

PLAN DE GESTIÓN Y DESARROLLO

CASMU 2025 - 2028



El casmu
que queremos

INTRODUCCIÓN

La agrupación Casmu que Queremos está conformada por médicos capitalizadores y colaboradores de larga trayectoria en la empresa Casmu.

Este proyecto es una construcción colectiva, en el que se plantea desde un diagnóstico actual de situación, un proceso de transformación y desarrollo, cuyo principal objetivo es lograr la viabilidad de la institución, con estabilidad económica financiera, manteniendo la calidad asistencial.

Esta propuesta se basa en el compromiso de una gestión transparente, eficiente, humanizada, donde el centro de la atención esté en el paciente, su familia, además de todos sus funcionarios médicos y no médicos, como también cumplir con todos los mandatos del órgano rector en salud, el Ministerio de Salud, para sumarnos y alcanzar juntos, las metas asistenciales alineadas a los objetivos estratégicos nacionales 2030.

MISIÓN

Brindar a sus usuarios una asistencia médica, con nivel de excelencia técnica, humanizada, segura y eficiente, promoviendo el bienestar de los usuarios y funcionarios.

Fomentar entornos y estilo de vida saludable, comprometidos con el medio ambiente.

Aportar valor en el sistema integrado de salud abriendo sus puertas a todos los prestadores de salud que lo necesiten.

VISIÓN

Desarrollar al máximo todo su potencial como empresa de salud, manteniendo un alto nivel de compromiso con la ciencia, la tecnología , con un desarrollo sustentable y eficiente cuidando todos nuestros recursos financieros , materiales y humanos.

VALORES

- Transparencia en la gestión
- Confianza y Seguridad
- Idoneidad
- Integridad
- Compromiso Institucional



El **casmu**
que queremos

PLAN DE GESTIÓN

CASMU enfrenta una situación financiera compleja, como consecuencia de sus resultados económicos y patrimonio negativo.

La institución funciona en virtud del apoyo brindado a través del sistema político (Ley 20.325), siendo actualmente la única institución del SNIS intervenida por el gobierno.

Por dicha Ley, CASMU debe presentar un plan de reestructura, viable económicamente, sólido en lo técnico, transparente y confiable socialmente, que permita retomar el crecimiento de la institución en su caudal social.

Descripción de la situación actual

Fortalezas

CASMU IAMPP está entre las tres instituciones más grandes del país, por número de afiliados.

Tiene 90 años de historia.

Pionera en la descentralización territorial y primer nivel atención.

Posee una amplia infraestructura propia.

Servicio de emergencia móvil propio 1727.

Históricamente se la ve como referente por la amplia oferta de profesionales altamente capacitados.

Posee una importante fidelización de los funcionarios no médico, siendo un pilar fundamental para la calidad de las prestaciones.

Debilidades

Disminución sostenida en el número de usuarios, pese a gasto realizado en costosas campañas publicitarias.

Índice de envejecimiento más alto del SNIS (2.3 frente al promedio nacional de 1.1). Posee el padrón social con 27.1% de socios mayores de 64 años (media nacional: 18.3%).

A nivel asistencial, actualmente hay un elevado porcentaje de ingresos urgentes frente a los coordinados, lo cual dificulta la planificación asistencial.



El **casmu**
que queremos

La institución, desde la conformación del CASMU IAMPP, inicio con un patrimonio negativo.

Actualmente, la institución, en virtud del patrimonio y resultados presentados en los estados contables, tiene importantes deudas con el sistema financiero y no financiero, asumiendo altas tasas de interés.

El pago a proveedores se realiza, en su mayoría, con cheques diferidos y/o conformes, lo cual impacta en los precios de adquisición de bienes y servicios.

Presenta debilidades en el control interno, tanto en procesos administrativos como asistenciales.

Falta de planificación en la proyección de inversiones, lo cual repercute en el flujo de fondos de la institución.

Por primera vez en muchos años se aprobó un presupuesto anual, el cual no ha tenido seguimiento sobre su cumplimiento o apartamiento.

Flujos de fondos. Se realizan los mismos, sin hacer un seguimiento del motivo del apartamiento respecto a lo proyectado.

Oportunidades

Crecimiento de socios FONASA, retomando la histórica vinculación del CASMU con los trabajadores, realizando convenios con empresas privadas e instituciones públicas.

Acceso al Fondo de Garantía (Ley 18.439), que permite re-perfilar la deuda.

Pilares para la captación de socios:

- la infraestructura tanto en planta física como en equipamiento médico a la vanguardia, entre los prestadores de salud.
- la amplia variedad de servicios médicos propios.
- el reconocimiento existente a nivel de la sociedad, del CASMU como la institución con mayor oferta de profesionales médicos en todas sus especialidades.

Amenazas

Patrimonio negativo sostenido, lo cual es un indicador crítico de inestabilidad financiera.

Plan de reestructura de la institución solicitado por el MSP en cumplimiento de la Ley 18.439, no aprobado en las últimas presentaciones.

Pérdida persistente de socios, comprometiendo la sostenibilidad.

Competencia de otros prestadores y seguros privados en la captación de afiliados, con mejor imagen institucional.

Fuga de capital humano por condiciones laborales desfavorables, vinculado a la situación actual del CASMU (a vía de ejemplo, seguros de paro, desvinculaciones de funcionarios de larga trayectoria en la empresa).

Dificultades para mantener el nivel asistencial (a vía de ejemplo, ingreso de personal no realizado por concurso, lo cual implica que no hay selección de personal capacitado, falta de capacitación a funcionarios técnicos y no técnicos).

ETAPAS A DESARROLLAR PLAN DE GESTIÓN

Se procede a la conformación y designación del equipo de gestión para la conducción de la institución, con formación acorde a la responsabilidad, que sea confiable y cuente con el respaldo de los socios capitalizadores.

Dicho equipo de gestión, encabezado por una 'triada' gerencial

- Gerente General, con conocimiento profundo de la Institución
- Director Técnico con amplia experiencia asistencial y de gestión
- Gerente Administrativo-Financiero, Contador Público con experiencia en salud.

Nuestro plan de gestión se plantea en cuatro etapas:

Etapas 1 – Inmediato

- Conformación y designación del equipo de gestión para la conducción de la institución, con formación acorde al rol.

Dicho equipo de gestión se integrará por: Gerente General, Director Técnico, Gerente Financiero y Gerente Administrativo

- Diagnostico de situación;
- Análisis de organigrama de la institución.
- Estado de situación asistencial
- Análisis de los contratos vigentes firmados por la institución.
- Análisis del Estados Contables, haciendo énfasis principalmente en:
 - composición de gastos, análisis de costos fijos y variables, detección de gastos prescindibles.
 - composición de los pasivos, especialmente de corto plazo.
- Flujo de caja, análisis de los motivos de desvío respecto a los flujos de fondos proyectados por la institución.
- Análisis de la composición de ingresos, de acuerdo con los conceptos más relevantes:
 - socios Fonasa
 - socios particulares
 - ventas de servicios

Etapas 2 – Corto Plazo

- Implementación de nuevo organigrama, enfocado en la estructura funcional, con descripción de funciones y responsabilidades para cada rol
- Renegociación de contratos con proveedores
- Rescisión de contratos que impliquen gastos prescindibles para la institución.

- Reducción y control de gastos, recortes que afecten la calidad asistencial
- Análisis de rentabilidad por cada uno de los servicios prestados
- Análisis de rentabilidad de los negocios complementarios al CASMU, (a vía de ejemplo MEDISGROUP, Servicio previsional, Sanatorio 1 Piso 7, Sanatorio 3)
- Avanzar en la implementación efectiva, al 100% del sistema SAP.
- Participar a los socios, en el proceso de reestructura a realizar.

Etapa 3 – Mediano Plazo

- Redefinición de misión y visión institucional: centrándose en calidad, cercanía y enfoque social.
- Revisión de los estatutos institucionales (a vía de ejemplo, rol del cuerpo médico.
- Reestructura de RRHH de acuerdo con las necesidades asistenciales, vinculadas al caudal social y el organigrama actualizado.
- Mejora en la gestión de compras y logística, a través de la utilización intensiva del sistema SAP.
- Reestructuración del proceso asistencial: guías clínicas, protocolos, historia clínica digital, gestión integrada.
- Aggiornamento de la administración en la vinculación con sus afiliados mediante automatización y modernización de la atención (a vía de ejemplo, app, WhatsApp).
- Elaboración de un presupuesto de la institución que implique un resultado económico superavitario (previo al ajuste por inflación).
- Elaboración de una proyección financiera de la institución, (que incluya, a vía de ejemplo, renegociación, refinanciación, venta de activos, acuerdos con proveedores), permitiendo un flujo de fondos viable, incorporando el seguimiento en el cumplimiento de este y análisis de los desvíos, así como medidas correctivas aplicables.
- Realización de Auditorías, tanto asistenciales como administrativas, en procura de la mejora en la transparencia, calidad y prestación de servicios.
- Implementación de actualización en la estrategia de afiliación de socios considerando segmentación, convenios, campañas.
- Adecuación de la estrategia comercial: enfocar la captación en sectores medios trabajadores y organizaciones sociales. Incluir beneficios como la eliminación de tiques y órdenes para estudios básicos y potenciar la realización de convenios colectivos (a vía de ejemplo, con sindicatos, empresas).

