignadas preferentemente a una de las profesiones, en forma mayoritaria por ambos grupos.	
2. Proceso asistencial: realizar y/o coordinar la asistencia de individuos, familias y comunidades incluyendo actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. (5 actividades)	
Igual Resp.	Realizar el acompañamiento y alivio de síntomas del paciente en cuidados paliativos, brindando información durante el proceso, adecuando las consultas en servicio o en domicilio, para garantizar una vivencia digna de esta etapa de la vida.
Mayor Resp. Médica	<p>Brindar una atención médica integral, continua y longitudinal a las personas y familias durante todo su ciclo de vida y en diferentes ámbitos (consultorio, domicilio, trabajo, etc.).</p> <p>Establecer diagnósticos médicos e indicar tratamientos adecuados, informado al paciente y familia de los procedimientos que se le van a realizar</p>
Mayor Resp. Enfermera	<p>Realizar la consulta de enfermería y la visita domiciliaria con enfoque familiar, elaborando un plan de cuidados que se retroalimente de acuerdo a la evolución de la situación de salud.</p> <p>Realizar y/o delegar y supervisar, técnicas y procedimientos de enfermería derivadas del proceso de atención de enfermería o de la prescripción médica.</p>
3. Organización y coordinación del proceso asistencial: de la asistencia en el servicio y entre niveles de atención. Gestión de programas. (5 actividades)	
Igual Resp.	<p>Propiciar mejoras en la organización del servicio, ampliar horarios y articular servicios tomando como centro al usuario.</p> <p>Registrar adecuadamente la actividad asistencial, comunitaria, docente, académica y de investigación durante el trabajo.</p> <p>Realizar y supervisar los registros adecuados para asegurar la continuidad de la atención.</p>
Mayor Resp. Médica	Promover la prescripción prudente evitando la polifarmacia
Mayor Resp. Enfermera	Diseñar, proponer, ejecutar y evaluar los programas de educación para la salud en todos los ámbitos del accionar de enfermería.
4. Gestión de Recursos: planificar, organizar, dirigir y evaluar los recursos humanos y materiales (7 actividades).	
Igual Resp.	<p>Participar en la identificación de recursos propios, interinstitucionales e intersectoriales en el territorio, que pueden contribuir a la solución de los problemas.</p> <p>Contribuir al trabajo en equipo y a su motivación promoviendo el accionar complementario y coordinado.</p> <p>Definir o participar en la definición de indicadores que describan la realidad local y midan aspectos cuantitativos y cualitativos, contribuyendo a la mejora del servicio.</p>
Mayor Resp. Enfermera	<p>Gestionar el equipo de enfermería, delegando las actividades pertinentes a cada situación.</p> <p>Contribuir en la adecuada gestión de los residuos, comunes y sanitarios.</p> <p>Establecer indicadores de gestión de los recursos implicados en el trabajo de enfermería y del servicio.</p> <p>Velar por cumplimiento de las normas relativas a las condiciones y medioambiente laboral de enfermería.</p>
En esta función no hubo actividades asignadas preferentemente a medicina en forma mayoritaria por ambos grupos.	

(continúa en la página siguiente)

Tabla 4. (continuación)