Etapa 4 – Largo plazo

- Saneamiento económico completo: Trabajar incansablemente hasta la obtención de un patrimonio positivo y equilibrio económico, el cual conducirá al equilibrio financiero.
- Crecimiento sostenido del padrón social: especialmente en jóvenes, familias trabajadoras y sectores medios urbanos.
- CASMU como referente en calidad de servicios asistenciales: servicios resolutivos accesibles e innovadores.
- Ejecución y consolidación del plan, con indicadores claros y monitoreo continuo.

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

En el marco del fortalecimiento institucional y la mejora continua de la calidad asistencial, se presenta el cometido del Departamento de Recursos Humanos (RR. HH.).

- **Objetivos Generales del Departamento de Recursos Humanos:**

1. Asegurar la dotación adecuada de personal conforme a las necesidades asistenciales.
2. Fortalecer el desarrollo profesional continuo del equipo humano.
3. Garantizar una administración eficaz, transparente y conforme a la normativa vigente.
4. Promover un ambiente laboral saludable, inclusivo y motivador.

Cometidos Específicos:

Planificación y gestión de dotaciones y perfiles.

Procesos de selección, ingreso y contratación.

Diseño y ejecución de programas de capacitación continua.

Evaluación de desempeño y desarrollo de carrera.

Administración de legajos, licencias, remuneraciones y turnos.

Gestión de relaciones laborales y resolución de conflictos.

Promoción del bienestar laboral y la salud ocupacional.

Aporte de información estratégica para la toma de decisiones institucionales.

Propuesta de Organización Funcional Interna:

5. Selección y Reclutamiento, pautas definidas por el consejo directivo.

6. Capacitación y Desarrollo

7. Evaluación y Desempeño

8. Administración de Personal

9. Relaciones Laborales

10. Salud Ocupacional y Bienestar

11. Gestión de Datos y Tecnología en RR. HH.

12. Comunicación Interna y Cultura Organizacional

Observaciones Finales:

La consolidación de un Departamento de Recursos Humanos robusto, moderno y alineado con los objetivos asistenciales y sociales del CASMU es una condición imprescindible para la excelencia en la gestión del capital humano, pilar clave de la calidad de atención en salud.

Se respetará el estatuto de funcionarios de CASMU técnico y no técnico como documento.

El acceso a cargos será obligatoriamente por concurso y se respetarán los derechos adquiridos de funcionarios médicos y no médicos.



El **casmu**
que queremos

PROPUESTA ASISTENCIAL

La prioridad será el cuidado y satisfacción del usuario y su familia.

Fomentar estilos de vida saludables y disminuir los factores de riesgo para su salud.

Realizaremos políticas de prevención en salud desde su nacimiento y durante todos los ciclos vitales, intentando mitigar la morbimortalidad y discapacidad.

Casmu tiene un gran potencial en infraestructura y capacitación de sus recursos humanos para lograr una atención centrada en las personas dando satisfacción a sus necesidades en todo el ciclo de la vida.

Integrar y educar a la familia en los cuidados del paciente.

Mantener una comunicación permanente y una continuidad asistencial en cada etapa del proceso asistencial.

Es imprescindible la formación de equipos con referentes que permitan protocolizar los procesos asistenciales, esto redundará en seguridad y eficiencia asistencial.

Promoveremos un adecuado clima laboral siendo el Departamento de Medicina Laboral un pilar fundamental para lograr un estado de satisfacción en los ambientes de trabajo. Detener la fuga de RRHH competentes .

Desde el ingreso a la institución se fomentará el sentimiento de pertenencia y fidelidad a la empresa. Esta agrupación considera imprescindible la participación de los trabajadores para lograr en conjunto propuestas de mejora institucional.

Serán prioridad los consejos consultivos donde los afiliados podrán expresar sus necesidades y así satisfacer las mismas.

CALIDAD Y SEGURIDAD

Búsqueda de la excelencia en la atención sanitaria, aplicando una metodología adecuada para alcanzar el objetivo de calidad total. Puesta en marcha de un proceso de mejora continua de la gestión, y un análisis sistemático de diferentes indicadores estructurales, de procesos y de resultados.

La seguridad es un pilar clave de la calidad asistencial, no hay calidad si no hay seguridad.

Para ello proponemos:

- Jerarquizar el Comité de Calidad y Seguridad CCS integrado por un equipo multidisciplinario experto en el tema con permanente involucramiento y participación de la alta dirección.
- Fomentar y desarrollar la cultura de seguridad institucional , en todos y cada uno de los lugares donde se ejerza la asistencia, en domicilio, durante el traslado, al ingreso de los espacios físicos institucionales, hasta completar el ciclo de retorno del paciente a su hogar u otro centro asistencial.

Es responsabilidad del CCS, formar equipos multidisciplinarios en todos los departamentos y servicios de Casmu para reportar , analizar, corregir y prevenir los Eventos Adversos que sucedan.



El casmu
que queremos

ATENCIÓN HUMANIZADA

Humanización de la asistencia como política institucional.

Humanizar significa promover un ambiente que priorice el bienestar de todas las personas involucradas en el proceso asistencial, y en todas las dimensiones, física, psíquica, social y espiritual.

Objetivos:

Implementar en todos los Servicios buenas prácticas de Humanización, gestionando nuevas propuestas, implementando la promoción y difusión.

Propuesta de trabajo:

Formación de un grupo de trabajo en humanización sanitaria, que aborde todos los funcionarios médicos, y no médicos incluidos los servicios tercerizados.

. Control y supervisión de las buenas prácticas implementadas
evaluación continua del proceso.

GESTIÓN DE SERVICIOS

Presentación Propuesta de Gestión Integral de Urgencias y Emergencias

1. Introducción y Fundamentación

Según datos nacionales e internacionales, aproximadamente el 95% de las consultas en servicios de urgencias y emergencias corresponden a patologías de baja complejidad que no requieren internación. Esta situación genera una sobrecarga innecesaria en los servicios centrales de urgencia, afectando la calidad y oportunidad de atención para casos de mayor gravedad.

La presente propuesta plantea una reestructura integral de la gestión del área de urgencias y emergencias, basada en evidencia científica y buenas prácticas internacionales, con el objetivo de optimizar recursos, mejorar tiempos de respuesta y garantizar la seguridad del paciente.

2. Propuesta de Medidas

2.1 Desgravitar el Servicio Centralizado de Urgencias y Emergencias

Se proponen las siguientes acciones:

1. Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención:

- Implementación de Programas de Atención Inmediata (PAI).
- Asignación de cupos para consultas espontáneas en policlínicas.
- Posibilidad de atención por el médico de cabecera ante situaciones no programadas.
- Ajuste de los tiempos asignados a consultas, según la realidad asistencial.

2. Sistema de Clasificación Telefónica:

- Implementación de una central de orientación al usuario.



El casmu
que queremos

- Derivación eficiente al efector más adecuado según complejidad, tiempo de arribo y capacidad resolutoria, si el afiliado no se encuentra en Montevideo.

3. Descentralización del Servicio de Urgencias:

- Creación de puertas de urgencia para casos de baja complejidad.
- Fortalecimiento asistencial, territorial en bases del 1727.
- Horario propuesto: lunes a viernes, de 10:00 a 24:00.
- Capacidades mínimas: oxigenoterapia, inhaloterapia, terapias intravenosas, radiología simple en los radios del interior , y eventualmente reanimación avanzada (RCP).

Nota: Ampliar las plazas del servicio de urgencia central no resuelve por sí solo la saturación del mismo.

2.2 Optimización de Recursos Asistenciales

- Sistema de Triage Estándar:
- Implementación de un sistema de triage computarizado (e.g., SET o Manchester).
- Reducción de tiempos de espera y mejora en la asignación de recursos.
- Posibilidad de auditoría continua del proceso asistencial.

<https://www.triajeset.com/>

- Guías de Práctica Clínica (GPC):
- Selección o confección de GPC para patologías frecuentes.
- Participación de todas las especialidades involucradas.
- Capacitaciones, pruebas piloto y auditoría.
- Consenso interdisciplinario como requisito indispensable para éxito en implementación.

- Redefinición de Roles:

a) Jefatura Técnica Médica:

- Profesional con experiencia clínica para resolución de casos complejos.
- Capacidad de articulación con áreas críticas y quirúrgicas.
- Función formativa mediante auditorías clínicas.

b) Jefatura de Gestión:

- Responsable de indicadores de gestión y flujogramas asistenciales.
- Relación con admisión y dirección sanatorial.

c) Jefatura de Enfermería:

- Coordinación de funciones específicas a detallar.

Cierre y Consideraciones Finales

La gestión eficiente del área de urgencias y emergencias requiere una mirada integral, centrada en el usuario y apoyada en evidencia científica y consensos técnicos. Las medidas propuestas apuntan a mejorar los procesos, descongestionar el servicio central y brindar atención oportuna, segura y de calidad.

Se propone avanzar con un plan piloto, seguimiento de indicadores e implementación gradual.