5. Coordinación interinstitucional, intersectorial y participación comunitaria (4 actividades)	
Igual Resp.	<p>Promover la capacitación en derechos de la población.</p> <p>Informarse de los recursos comunitarios e interinstitucionales de cada zona y de los principales problemas de salud de la comunidad donde actúa.</p> <p>Participar en la coordinación interinstitucional e intersectorial y promover la comunicación y complementación de la red.</p> <p>Sistematizar y evaluar acciones interinstitucionales e intersectoriales.</p>
En esta función no hubo actividades asignadas preferentemente a una de las profesiones, en forma mayoritaria por ambos grupos.	
6. Docencia y Capacitación: Identificar necesidades, promover y participar en la capacitación. Capacitarse. (6 actividades)	
Igual Resp.	<p>Programar instancias de capacitación con el equipo de salud o integrado a otros sectores y a la comunidad, contribuyendo como docente cuando sea necesario.</p> <p>Planificar y participar en programas de educación continua para todo el equipo de salud, promoviendo el aporte de cada disciplina en el proceso educativo.</p> <p>Promover y apoyar la participación en instancias formativas que generen la institución y las sociedades científicas.</p> <p>Promover y participar activamente en las actividades de formación de grado y posgrado en el servicio, con estudiantes de todas las profesiones del equipo de salud.</p> <p>Capacitarse en forma permanente para trabajar en primer nivel manteniendo los conocimientos actualizados y desarrollando las competencias necesarias.</p> <p>Participar en cursos de actualización, especialidades, maestrías, doctorados para mejorar la formación profesional.</p>
En esta función no hubo actividades asignadas preferentemente a una de las profesiones, en forma mayoritaria por ambos grupos.	
7. Investigación: identificar problemas, promover y participar en propuestas de investigación. (8 actividades)	
Igual Resp.	<p>Identificar problemas y promover el interés del equipo por la investigación y búsqueda de evidencias científicas.</p> <p>Realizar la consulta de bases bibliográficas y artículos científicos y promover esta práctica en el equipo.</p> <p>Realizar registros lo más completos posibles para para mejorar la atención del paciente y su posterior utilización en investigaciones.</p> <p>Participar en protocolos de investigación multicéntricos cuando se considere oportuno de acuerdo a las necesidades y recursos del servicio.</p> <p>Difundir en el equipo local y la comunidad los avances y resultados en la producción de conocimientos.</p> <p>Divulgar los resultados de las investigaciones en publicaciones, congresos, jornadas, etc.</p> <p>Aplicar resultados de investigación para mejorar la calidad de la atención.</p>
Mayor Resp. Enfermera	Promover la participación activa de enfermería en los ámbitos científicos.
En esta función no hubo actividades asignadas preferentemente a medicina, en forma mayoritaria por ambos grupos.	

- Bregar por el adecuado uso de los materiales y equipos, estableciendo protocolos de utilización y mecanismos de control que aseguren un uso eficaz y eficiente. Enfermería se autoasigna mayor responsabilidad (7), medicina opta mayoritariamente por igual responsabilidad (6).
- Brindar los datos o información que permita a los gestores determinar la calidad y cantidad en la utilización de recursos. Siete médicos optan por igual responsabilidad, en enfermería fue mayoritaria la

autoasignación (5) aunque cuatro también asigna igual responsabilidad.

Discusión

Se observó que el marco conceptual de la APS es compartido por ambas disciplinas. Hubo consenso en incluir 72 actividades relacionadas a los elementos esenciales de la APS.

Un número importante de actividades fueron identificadas por ambos grupos como de “igual responsabilidad”

de las dos profesiones. Estas actividades se concentran en las áreas vinculadas a aspectos sociales y de salud pública o a funciones profesionales no asistenciales (docencia e investigación). La mayor diferenciación de actividades se obtuvo en las funciones relacionadas al proceso asistencial y a la gestión de recursos. Las preferencias asignadas a los médicos se concentraron en el proceso asistencial. A la profesión de enfermería se le asignaron también preferencias relacionadas a la gestión de recursos. Esto podría corresponder a su perfil profesional^(23,24).

El número de actividades asignadas mayoritariamente a una de las profesiones fue bajo. La formulación de estas actividades menciona explícitamente a la profesión. Por ejemplo atención médica, consulta de enfermería, lo que pudo facilitar u orientar la asignación de los expertos.

En general ambos grupos se auto asignaron mayor responsabilidad en las actividades en comparación a las que le asignó el otro grupo, lo cual pudo corresponder a una mayor facilidad para identificar las funciones propias de su disciplina.

El grupo experto de enfermeras presentó mayor coincidencia en sus opiniones que los médicos. Tuviron mayor cantidad de actividades con asignación mayoritaria a una de las opciones. Es posible que en medicina familiar y comunitaria esto denote modelos conceptuales en tensión.