EMERGENCIA MÓVIL 1727

La Emergencia móvil 1727 nació con una impronta diferente a otras Emergencias Móviles del medio. Desde su creación, hace ya 25 años, ha sufrido modificaciones en su estructura y función, con el objetivo de consolidar un perfil distintivo que la posiciona como líder en la atención de emergencias, marcando un precedente en la calidad y eficacia del servicio. Esto es imposible si los/as trabajadores/as no se desempeñan en un ambiente laboral adecuado. En el CASMU que queremos nos comprometemos a cuidar este aspecto en todos sus aspectos, asegurando las condiciones físicas, psíquicas y emocionales necesarias para que los trabajadores podamos desempeñarnos en forma adecuada.

Adicionalmente, entendemos que la correcta interrelación entre la Emergencia móvil 1727 y los diferentes niveles asistenciales que brinda el CASMU es indispensable para optimizar su funcionamiento. Sin esto es imposible brindar a nuestros clientes la calidad de servicio que demandan y que han caracterizado históricamente tanto a la 1727 como al CASMU en general.

PROPONEMOS

- Asegurar que se respete el orden de la lista para elección de guardias. Generando recursos tecnológicos complementarios, que permitan a los involucrados realizar la elección de guardias desde el celular, asegurando así la transparencia.
- Velar por que los ingresos y ascensos sean por concurso como siempre debieron ser.
- Brindar oportunidades de Educación Médica Continua a todo el equipo en horario de trabajo, incluyendo actualización de protocolos y mantenimiento del entrenamiento en habilidades específicas de Urgencia y Emergencia.
- Mejorar el acceso a la Historia Clínica institucional y al laboratorio a través de tablets que funcionen en forma adecuada. Adicionalmente, facilitar en el mismo dispositivo información relevante para la asistencia (protocolos de emergencia, guías clínicas, horarios de servicios, etc.).
- Asegurar que las ambulancias y sus bases cuenten con todos los insumos necesarios para una correcta asistencia.
- Revisar en forma minuciosa todas tercerizaciones, priorizando la conveniencia para el CASMU y evitando la precarización laboral para así garantizar la calidad asistencial.
- Crear el cargo de coordinador de Pediatría de igual carga horaria y remuneración que el cargo de coordinador de Adultos.
- Procurar que los servicios de coberturas no impliquen una afectación de las estructuras fijas.



MEDICINA INTERNA

Si bien la situación financiera requiere una política de austeridad debemos priorizar la calidad asistencial, la capacitación y la eficiencia.

Desde esta perspectiva proponemos:

Recomponer la estructura del Servicio de Medicina Interna dotando de:

Cargos de G III, Cargos de GII, y cargos de alta dedicación CAD como también traer nuevamente los cargos de Residencias.

Es una evidencia que las policlínicas de atención inmediata PAI, han demostrado amplia resolutivez y acceso a los afiliados actuando en forma precoz y evitando mayor morbimortalidad.

Medicina Interna debe estar involucrada en el primer nivel de atención con cargos en todos los centros médicos para lograr la referenciación de los pacientes al alta hasta que posteriormente continúen con su médico tratante.

El trabajo en equipo de medicina interna con las demás especialidades es un pilar fundamental para la asistencia integral de los afiliados.

AREAS DE ACCIÓN

En emergencia, la reinstalación de un espacio de pacientes respiratorios complejos con necesidades de OAF y VNI, permite estabilizar al paciente y evitar el ingreso en CTI, disminuyendo los costos operativos.

En policlínico central, la creación del hospital de día médico, para el abordaje de patologías que pueden ser estudiadas en forma ambulatoria puede evitar el ingreso a sanatorio: anemias, neoplasias ocultas etc.

Se trabajara mediante la telemedicina donde los colegas que están en internación domiciliaria , médicos de referencia y médicos de las móviles puedan plantear los casos y evitar asimismo el ingreso al área de emergencia, el objetivo es mejorar la resolutivez en el primer nivel de atención haciendo eficiente al sistema disminuyendo los costos de internación.

Medicina Interna creará las pautas o guías clínico terapéuticas fundamentalmente para la emergencia en conjunto con otras especialidades, el objetivo es la disminución de costos y el tiempo de estadía en emergencia.

Otro objetivo es la implementación de la prescripción farmacéutica eficiente evitando la multimedicación sobre todo en pacientes de edad avanzada.



El momento de la consulta en emergencia o al alta sanatorial es una oportunidad para vacunar a las poblaciones de riesgo, proponemos la creación de un cargo de vacunador para pacientes y funcionarios que se encuentren en el complejo asistencial, dejando el vacunatorio central para el primer nivel de atención. Se reforzarán los vacunatorios durante las campañas determinadas por el MSP.

Medicina Interna como pilar fundamental de la asistencia realizará proyectos de investigación propios y en conjunto con la UDELAR, educación médica continua, capacitación al personal de enfermería, y permanente evaluación de los indicadores de eficiencia y calidad (día cama ocupada, mortalidad, eventos adversos, etc.).

Contar con una estructura humana acorde a las necesidades asistenciales en cantidad, especializada en medicina interna no es un gasto sino la mayor inversión en gestión asistencial.

CARDIOLOGÍA

PROPUESTA PARA LA CREACIÓN DE UN DEPARTAMENTO INTEGRAL DE CARDIOLOGÍA

1. Introducción

El presente documento tiene como objetivo fundamentar la necesidad y proponer la Restructura de un Departamento Integral de Cardiología en CASMU, que atiende a una población de 170.000 afiliados, de las cuales aproximadamente 42.500 (25%) son mayores de 65 años. Esta franja etaria presenta una alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares, lo que justifica el desarrollo de un servicio especializado, integral y eficiente.

2. Objetivos del Departamento

Brindar atención especializada, oportuna y de calidad en patologías cardiovasculares.
Reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares.
Implementar programas de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación.
Garantizar la continuidad asistencial y el seguimiento de pacientes crónicos.

3. Estructura Organizativa Propuesta

Unidad de Cardiología Ambulatoria
Unidad de Hospitalización Cardíaca (camas en cuidados moderados)
Unidad de Cuidados Intensivos Cardiólogos (UCI-C)
Unidad de Hemodinamia e Intervencionismo (como una meta a alcanzar dependiendo de las autoridades nacionales)
Unidad de Electrofisiología
Unidad de Imagen Cardíaca Avanzada



El **casmu**
que queremos

Unidad de Insuficiencia Cardíaca
Unidad de Rehabilitación Cardíaca
Organigrama Funcional Propuesto
Dirección del Departamento de Cardiología

- Coordinación General
- Unidad de Cardiología Ambulatoria
- Unidad de Hospitalización Cardíaca exclusiva para la especialidad en cuidados moderados
- Unidad de Cuidados Intensivos Cardiólogos (UCI-C)
- Coordinación Técnica Especializada
- Unidad de Hemodinamia e Intervencionismo (propuesta pendiente a autorizar)
- Unidad de Electrofisiología
- Unidad de Imagen Cardíaca Avanzada (utilización de angiografo y resonador)
- Coordinación de Programas Clínicos
- Unidad de Insuficiencia Cardíaca
- Unidad de Rehabilitación Cardíaca

4. Recursos Humanos Necesarios

Cardiólogos clínicos e intervencionistas (REGULARIZACION DE CARGOS SUPLENTE)
Electrofisiólogos
Imagenólogos cardiovasculares
Enfermeros especializados en cardiología
Técnicos en ECG y monitoreo
Nutricionistas, psicólogos y fisioterapeutas con enfoque cardiovascular (concretar equipos multidisciplinarios)

5. Infraestructura y Equipamiento

Consultorios con ECG, Doppler portátil y sistemas de registro electrónico
Sala de ecocardiografía (con opciones de ecoestrés y transesofágico)
Laboratorio de hemodinamia 24/7 (propuesta a autorizar por msp)
Sala de electrofisiología con tecnología para ablaciones y dispositivos implantables (SEA) potenciar este IMAE logrando mas ventas de servicios
Camas de internación cardiológica y UCI-C con monitorización continua

6. Prestaciones y Servicios

Consultas cardiológicas programadas y de urgencia
Estratificación del riesgo cardiovascular
Diagnóstico por imagen no invasiva
Cateterismos y angioplastias (propuesta pendiente)
Implante de marcapasos y DAI
Tratamiento de arritmias complejas
Rehabilitación cardíaca estructurada (fases I, II y III)
Programas de prevención cardiovascular primaria y secundaria, abiertos a otros prestadores que no cuenten, ej. convenios con ASSE.



El Casmu
que queremos

7. Indicadores de Gestión y Calidad

Tasa de reingresos hospitalarios por patología cardiovascular
Tiempo puerta-balón en infarto agudo (es necesario sabiendo la complejidad del sistema)
Cobertura de programas de rehabilitación
Control de factores de riesgo en seguimiento ambulatorio

8. Integración y Coordinación Asistencial

Articulación con medicina general, geriatría, nefrología y endocrinología, diabetología
Coordinación con servicios de emergencia prehospitalaria 1727
Participación en redes locales y nacionales de atención cardiovascular, participar en programas cardiovasculares del MSP.

9. Consideraciones Finales

La implementación de un Departamento Integral de Cardiología permitirá elevar significativamente la calidad asistencial, optimizar recursos, reducir complicaciones y mejorar la sobrevida y calidad de vida de la población, especialmente de los adultos mayores. Se propone avanzar en su diseño definitivo y en una implementación escalonada conforme a criterios de viabilidad técnico-económica.

GERIATRÍA

ATENCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

IMPORTANCIA: las personas mayores son un grupo heterogéneo de pacientes, que poseen características especiales que justifican este servicio, por ejemplo su valoración exige un formato de entrevista específica que conocemos como VGI. Casmu tiene el Índice de envejecimiento más alto del SNIS (2.3 frente al promedio nacional de 1.1).

OBJETIVO: crear un departamento de geriatría que centralice la asistencia y coordinación referente a esta población.

NIVELES ASISTENCIALES

Asistencia domiciliaria
Policlinica
Interconsulta sanatorial



El **casmu**
que queremos

RECURSOS HUMANOS

1 Jefatura

2 Coordinadores por áreas

a- asistencial: coordinar que en las diferentes zonas del área metropolitana este presente el servicio de geriatría, por lo que es necesario distribuir los especialistas de acuerdo a la población. adjudicar un número de usuarios para cada geriatra.

Organizar policlínicas especiales: valoración preoperatoria o previo a tratamientos invasivos, de rehabilitación, policlínica de caídas, de deterioro cognitivo .

b- Protocolos e investigación: realizar ateneos, round, realizar estadísticas que brinden información para investigación, organizar pasantías de pregrado- posgrado de geriatría y otras especialidades

c- Coordinación técnicos: gestionar con técnicos que se requieren en el trabajo multidisciplinario que implica la atención en la persona mayor como son: trabajadores sociales, fisioterapia, nutricionista, atención de enfermería

Interacción con otras especialidades y lograr establecer referencia y contrarreferencia

3 Médicos geriatras: cuyo número y distribución se ajustarán a los requerimientos de cada sector, residentes de la especialidad y especialidades afines en rotaciones

Asistentes sociales, fisiatra, nutricionistas

4 Secretaria: manejo de informática recepción de interconsultas, gestión de recursos humanos

RECURSOS MATERIALES

Área física para el funcionamiento del departamento, con acceso a salones reales o virtuales

- Consultorios en policlínicas: con espacio adecuado y accesibilidad, buena iluminación.

SERVICIO DE MEDICINA Y CUIDADOS PALIATIVOS

VISIÓN: Ser un Servicio de Medicina y Cuidados Paliativos de Referencia por la excelencia en la calidad de atención, calidez humana y trabajo en equipo interdisciplinario para todos los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas evolutivas.

MISIÓN: Brindar al paciente y su familia la mejor atención integral (bio – psico – social –espiritual) en todos los ámbitos (domicilio, policlínica, internación sanatorial), en forma permanente (guardia medica telefónica) a través de la intervención de un Equipo Interdisciplinario, especialmente capacitado, con el objetivo de brindar la mejor calidad de vida y mejor calidad de muerte. Acompañando al paciente y la familia en forma integrada con demás Equipos Tratantes.

Ser modelo de Humanización del Sistema de Salud.



El **casmu**
que queremos

PROPUESTAS DE MEJORA

EN LA ASISTENCIA

1.- La actividad asistencial estará organizada en varios sub-equipos que trabajarán en forma simultánea, cada uno de ellos integrado por un médico y un enfermero, formados en el abordaje integral del paciente y su familia. Esto permitirá el sostén y la educación en el cuidado al binomio paciente – familia.

Sub-equipos de Interconsultas Hospitalarias.

Sub-equipos de Asistencia Domiciliaria.

Sub-equipos de Consulta Externa.

2.- Se promoverán estrategias de cuidado al o los cuidadores principales para preservar su integridad como personas y evitar la “claudicación personal y familiar”.

EN EL CUIDADO DEL EQUIPO

1.- Se asistirá pacientes en domicilio en forma presencial de lunes a viernes y se tendrá una cobertura asistencial telefónica continua, 24 horas los 365 días del año. Esto permitirá ser más eficaces en las visitas domiciliarias, bajar los costos de traslados y cuidar al equipo de domicilio.

2.- Se tendrá un Plan de Autocuidado del equipo se estipulará una estrategia para identificar integrantes del equipo en riesgo de burnout para actuar en consecuencia.

EN LA GESTIÓN

1.- Pacientes con bajo nivel de complejidad: serán controlados con Médicos de Zona en domicilio o en policlínica de CP, sin perjuicio de lo cual podrán solicitar Interconsulta con Cuidados Paliativos para fijar los Focos del Tratamiento. Para ello es fundamental la capacitación del Primer Nivel de Atención para el manejo integral de éstos pacientes.

2.- Pacientes con alto nivel de complejidad: recibirán asistencia directa del Servicio de Medicina Paliativa.

3.- Se proyectará el número de pacientes asistidos según la distribución temporal anual y adaptándose a lo estipulado por el Plan Nacional de Cuidados Paliativos.

4.- Se promoverá el domicilio como el lugar principal de fallecimiento, evitando reingresos que no sean justificados por causa médica.

5.- Se trabajará en base a Guías de Práctica Clínica.

6.- Se incorporará la Historia Clínica Electrónica para lograr tener seguimiento eficaz de los pacientes que están en asistencia, su complejidad y reducir costos asistenciales.

7.- Se conocerá la procedencia de los pacientes según servicios desde son derivados para trabajar en conjunto con cada uno de los servicios.

8.- Se gestionará la queja y el reclamo de paciente y familiares.

EN LA FORMACIÓN INTERNA

1.- Se promoverá la mejora de la Formación Permanente a todos los Profesionales del Equipo.

2.- Se brindarán oportunidades a todos los integrantes del Equipo para la Formación externa y la participación en Congresos Nacionales e Internacionales que redunde en el beneficio de todo el Equipo.



EN LA DOCENCIA

1.- Se realizarán instancias de educación a todos los médicos que asisten estos pacientes en el primer nivel y de aquellos especialistas que estén involucrados en la asistencia prolongada de este tipo de pacientes. Además de orientación y soporte a quien lo requiera.

2.- Se ofrecerá a todos los integrantes del Equipo tener pasantes a cargo, reconociendo que el esfuerzo realizado redunde en el beneficio de todo el Servicio y de la Institución.

EN LA INVESTIGACIÓN

1.- Se promoverá la investigación clínica con el apoyo de la Unidad de Investigación de la Institución.

EN LA EXTENSIÓN

1.- Se realizarán Jornadas de Sensibilización a pacientes, familiares y la comunidad en general, con aquellos integrantes del Equipo que deseen participar.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

INTRODUCCIÓN

Este documento pretende ser una propuesta de líneas estratégicas y de acción con el fin de consolidar un modelo de atención integral en CASMU IAMPP, según los lineamientos del SNIS y con un enfoque desde la APS.

La Ley del SNIS en su artículo 4to tiene como objetivo el desarrollo de un Modelo de Atención Integral, Este modelo integral de atención requiere el desarrollo de tres componentes básicos: accesibilidad, longitudinalidad e integralidad. en un proceso asistencial donde es fundamental la utilización efectiva de los servicios disponibles, superar las barreras geográficas, culturales, administrativas y económicas, así como instalar un seguimiento a lo largo de la vida, que sostenga una atención integral, incorporando en la atención la multiplicidad de dimensiones, biológicas, psicológicas y relacionales, incluyendo la historicidad y el proyecto de futuro. (MSP, 2014)

Es imprescindible aumentar la resolutivez de los problemas de salud en el PNA del Casmu, optimizando los recursos existentes, a través de estrategias de reorganización y reperfilamiento.

ANTECEDENTES

El CASMU se enfrenta a una serie de dificultades que afectan directamente la atención de los afiliados desde un enfoque de Atención Primaria de la Salud.

Accesibilidad a la atención disminuida.

Los afiliados tienen dificultades para acceder a las consultas programadas (agenda) con médicos y técnicas diagnósticas.

Atención Longitudinal no brindada en forma universal.

La mitad de los usuarios aproximadamente no tienen médico de referencia.

Ausencia de la atención de una población en un territorio definido.

Falta de datos de capitas por Centro, asociado a falta de georreferenciación clara y definición de área de influencia de Centro.



El casmu
que queremos

Coordinación de la atención deficiente o ausente.

Programas de coordinación insuficientes o ausentes para dar continuidad de atención del usuario (ejemplo: internación en sanatorio, internación domiciliaria, cuidados paliativos, puerta de urgencia, 1727). Solo hay un Programa de Enlace (que se está evaluando).

Dificultades para el desempeño adecuado de los Recursos Humanos.

- Falta de llamados a concurso de ingreso y ascenso. Y de los realizados, no siempre se ha respetado el orden de prelación.

- Desintegración de los equipos de trabajo (producto de los seguros de paro y tercerizaciones)

- Falta de implementación de reuniones de equipo periódicas en cada Centro Médico

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Dentro de las líneas estratégicas priorizadas para consolidar el modelo de atención encontramos:

1. Mejora en la Accesibilidad

2. Fortalecimiento del Capital Humano

3. Mejora de la Continuidad Asistencial

4. Fortalecimiento de la estrategia de promoción de salud y participación comunitaria

Cada línea estratégica contiene varias líneas de acción priorizadas de acuerdo a la magnitud, vulnerabilidad e impacto del problema a solucionar.