Se discuten a continuación algunas actividades que no tuvieron amplia mayoría de los grupos en la misma opción de asignación de responsabilidades:

Liderazgo del equipo (Act. N° 1*)

La opinión sobre que el equipo debe ser liderado preferentemente por uno de los profesionales es minoritaria, pero está presente en ambos grupos. Es llamativo que no haya una mayor asignación de liderazgo a medicina, dado el rol social establecido. Quizás incide la concepción de equipos horizontales de trabajo, promovida en la estrategia de APS. Sin embargo, como afirma Freidson, el médico ejerce un liderazgo basado en su conocimiento y pericia que no requiere la asignación jerárquica institucional. Por otra parte la enfermera profesional quizás disputa o comparte ese liderazgo desde su rol gestor evadiendo la movilidad bloqueada, ya que el médico no ejerce en este campo el “monopolio” del saber⁽¹³⁾.

Uso de la historia clínica (Act. N° 2) y Realización de interconsultas, coordinaciones y derivaciones (Act. N° 3)

Estas actividades obtuvieron una marcada mayoría de médicos que se autoasignan mayor responsabilidad y/o

exclusividad, lo que no fue compartido por enfermería, quienes optaron mayoritariamente por igual responsabilidad.

Ambas actividades son competencias de enfermería según se establece en la reciente reglamentación de la Ley de Enfermería⁽²⁵⁾ y es probable que sea un área que las enfermeras buscan desarrollar al igual que en otros países de Europa y América del Norte^(17,18), pero que aún no es visibilizada en la práctica cotidiana.

En las respuestas se visualizó que los profesionales médicos no consideran que enfermería sea una profesión con mayor o igual responsabilidad en estos aspectos. Quizás la baja cantidad de enfermeras en el primer nivel de atención es una limitante para este desarrollo⁽²⁶⁾. La consulta de enfermería no es una prestación incluida en el Plan Integral de Atención de Salud (PIAS)⁽²⁷⁾ del MSP. Su realización y registro en la Historia Clínica Electrónica en la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), ha sido incorporada recientemente⁽²⁸⁾. Sin embargo en ese trabajo se les preguntó a los expertos por el “deber ser” y no por lo que ocurre en la actualidad. Es necesario entonces preguntarnos en qué grado estas respuestas representan un campo disciplinar en tensión entre las profesiones en estudio. Otro factor que puede estar incidiendo es el desconocimiento de los aportes que la otra disciplina puede realizar.

Contribuir a la gestión y/o coordinación de la referencia y contrarreferencia y desarrollar mecanismos de coordinación como enfermería de enlace o seguimientos domiciliarios (Act. N° 4 y N° 5)

En ambas actividades enfermería se atribuye mayor responsabilidad, lo que no es compartido por los médicos que optan por asignar igual responsabilidad. Es posible que haya entre estas dos profesiones una disputa por este espacio de coordinación asistencial. Enfermería podría asumirlo como parte de su rol gestor del cuidado. Por su parte medicina familiar y comunitaria tiene en su perfil profesional esta actividad entre sus competencias⁽²⁹⁾, lo que puede llevarlo a asumir mayor protagonismo en este rol.

Surge la necesidad de profundizar como pueden complementarse o suplementarse⁽¹⁶⁾ estas dos profesiones para contribuir a un logro eficaz y eficiente de esta función esencial de la APS.

Uso adecuado de recursos estableciendo protocolos y mecanismos de control (Act. N° 6) y Brindar información a gestores sobre calidad y cantidad de recursos utilizados (Act. N° 7)

Enfermería tiene mayor autoasignación de responsabilidad. Medicina opta mayoritariamente por igual responsabilidad. Llamó la atención que el grupo médico no asignara mayor responsabilidad a enfermería, dado su perfil profesional⁽²⁴⁾.

* Se presenta el número de la actividad como aparece en Resultados.