LÍNEAS DE ACCIÓN PRIORIZADAS

A continuación se detallan las líneas de acción priorizadas por cada línea estratégica planteada.

MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD

1. Completar la georreferenciación de los afiliados, elaborando las planillas nominalizadas de usuarios por cada médico de referencia, en el marco de los equipos de salud distribuidos en los territorios.

2. Diseñar un sistema de agendas para consultas de Médicos de Referencia.

Este nuevo sistema de agenda involucra a Medicina General, Medicina de Familia y Comunitaria y Pediatría.

Consiste en dividir a la agenda en tres tipos de consulta:

a. Consulta programada con el objetivo de realizar seguimiento de los pacientes para control en salud o seguimiento de condiciones crónicas. Esta fecha debería ser acordada entre el paciente y el médico, de acuerdo a los programas de atención de las principales condiciones crónicas y pautas de controles en salud. Idealmente se deberá prever la necesidad de dos turnos en la agenda para usuarios que así lo requieran.

b. Consulta priorizada: con el objetivo de realizar seguimiento de pacientes que se encuentren cursando situaciones agudas de pacientes referenciados.

c. Consulta del día: este tipo de consulta espontánea, puede contemplar últimos cupos de la agenda.

3. Caracterización de la atención domiciliaria programada Realizar una caracterización de los usuarios que se encuentran exclusivamente en atención domiciliaria, de forma de realizar diagnóstico de necesidades de salud de este grupo de usuarios como punto de partida de un plan de mejora.

4. Avanzar en la complementación del PNA con otros prestadores de salud a través de redes locales integradas de servicios de salud. Se podrá considerar en los territorios donde CASMU no tiene equipos instalados o son escasos algunos RRHH. Tomar en cuenta las características de la población usuaria, la disponibilidad de recursos y prestadores.



El CASMU
que queremos

FORTALECER LOS RECURSOS HUMANOS

1. Definición de equipos de salud

- Establecer la relación equipo de salud/población a cargo:

Se toma en cuenta por el MSP y la academia, 1 médico de referencia cada 1500 usuarios y 1 licenciada en Enfermería cada 3000 usuarios.

La dotación de RRHH tendría que ser acorde a una planificación basada en esos criterios. En la georreferenciación de los equipos de salud, se toma como criterios: las áreas territoriales (por ejemplo se podría tomar las divisiones municipales), la disponibilidad de recursos y su distribución, su cercanía y vías de acceso, la referencia a otros niveles de atención, las características de los usuarios/población de dicho territorio (Considerar las capitales de acuerdo a edad, sexo y vulnerabilidades).

- Reorganizar y definir los distintos equipos de salud que trabajan en las policlínicas. Se propone organizar de acuerdo a:

- Equipos de Salud de Cercanía: Constituido por Licenciados en Enfermería, Auxiliares de enfermería, Medicina General y/o Médico de familia y Comunidad, Pediatría (Equipo de Referencia)

- Centros de Primer Nivel de Atención: Constituido por especialistas y disciplinas que se encuentran desempeñando su cargo en las distintas policlínicas. Dichos equipos estarían dispuestos en redes de servicios, cuyos recursos humanos y servicios podrán circular y brindar atención de acuerdo a las características de cada población/territorio, y la infraestructura existente.

2. Definición de perfiles de competencias en el primer nivel de atención

Dentro del horario laboral considerar las actividades clínicas, de capacitación, en territorio y de microgestión (incluye reuniones de equipo, coordinaciones con especialidades y otros niveles de atención, coordinaciones intersectoriales)

3. Reperfilamiento de los recursos humanos

Elaborar e implementar un plan de reperfilamiento y profesionalización de RRHH enfocado a las competencias necesarias para trabajar en el primer nivel de atención, priorizando medicina general y enfermería, pero dirigido a todas las especialidades y disciplinas desde una perspectiva interdisciplinaria. Dicho plan debería contar con contenido clínico y orientado al trabajo colaborativo entre profesionales y distintos niveles de atención. Considerar en este proceso, el apoyo de la Udelar, Sociedades Científicas, Asociaciones de Profesionales vinculadas al PNA, OPS/OMS.

4. Facilitar el desarrollo de la gestión clínica

Desarrollado por los profesionales del primer nivel de atención, mediante el uso de los recursos humanos, tecnológicos y organizativos para la mejora de los procesos asistenciales. Establecer interconsultas de especialistas con los integrantes de los equipos de referencia del PNA mediante el uso de telemedicina.



5. Implementación de las reuniones de equipo

Implementar nuevamente las reuniones de equipo a nivel de las policlínicas, que permitan el conocimiento de las tareas de los integrantes, el abordaje y resolución de los diferentes problemas que surgen en el proceso asistencial, en un proceso de Educación Permanente en Salud, lo cual está probado que produce una mejora de la calidad de atención a los usuarios.

6. Diseño de un nuevo plan de comunicación interna y externa dirigido a los sectores asistenciales, administrativos y afiliados.

7. Revisión del organigrama institucional y Profesionalizar la Dirección del PNA (Atención Descentralizada) Revisar el organigrama institucional de forma que existan mecanismos jerárquicos que faciliten la coordinación y resolución de los problemas generados en los equipos del PNA. Optimizar los recursos existentes dependientes de la dirección de Atención Descentralizada (ej. coordinaciones de Centros). Profesionalizar la dirección del PNA mediante cargos con perfil idóneo, considerando mecanismo de concurso para ocupar dichos cargos.

MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1. Mejora en el abordaje de las condiciones crónicas de nuestros usuarios.

Con la implantación de un modelo de coordinación de la atención, siendo el equipo del primer nivel el responsable de la organización del flujo de atención y cuidado. (gestión del cuidado, gestión de caso, funciones de enlace). Priorizando los controles de salud, el control de enfermedades crónicas no transmisibles y el abordaje de la salud mental.

2. Fortalecer la actividad de los licenciados de enfermería en la gestión del cuidado, dirigido a los usuarios en los controles de salud y con condiciones crónicas de salud.

3. Optimizar el proceso de referencia y contrarreferencia acordando criterios de interconsulta para las principales patologías con los distintos integrantes que participan en el proceso asistencial (equipos de salud de policlínicas, traslado asistencial, emergencia, sanatorio).

4. Elaboración de procesos asistenciales integrados con la participación de profesionales de los distintos niveles de atención que participan en dicho proceso. Implantar iniciativas de trabajo conjunto entre profesionales de forma presencial o telemedicina.

5. Fortalecer programas de enlace que garanticen la continuidad asistencial. Evaluación anual de los mismos a través de auditoría.

FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE SALUD Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

1. Fomentar las actividades de promoción de salud y participación comunitaria en los territorios designados a los equipos de salud, en un marco de complementación entre prestadores de salud.

2. Implementación de actividades grupales en los servicios de salud en el ámbito comunitario.



3. Trabajo en redes interinstitucionales integrando los equipos de salud del CASMU territorio asignado (Ej. con otros prestadores de salud, municipios, educativas, deportivas, dispositivos de Salud Mental comunitarios, de infancia y adolescencia, de personas mayores, de género, etc, según las características y necesidades de la Población)

PEDIATRÍA

Objetivo General

Aspiramos a ofrecer un servicio de excelencia a los niños y adolescentes de nuestra institución, garantizando atención de calidad en todos los niveles y fomentando relaciones de cordialidad, respeto y empatía entre todo el personal y los usuarios tanto en Montevideo como en Ciudad de la Costa y aquellos lugares donde CASMU está presente.

Es esencial fortalecer el papel del pediatra de referencia, tanto en el seguimiento de la salud como en la atención de enfermedades.

Derechos y Condiciones Laborales:

Los pediatras de CASMU tienen el derecho a trabajar en un ambiente de cordialidad y respeto, sin temor a expresar sus opiniones. Es fundamental que mantengan un enfoque empático en su labor, como se ha hecho hasta ahora.

CASMU ha sido históricamente reconocido por el ingreso de profesionales a cargos titulares y suplentes mediante concursos, y esta tradición debe persistir. Es imperativo que todos los cargos vacantes se completen siguiendo este procedimiento. Asimismo, las convocatorias de suplentes deberán ajustarse rigurosamente a las mismas normas.

Evaluación y Mantenimiento de Competencias

Las evaluaciones de desempeño en los diferentes sectores, así como el mantenimiento de las competencias, son herramientas valiosas para que los pediatras y sub especialistas demuestren su idoneidad y compromiso con su labor y con la institución. Es imperativo implementar estas evaluaciones de manera periódica para garantizar que la institución cuente con los profesionales más preparados y comprometidos en su tarea. Esta responsabilidad recaerá en los supervisores de las diferentes áreas, junto al jefe del departamento.

Propuestas Generales

Usuarios

Promover un vínculo positivo entre todo el personal y los usuarios.

Implementar campañas de afiliación masiva para niños, ofreciendo beneficios reales para esta franja etaria, ya que su inclusión atrae a toda la familia.

Recursos Humanos

Dotar a todos los centros asistenciales, en los diferentes niveles de atención, con los técnicos médicos y no médicos necesarios, acorde a la cantidad de pacientes atendidos y el nivel de complejidad de



El **casmu**
que queremos

los mismos. En algunos centros, es prioritaria la necesidad de licenciados en enfermería y asistente social.

Restablecer el cargo administrativo en el Servicio de Emergencia Pediátrica, lo cual mejorará la recepción del paciente y su familia, la comunicación entre la familia que queda dentro y la que está en la sala de espera y facilita la coordinación del control por el pediatra o especialista al momento del alta.

Asegurar que el ingreso a todos los cargos se realice mediante concurso.

Restaurar el uso de las evaluaciones como criterio de valoración para todos los profesionales.

Nombrar titulares para los puestos vacantes, comenzando por el Jefe de Pediatría, un cargo que ha permanecido sin cubrir durante un año y que es fundamental para el correcto funcionamiento del área.

Convocar a suplentes cuando sea necesario, respetando el orden de prelación.

Convocar anualmente a aspirantes para cargos de residentes.

Recursos Materiales

Asegurar que todos los sectores cuenten con los recursos materiales necesarios. Se confeccionarán valijas de mayor tamaño y mejor calidad, con medicación correctamente ordenada.

Mejorar el reabastecimiento de materiales en el economato, así como el control de insumos al inicio y fin de cada guardia, sin necesidad de utilizar precintos. Cada móvil contará con un celular y una tablet, los cuales serán entregados completamente cargados y en óptimas condiciones, junto con su cargador correspondiente.

Mejorar la historia clínica electrónica para que sea amigable, funcional, universal y adaptada a cada servicio.

El pediatra de radio que hace llamados a domicilio, también debería disponer de una Tablet para dejar registrado el episodio.

Reforzar las sedes del interior, mejorando su infraestructura y dotándolas de los recursos materiales básicos.

Asistencia

Desarrollar un modelo de asistencia centrado en el paciente, priorizando la prevención primaria, secundaria y terciaria de todas las enfermedades.

Promover y fortalecer los equipos interdisciplinarios en la atención de patologías complejas.

Evaluar la asistencia brindada en todos los niveles de atención mediante auditorías de historias clínicas y la utilización de indicadores de desempeño.

Educar al niño/adolescente y a su familia en la prevención de diferentes trastornos. Para la educación en salud, se deben emplear diversos recursos, incluyendo consejería durante las consultas, cartelería informativa, recursos audiovisuales y material didáctico en los distintos puntos de atención y mediante correo electrónico.

Exámenes paraclínicos

Mejorar la disponibilidad de ciertos exámenes diagnósticos. En pediatría, la ausencia de alguna paraclínica en PIAS no significa que no se la pueda utilizar al mismo costo que la otra dada la particularidad de esta especialidad de ser una población sana.

Incorporar guardia de ecografía en horario diurno con imagenólogos capacitados en pediatría.

Implementar Rx de tórax en Solymar los fines de semana como lo hay de lunes a viernes para evitar traslados innecesarios a Montevideo.



Formación/Educación Médica Continua/Capacitación

Continuar realizando actividades de formación de manera regular, alentando la participación de todos los pediatras, sub especialistas y técnicos involucrados en la asistencia a los niños.

Investigación

Promover la realización de proyectos de investigación y su comunicación a la comunidad científica.

Propuestas para el Primer Nivel de Atención

Equipos Interdisciplinarios

Los equipos interdisciplinarios, compuestos por diferentes especialistas con formación específica en diversas temáticas, permiten un abordaje holístico del paciente desde múltiples perspectivas. Es viable y rentable ofrecer los servicios de estos grupos a otras instituciones (venta de servicios) o a pacientes que deseen adquirirlos de forma particular.

Fortalecer y promover los equipos existentes, garantizando espacios físicos adecuados, recursos humanos y materiales necesarios, así como la definición de objetivos a corto, mediano y largo plazo. El costo de los mismos no puede ser un obstáculo para la familia.

Unidad de Desarrollo (actualmente presenta falencias en su funcionamiento, como la falta de fonoaudiólogos).

Dado que es una patología prevalente en la infancia y que la Costa de Oro mantiene aún un número elevado de niños pequeños, se debería instrumentar otra Unidad en ese lugar que incluso podría vender servicios a usuarios de otros prestadores de la zona.

Unidad de Aprendizaje.

Programa Vida Saludable.

Atención a niños y mujeres embarazadas vegetarianas.

Unidad de Celíacos.

Espacios para adolescentes: reforzar los existentes y evaluar la incorporación de nuevos.

Cuidados Paliativos Pediátricos.

Unidad de Violencia.

Crear Nuevos Espacios (Trastornos de la conducta alimentaria. Hospital de Día para niños oncológicos).

Se requerirá personal capacitado, como nutricionistas especializados en el tema. Asimismo, se revisará la tercerización de los funcionarios no médicos, como fonoaudiólogos, psicomotricistas y psicoterapeutas.

La licenciada en Servicio Social debe formar parte del equipo de salud existente en Ciudad de la Costa al igual que la fisioterapeuta con capacitación en niños pequeños.

Se debe facilitar la atención con odontólogos en Solymar que no existe al día de hoy cuya función no sea solo examen diagnóstico, sino solucionar las patologías.

Es necesario garantizar la cercanía al usuario, manteniendo un costo de ticket accesible.

Funcionamiento

Respetar y monitorear el cumplimiento de las agendas, asegurando tiempos de atención óptimos de acuerdo a la edad del paciente y los objetivos de la consulta. Esto incluye los cupos disponibles para consultas del día y altas del Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP) o internación.

Ofrecer la opción de que los controles durante el primer mes de vida sean realizados por el servicio de neonatología o pediatría.



El Casmu
que queremos

Reforzar la figura del pediatra de referencia, asegurando que cada niño tenga controles de salud regulares con su pediatra tratante. Para ello, la licenciada de enfermería del centro cumple un papel prioritario.

Fomentar la realización de actividades lúdicas y educativas en las salas de espera y espacios comunes, incluyendo cartelería, talleres, videos y juguetes.

Crear un Centro Vacunatorio Modelo que promueva el cumplimiento de las metas asistenciales respecto a las inmunizaciones, ofreciendo vacunas que no están incorporadas en el Certificado de Esquema de Vacunación y promoviendo la inmunización sin dolor. Este proyecto ya escrito, fue iniciado y posteriormente abandonado por falta de recursos.

Generar una "Guía de Funcionamiento de Pediatría y Subespecialidades" para usuarios, que incluya horarios, ubicaciones, autorizaciones requeridas, entre otros aspectos.

Propuestas para la Urgencia Pre hospitalaria

Lograr una adecuada interrelación entre este nivel de atención y los demás, mejorando así la asistencia a los pacientes.

Evaluar las consultas telefónicas en términos de pertinencia (motivos de consulta, edad, hora del día, etc.), poder de resolución, registros y satisfacción de los pacientes.

Asegurar que el registro médico sea compatible con la Historia Clínica Electrónica universal de la institución.

Desarrollar protocolos de actuación que faciliten la resolución de problemas de los pacientes.

Propuestas para las Especialidades Pediátricas

Las especialidades pediátricas dependerán e interactuarán con el Departamento de Pediatría.

Se propone

Crear policlínicas para subespecialidades que actualmente faltan, tales como hematología pediátrica (donde los pacientes deben acudir a la Fundación Pérez Scremini) y genética, entre otras.

Ofrecer policlínicas de atención inmediata para algunas subespecialidades, como otorrinolaringología, en centros geográficamente distantes, como Ciudad de la Costa.

Incorporar cirujano pediatra y ortopedia pediátrica a Ciudad de la Costa en policlínica, una vez por mes para evitar los traslados de la familia a Montevideo para consultas.

Propuestas para el Servicio de Urgencia Pediátrica (SUP)

Optimizar la planta física: mejorar la iluminación y la ventilación, así como el área destinada a los médicos pediatras.

Contar con más consultorios en épocas de mayor demanda asistencial.

Crear áreas especiales para procedimientos, aislamiento, fisioterapia y atención a pacientes con patologías psiquiátricas.

Optimizar las horas de triage de acuerdo a las necesidades del servicio.

Propuestas para la Sala de Cuidados Moderados

Destinar áreas especiales de hospitalización para determinados pacientes, tales como portadores de patologías psiquiátricas, adolescentes, y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Potenciar el trabajo en equipos interdisciplinarios, incorporando diferentes profesionales como psicólogos, fisioterapeutas y licenciados en nutrición, para atender a pacientes con patologías complejas.



Deben ser profesionales con experiencia en niños y adolescentes al igual que el personal de enfermería.

Promover actividades lúdicas para niños y adolescentes hospitalizados, tales como la utilización de perros de compañía, payasos médicos y talleres creativos.

Propuestas para Internación Domiciliaria

Incorporar los registros realizados en los domicilios a la historia clínica electrónica.

Realizar evaluaciones periódicas del funcionamiento del programa y de la satisfacción de los usuarios.

Implementar horas de internación domiciliaria en Ciudad de la Costa dentro de algún cargo CAD para brindar no solo este servicio, sino además controles post alta o visitas domiciliarias cuando se requieran.

Propuestas para la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

Evaluar el número de médicos, enfermeros y otros técnicos necesarios para un funcionamiento óptimo.

Reforzar el cargo de Coordinador de la Unidad que se ocupa de la parte administrativa y asistencial como todo coordinador.