Se destaca que ambos grupos incluyeron actividades relacionadas con la valorización de su profesión. El grupo médico expresó preocupación por posicionarse como referente del equipo, de los usuarios, y de la comunidad y el grupo de enfermería manifestó preocupación por fortalecer su disciplina con actividades como la “integración a redes profesionales para el desarrollo independiente de la profesión”, y tuvieron consenso en actividades que buscan visibilizar el aporte de la enfermería a los servicios de salud.

Conclusiones

Por primera vez en el país se analizó la distribución de funciones de dos disciplinas de la salud en forma conjunta.

Se verificó un alto grado de acuerdo en cuáles son las actividades que deben desarrollar los equipos de atención de primer nivel, incorporando el marco conceptual de la APS como matriz fundamental, lo que sería un factor facilitador para futuros desarrollos conjuntos.

Estos resultados evidencian la relevancia de ambas disciplinas para integrar equipos de primer nivel e impulsar el cambio de modelo de atención propuesto por el SNIS. La profundización de políticas tendientes a mejorar la dotación de estos profesionales podría mejorar las funciones del primer nivel de atención y su desarrollo basado en APS.

Respecto a la distribución del trabajo entre las disciplinas, los expertos identificaron un importante número de actividades que pueden y/o deben ser desarrolladas por ambas profesiones con igual responsabilidad y un bajo número preferente o exclusivo de cada profesión.

Esto expresa la alta valoración entre las disciplinas en estudio, reconociéndose como independientes y complementarias. Por otro lado manifiesta un grado de dificultad o desconocimiento para identificar áreas disciplinares y modelos organizativos que maximicen la eficiencia a partir de la distribución de tareas.

La distribución de funciones y actividades entre estos profesionales en forma suplementaria, complementaria o sustituta, aportaría a la definición de modelos de dotación que mejoren la calidad y los costos de atención.

Los resultados de este trabajo ofrecen un punto de partida para realizar estudios sobre cómo ambas disciplinas realizan efectivamente estas actividades, e investigaciones experimentales que permitan evaluar la asignación de diferentes combinaciones de funciones y actividades a estas y otras profesiones del primer nivel de atención.

Profundizar en estos aspectos es fundamental para transformar el discurso de “trabajo en equipo” en acciones que lo hagan posible y de esta forma avanzar hacia la calidad de la atención en salud.

Una fortaleza del trabajo es que su metodología podría favorecer una reflexión crítica dentro de cada disciplina y entre las disciplinas.

Abstract

Objective: the study aims to define how the different activities in primary health care should be distributed between nurse clinicians and family and community physicians as members of the same health team.

Method: exploratory study by consulting experts from the Academia.

Results: nine expert community nurses from the Community Nursing program of the School of Nursing and eleven experts in Family and Community Medicine from the School of Medicine, University of the Republic, participated in the study. Similarities and differences between the groups of experts were identified in terms of ways of distributing the different activities in primary health care between the two professions.

Conclusions: for the first time in the country, the distribution of services provided by two health disciplines was jointly explored in the same study.

A high degree of agreement was found in the activities to be developed by primary health teams. Experts identified a great number of activities that may or must be evenly performed by both professions and a small number that is the exclusive responsibility of one profession or it should preferably be performed by one of them.

The distribution of functions and activities between these two professions by adding, complementing or substituting one another would contribute to the definition of supply models that improve the quality and costs of health care services.

Resumo

Objetivo: determinar como a responsabilidade pelas atividades deve ser distribuída entre o profissional de enfermagem e medicina de família e comunidade em uma equipe de atenção de primeiro nível.

Método: estudo exploratório de consulta com especialistas da academia.

Resultados: participaram nove especialistas em enfermagem comunitária da Faculdade de Enfermagem e onze especialistas em medicina de família e comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade da República Oriental do Uruguai (UDELAR). Foram identificadas semelhanças e diferenças entre os dois grupos de especialistas, sobre como distribuir a responsabilidade de cada profissão na realização de um conjunto de atividades a serem desenvolvidas no primeiro nível de atenção.

Conclusões: pela primeira vez no país, a distribuição de funções de duas disciplinas da saúde foi analisada conjuntamente.