Fortalecer la venta del servicio a otras instituciones, asegurando que no se comprometa la atención a nuestros usuarios.

UNIDAD DE INMUNIZACIONES

La vacunación es una de las medidas en salud pública, que más vidas salva. Invertir en vacunación es invertir en salud. Facilitar la vacunación en los usuarios y funcionarios implica disminuir la frecuencia y gravedad de un gran número de enfermedades para las cuales existe inmunoprevención, ganando en salud y disminuyendo los costos de atención que estas enfermedades generan.

Los vacunatorios estarán bajo la responsabilidad de un coordinador médico de adultos como de pediatría (horas médicas de cargos de alta dedicación ya existentes) y una vacunadora.

Objetivos

Potenciar la vacunación en la institución, aumentando la cobertura de usuarios y personal de salud.

Aumentar la satisfacción del usuario al no tener que desplazarse al Vacunatorio Central o a otro prestador, para recibir sus inmunizaciones.

Contribuir al cumplimiento de las metas asistenciales pediátricas vinculadas a la vacunación.

Propuestas

Potenciar el funcionamiento del Vacunatorio Central creando un Centro de Vacunación Modelo y otro en Ciudad de la Costa.

Facilitar el acceso a la vacunación de usuarios y funcionarios de centros de atención primaria, retomando la vacunación semanal, en centros de atención primaria alejados del Vacunatorio Central (Piedras Blancas, Colón, Paso de la Arena, Cerro) y Ciudad de la Costa.



El Casmu
que queremos

Reorganizar el sistema de agenda del vacunatorio del Centro Médico Agraciada, con agenda telefónica previa para que el usuario no tenga que desplazarse hasta el centro para conocer si tendrá cupo ese día o tendrá que regresar en otra oportunidad, sin la seguridad de que conseguirá cupo o no.
Ofrecer la vacunación a domicilio de niños y adultos con movilidad limitada y costos accesibles
Estimular la vacunación del personal de salud como forma de cuidado personal y de los usuarios.
Facilitar la vacunación del personal, disponiendo al inicio de las campañas de vacunación invernal, vacunador/a que recorra los distintos sectores de internación sanatorial y urgencia.
Promover la inmunización sin dolor, en el Vacunatorio Central y en todas las Upecas. Este proyecto ya escrito, fue iniciado y posteriormente abandonado por falta de recursos.
Estimular y facilitar la formación continua de las y los vacunadores
Titularizar el número necesario de vacunadoras para cumplir con las propuestas antes planteadas.

SALUD MENTAL

Propuesta de Trabajo para el Fortalecimiento de la Salud Mental en CASMU

1. Introducción

La presente propuesta surge como resultado de un relevamiento preliminar de la situación asistencial en salud mental dentro de CASMU, con entrevistas a actores clave del proceso asistencial (psiquiatras, pediatras, farmacia), que reflejan la necesidad urgente de mayor integración, coordinación y fortalecimiento institucional.

2. Diagnóstico Situacional

- Existen dos niveles diferenciados de atención en salud mental:

- Tercer nivel- comprende la urgencia, visita programada , sala de observación e internación y consulta rápida.

Se destaca la unidad CEDA (Centro Docente Asociado). Con formación de residentes desde la asistencia. Se cuenta con Residentes de 1 ,2 y 3 año formados en la institución .Se jerarquiza la formación docente desde la asistencia a los pacientes.

Tienen una mejor coordinación entre los distintos sectores

- Primer y segundo nivel

-comprende servicios ambulatorios(policlinicas centralizadas y descentralizadas),equipos específicos (violencia -tr del desarrollo -adolescencia -interconsulta sanatorial -consumo problemático)

Atención tercerizada -(clínicas psicopedagógicas ,psicoterapia -centros de rehabilitación)

Con importantes dificultades en la coordinación, diferentes jefaturas e historias clínicas y hasta desconocimiento intrasectorial de la existencia de los diferentes equipos.

. Hay una brecha significativa entre niveles ,ni siquiera se comparte historia clínica, afectando la continuidad asistencial del paciente.



- Se detecta una demanda por mayor participación y reconocimiento de los equipos asistenciales.

3. Objetivos Generales

- Reestructurar y fortalecer la atención de salud mental en todos los niveles de CASMU.
- Mejorar la integración entre áreas y la continuidad asistencial.
- Promover el cuidado de los equipos de salud.
- Crear estructuras organizativas sostenibles y medibles.

4. Propuesta de Intervención

A. Medidas Estructurales

1. Crear un Departamento de Psiquiatría y Medicina Psicosocial que:

- Coordine todas las unidades existentes de primer y segundo nivel de atención Incluyendo Psicología médica y atención de enfermedades crónicas (renales, cardiológicas, neurológicas oncológicas etc).

- Promoviendo la interrelación de los recursos sanitarios

- Crear equipos de intervención y asistencia a todos los funcionarios y unidades de asistencia de la institución .Prevenir burn out y cualquier situación de violencia institucional .

2-Fortalecer todas las policlínicas descentralizadas ,jerarquizar la atención por Psiquiatra tratante .Que todo paciente tenga su Psiquiatra de referencia ,relación fluida y accesible .Permitiendo atención rápida ,tratando de evitar las descompensaciones

.Fomentar la interrelación con todas las especialidades médicas de 1 nivel nivel de atención .

3. Crear un Departamento de Salud Mental, con una Dirección integrada por:

- Psiquiatra coordinador del tercer nivel (urgencias, internación).
- Psiquiatra coordinador del nivel ambulatorio,policlínicas.
- Coordinador de medicina Psicosocial (psiquiatra, psicólogo o licenciado en servicio social).

B. Fortalecimiento del Primer y Segundo Nivel de Atención

1. Desarrollar equipos interdisciplinarios estables, interconectados entre sí.

2. Incorporar recursos humanos clave: psicólogos, terapeutas ocupacionales, talleristas, trabajadores sociales, docentes.

3. Fortalecer vínculos con todas las especialidades médicas.

4. Desarrollar espacios de intervención grupal y prevención del "burnout": cuidar al cuidador.

5. Unificar y compartir la historia clínica electrónica para asegurar la continuidad asistencial.

C. Evaluación y Mejora Continua

- Implementar una auditoría trimestral de pacientes con ingresos frecuentes a urgencia/internación para detectar y corregir fallas.

- Establecer indicadores de calidad y reconocimiento a los equipos médicos que logren mayor estabilidad en sus pacientes.

5. Beneficios Esperados

- Mejora en la calidad de atención y calidad de vida del paciente.
- Disminución de los costos por descompensaciones evitables.
- Fortalecimiento del equipo médico y mejora en el clima laboral.
- Generación de datos e indicadores para la mejora continua.



6. Recomendaciones Iniciales

- Priorizar entrevistas con enfermería, administración, tercerizaciones, unidades actuales de asistencia (unidad de desarrollo, drogas, violencia) y otras especialidades para completar información y lograr un mejor diagnóstico situacional.
- Iniciar con un plan piloto en una unidad ambulatoria representativa.
- Designar responsables temporales para la puesta en marcha del departamento de salud mental.

7. Conclusión

CASMU tiene una oportunidad estratégica de consolidarse como líder en atención integral en salud mental. Esta propuesta es un primer paso hacia una estructura más humana, eficiente y sostenible, centrada en el paciente y en el equipo asistencial.

IMAGENOLOGÍA

El objetivo es generar un Departamento al servicio de los usuarios, actuando con evidencia científica y seguridad y ser un referente en calidad asistencial dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Para lograrlo se debe trabajar en equipo, con una gestión responsable en el uso eficiente de los recursos, transparente y contemplado los aspectos éticos en la toma de decisiones.

Es necesario mejorar el Departamento de Imagenología y para ello destacamos algunos aspectos.

El Servicio de Radiología convencional debe contar con un número mayor de médicos para informar los estudios de coordinación y urgencia y para realizar estudios especializados. Esto evitaría en muchas oportunidades la realización de otros estudios complementarios innecesarios.

2. Centralizar el Servicio de Imagenología pediátrica, para corregir las dificultades que genera hacer los estudios ecográficos de forma tercerizada y reducir los tiempos de demora en realizar todos los estudios e informes de esta especialidad.

3. Evitar el desmantelamiento total del Servicio de Tomografía localizado en el segundo piso del Policlínico y volver a tener una enfermería de mayor capacidad (como era la anterior), en esta área donde se encuentra gran parte del Departamento de Imagenología y los Servicios de Endoscopia y Electrofisiología Cardíaca.

4. Determinar planos de vinculación entre el Departamento de Imagenología y el Centro de Imágenes Casmu (CIC), de acuerdo a contratos vigentes, pero aún no divulgados.

5. Mejoras en el funcionamiento del PACS (sistema de archivo y comunicación de imágenes), evitando la pérdida de estudios y mejorando la transmisión de las imágenes.

6. Centralizar todos los informes imagenológicos en una única plataforma de visualización, sea Geo salud o la que disponga la Institución.