Encontrou-se alto grau de concordância nas atividades que as equipes de atenção básica deveriam realizar. Os especialistas identificaram um número significativo de actividades que podem e/ou devem ser realizadas por ambas as profissões com igual responsabilidade e um número baixo que é preferível ou exclusivo para cada profesión.

A distribuição de funções e actividades entre esses profesionales de forma suplementar, complementar ou substitutiva contribuiría para a definição de modelos de distribución de actividades que melhorem a qualidade e os custos da assistência.

Referencias bibliográficas

1. Harispe E, Cavalleri F, León I. Actividades de enfermería profesional en los equipos de primer nivel de atención de Uruguay. *Rev Méd Urug* 2020; 36(1):20-7. doi: 10.29193/RMU.36.1.3.
2. Harispe E, Ponzo J, Cavalleri F, León I. Funciones de los médicos de familia y comunidad en los equipos del primer nivel de atención en Uruguay. *Rev Méd Urug* 2022; 38(1):e38111. doi: 10.29193/RMU.38.1.10.
3. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Transformar el futuro: metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: MSP, 2011. Disponible en: https://www3.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=338-transformar-el-futuro-msp-libro-reforma&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307. [Consulta: 8 agosto 2021].
4. Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Washington, DC: OPS, 2007. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primeria_Salud_Americas-OPS.pdf. [Consulta: 8 agosto 2021].
5. Ley 18211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo, 13 de diciembre de 2007. Montevideo: IMPO, 2007. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007> [Consulta: 8 agosto 2021]
6. Rodríguez V, Barrios A. El equipo de Salud en el ámbito comunitario. Propuesta de discusión en el marco del proceso de Regionalización. [Monografía de grado]. Montevideo: UDELAR, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria, 2007.
7. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud: estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. (La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 1). Washington, DC: OPS, 2008.
8. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Sistema Nacional Integrado de Salud. División Recursos Humanos. Equipos de salud del primer nivel de atención (DT 01/14). Montevideo: MSP, 2014. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/equipos-de-salud-del-primer-nivel-de-atencion>. [Consulta: 8 agosto 2021].
9. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Reestructura del primer nivel de atención. Mercado de trabajo del sector salud. (Documentos de trabajo de Economía de la Salud n°3/06). Montevideo: MSP, 2006. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/reestructura-del-primer-nivel-de-atencion>. [Consulta: 8 agosto 2021].
10. Organización Panamericana de la Salud. Administración de Servicios de Salud del Estado. Ministerio de Vivienda Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Dirección Nacional. Oficina de Planeamiento y Presupuesto. Construyendo una lectura territorial para la organización de los servicios de salud de ASSE. Acuerdo “Fortalecimiento de la Regionalización de ASSE”. Montevideo: OPS, 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/construyendo-lectura-territorial-para-organizacion-servicios-salud-asse>. [Consulta: 14 de abril 2022].
11. Rovere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. 2 ed. Washington, DC: OPS, 2006. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51595/9275326223_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [Consulta: 8 agosto 2021].
12. Fernández Pérez J. Estructura y formación profesional: el caso de la profesión médica. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Filosofía y Letras, Dirección de Fomento Editorial, Centro de Estudios Universitarios, 2002. Disponible en: <https://filosofia.buap.mx/sites/default/files/Libros%20electr%C3%B3nicos/Educaci%C3%B3n/estructurayformacion.pdf>. [Consulta: 8 agosto 2021].
13. Freidson E, de Miguel Rodríguez J. La Profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Península, 1978.
14. Hernández Martín F, del Gallego Lastra R, Alcaraz González S, González Ruiz J. La enfermería en la historia: un análisis desde la perspectiva profesional. *Cult de los Cuid* 1997; 2:21-35. doi: 10.14198/cuid.1997.2.05.
15. Mintzberg H. Diseño de organizaciones eficientes. 2 ed. Buenos Aires: McGill University, 1989.
16. Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasilia: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
17. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. La cumbre de enfermería de práctica avanzada: desarrollando competencias de enfermería de práctica avanzada en Latinoamérica para contribuir a la salud universal. Ann Arbor, Michigan, 7-9 de abril, 2016. Disponible en: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2017/epa_la_usa_2016_es.pdf. [Consulta: 8 agosto 2021].
18. Servicio Madrileño de la Salud. Enfermería en Atención Primaria. Madrid: Biblioteca Las casas, 2005. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0079.pdf>. [Consulta: 15 abril 2022].
19. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. A diez años de iniciada la reforma sanitaria: evaluación y desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Jornadas de Intercambio. Montevideo: MSP, 2017. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/>

- files/documentos/publicaciones/MSP_10_ANOS_SNIS.pdf. [Consulta: 15 abril 2022].
20. Robbins S, Judge T. Comportamiento organizacional. 13 ed. México: Pearson Educación, 2009.
 21. Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Uruguay en cifras 2014. Montevideo: INE, 2014. Disponible en: https://www.ine.gub.uy/documents/10181/39317/Uruguay_en_cifras_2014.pdf/aac28208-4670-4e96-b8c1-b2abb93b5b13. [Consulta: 27 agosto 2017].
 22. Universidad de la República. El desarrollo de la Enseñanza de grado. Datos del portal de UDELAR. Montevideo: UDELAR, 2021. Disponible en: <https://udelar.edu.uy/portal/el-desarrollo-de-la-ensenanza-de-grado/>. [Consulta: 15 abril 2022].
 23. Uruguay. Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Plan de Estudios Licenciatura en Enfermería. [Internet]. Montevideo: Facultad de Enfermería, 2016. Disponible en: <https://www.fenf.edu.uy/wp-content/uploads/2019/01/PdeE2016-modificaciones-CAG-noviembre-2017.pdf>. [Consulta: 14 de abril 2022].
 24. Ley N° 18815. Profesión de enfermería: reglamentación. Montevideo, 14 de octubre de 2011). Disponible en: https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes?Ly_Nro=18815&Ly_fechaDePromulgacion%5Bmin%5D%5B-date%5D=&Ly_fechaDePromulgacion%5Bmax%5D%5B-date%5D=&Ltemas=&tipoBusqueda=T&Searchtext=. [Consulta: 5 enero 2018].
 25. Decreto 354/014. Reglamentación de la Ley N° 18815 relativa a la regulación del ejercicio de la profesión universitaria de enfermería y de auxiliar de enfermería. Montevideo, 4 de diciembre de 2014. Montevideo: IMPO, 2014. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/354-2014>. [Consulta: 5 enero 2018].
 26. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Sistema Nacional Integrado de Salud, División de Recursos Humanos. La enfermería en el Uruguay: características actuales y perspectivas de desarrollo. (DT N°3/11). Montevideo: MSP, 2011. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/986398/dt-10-la-enfermeria-en-el-uruguay-caracteristicas-actuales-y-pe_B2TpCwm.pdf. [Consulta: 5 enero 2018].
 27. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Plan Integral de Atención de Salud (PIAS). Montevideo: MSP, 2022. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/politicas-y-gestion/plan-integral-atencion-salud-pias>. [Consulta: 16 de abril 2022].
 28. González Ortuya P, Echeverriborda L, Hirigoyen C, Lacava E, Castro M. Consulta de enfermería: manual. Montevideo: ASSE, 2020.
 29. Bielli H. Programa de formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria. Aprobado por la Escuela de Graduados en julio de 2003 surgido del informe de la Comisión ad-hoc de agosto de 2001. Resolución del Consejo de Facultad de Medicina N° 4 del 16/7/03. Montevideo: Facultad de Medicina, 2003. Disponible en: http://www.egradu.fmed.edu.uy/sites/www.egradu.fmed.edu.uy/files//Programa_de_postgrados/3-Especialidades/MEDICINA%20FAMILIAR%20Y%20COMUNITARIA.pdf. [Consulta: 16 abril 2022].