7. Desarrollo de la telerradiología e investigación del uso de la Inteligencia artificial.

8. Los cargos de Médicos Imagenólogos CASMU-IAMPP se deben obtener por concurso de acuerdo a los estatutos vigentes.



ANESTESIOLOGÍA Y BLOCK QUIRÚRGICO

Casmu es históricamente una institución que ha desarrollado con excelencia las actividades anestésico-quirúrgicas, contando con profesionales del más alto nivel académico.

Es así que la anestesiología ha logrado avances tecnológicos y es imprescindible en procedimientos diagnósticos y terapéuticos como también el área de terapia del dolor y analgesia del parto.

Objetivo General

Continuar con el avance de los procedimientos anestésicos, siendo seguros, protocolizados, profesionalizados, humanos y sobre todo estar a la vanguardia institucional logrando la meta de abolir la lista de espera quirúrgica.

Objetivos Específicos

Cumplir con las demandas de los afiliados en la totalidad de procedimientos que se necesiten ya sea en los actos operatorios como en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos bajo anestesia.

Fortalecer el desarrollo de la anestesiología, protocolizando procedimientos, disminuyendo eventos adversos, dando un servicio de calidad con seguridad.

En conjunto con la UDELAR Y ASSE, brindar cargos de residentes de anestesia para su formación.

Debemos fidelizar a nuestros anestesistas en la institución ya que es un recurso profesional muy demandado, logrando dentro de sus compromisos funcionales cargos en los que su actividad sea organizada, eficiente y el profesional se sienta satisfecho con su carga horaria y tareas a realizar.

Propuestas a desarrollar

Mantener estructura básica actual con equipos de anestesistas por día, reducir el horario de coordinación ajustado a las demandas de cada día evitando tiempo inactivo dentro de block.

Lograr la eficiencia de las coordinaciones de block mejorando los tiempos entre una cirugía y otra, esto se logra protocolizando procesos y trabajando en equipo con los colegas quirúrgicos.

Evaluar si es necesario cargos funcionales transversales o separar cargos para coordinación y cargos para la urgencia, coordinaciones fuera de block, policlínicas pre operatorias y terapia del dolor.

Se respetará el compromiso funcional del cargo concursado y aceptado por cada colega.

Mejora de la infraestructura edilicia del block central, salas para pre operatorio y para recuperación anestésica, con privacidad para los pacientes.

Evaluación y mantenimiento permanente del equipamiento anestésico brindando tecnología actualizada y segura.

Mejora del block de cirugía de día en lo edilicio y equipamiento

Potenciar el desarrollo de técnicas que no requieran internación seleccionado adecuadamente a los pacientes según protocolos anestésicos quirúrgicos.

Capacitación continua del personal de block, incluidos los camilleros asignados a esta tarea de traslado.

Desarrollo del programa ERAS, que si bien tiene años a nivel mundial, aun no se ha logrado en CASMU.

Mantenimiento de equipos anestésicos quirúrgicos estables, esto implica que cada equipo logre su trabajo estandarizado logrando mejores resultados sobre todo en cirugías de alta complejidad.

Seguridad y calidad asistencial, promoviendo la integración de COSEPA y del equipo de calidad institucional en todos los procesos anestésicos quirúrgicos



Intervención oportuna de Medicina Ocupacional cuando se observen conductas disruptivas en los equipos haciendo corrección de las mismas y promoviendo un clima de trabajo satisfactorio y armónico en estas áreas tan complejas.

Los servicios de apoyo de la actividad tanto economato y centro de materiales estarán permanentemente abocados a la implementación de la calidad en la trazabilidad del proceso de ingreso y egreso de materiales.

Evaluar permanentemente los costos operativos de la actividad, con procesos informáticos que ya cuenta CASMU como el sistema informático SAP

Seguimiento telefónico de todos los afiliados una vez al alta, con encuestas de calidad para evaluar los resultados de su experiencia anestésico quirúrgica y corrección de los motivos de insatisfacción durante el proceso.

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL

1. Introducción

El presente documento describe un Plan de Gestión para el Departamento de Cirugía del CASMU - IAMPP que asiste una población de 170.000 usuarios, con cobertura de urgencias, emergencias, consultas en policlínicas y centro quirúrgico equipado para sostener diferentes tipos y niveles de complejidad ,incluyendo la cirugía del Día.

El sustento filosófico de esta propuesta está basado en dos conceptos:

1) para que una organización sanitaria alcance consideración social e impacte en el ámbito de los prestadores, quienes la conforman deben tener una cultura institucional que la defina y la distinga de la competencia.

2) Esta cultura deberá estar basada en la excelencia, es decir: la calidad asistencial y seguridad del enfermo.

Debe tenerse presente que el CASMU fue concebido como una cooperativa de producción sanitaria, donde los médicos agrupados se agrupaban en torno a un esfuerzo de organización para brindar atención de la mejor calidad a la población

Los valores integración a su cuerpo técnico fueron;

a) la excelencia académica de sus médicos ,con fuerte pertenencia institucional al Casmu y la Facultad de Medicina;

b) el desarrollo de objetivos institucionales en un ámbito de convivencia y tolerancia. Así, pudieron compartir la gestión asistencial personalidades de la más diversa orientación política o ideológica, aportando todos al bien común y desarrollo institucional.-

En definitiva, el Casmu-lampp, es una Institución con fortalezas históricas, técnicas y éticas, que la ubican como un prestador de servicios médicos de máxima jerarquía, con capacidad de brindar prestaciones médicas en un marco de excelencia y seguridad en una perspectiva de desarrollo e innovación.

2. Objetivos

Considerando el impacto de los resultados técnico asistenciales y los altos costos de la cirugía, se debe lograr el desarrollo de estructuras sostenibles para brindar atención quirúrgica integral, segura,



El **CASMU**
que queremos

oportuna y eficiente. Es decir, optimizar la resolución de las patologías de mayor prevalencia en un contexto departamentalizado de alta especialización; lo cual permite la gestión eficiente de los recursos humanos y tecnológicos y por consecuencia una racionalización de los costos asistenciales.

La actividad académica -docencia- y la formación médica continua deben ser promovidas como inversión para el desarrollo institucional y soporte de la excelencia asistencial. En las actuales circunstancias constituye un aspecto urgente a considerar. En la misma línea la investigación clínica, es un paradigma imprescindible a sostener en el marco de la responsabilidad social de la institución, participando de la generación de conocimiento para el bienestar colectivo.

3. Organización

Actualmente el Departamento de Cirugía general, está sujeto a una estructura mixta parcialmente departamentalizada, por razones vinculadas a la alta demanda asistencial que incluye la patología benigna de alta frecuencia y cirugía oncológica y compleja; haciendo imprescindibles las unidades de Unidad Esófago-Gastroduodeno, Hepatobiliopancreática y Coloproctológica, manteniendo su actual estructura con un coordinador y cirujanos adjuntos. A lo cual se podrían agregar residentes avanzados.

La patología de pared abdominal y la endocrinológica deben continuar en el ámbito de la cirugía general por su prevalencia y dificultad para concentrarlas en departamentos. Una solución a esto podría ser un cargo de consultante, para la resolución de casos complejos. Con esto se evita el incremento de cargos, asegurando la calidad asistencial.

La cobertura asistencial de Urgencia/Emergencia, tiene características particulares: requiere de personal médico y de enfermería altamente entrenado y de una infraestructura laboral tecnológica y logística que asegure la seguridad de los procesos, porque de esto dependen los resultados quirúrgicos. Todo esto debe continuar sostenido por una guardia asistencial con cirujano general 24/7 con carga horaria de 12 horas cada uno y una guardia de retén/consultante de las unidades especializadas; con un sistema de trabajo básico de triage quirúrgico que facilite la clasificación y priorización de los pacientes para su rápida resolución. Esto requiere una logística de enfermería y comunicaciones internas que eviten que los pacientes permanezcan en el sector de urgencia más de 4/6 horas.

3. Organización funcional

En las actuales circunstancias debe estar centrada en la figura del Jefe de Departamento. Es imprescindible un profesional de alto perfil técnico, que genere confianza y reconocimiento de sus pares. Un líder con capacidad y pertenencia institucional capaz de llevar adelante la dirección estratégica, planificación, gestión clínica, coordinación y programas formativos, que permitan cerrar la brecha entre la gestión administrativa y la gestión clínica que se genera por las diferentes perspectivas y conceptos entre ambas.

Esto debe realizarse a través de la mejora de los procesos internos de resolución de pacientes, que incluyen acciones a cuatro niveles:

- a. Logística de respaldo durante todo el proceso asistencial – consultoría y control a cargo del staff superior del servicio (jefe departamento, coordinadores de equipo y consultantes)
- b. Tareas organizacionales, mediante la identificación de problemas y dificultades (ateneos, comités)
- c. Actividades de coordinación, buscando implantar una cultura de trabajo multidisciplinaria para las tomas de decisiones.
- d. Auditoría clínica permanente (ateneos de fallecidos y complicaciones) y documentada (actas) con inclusión de integrantes de la Dirección de la institución, para asegurar la evaluación integral de los



procesos asistenciales. Todo esto requiere una estructura sólida y sustentable para la Institución y el equipo de salud a través de acuerdos consistentes soluciones racionales en un contexto de respeto y tolerancia profesional.

Policlínicas. En términos generales, su estructura sólida y bien establecida de funcionamiento son unas de las fortalezas de CASMU IAMPP. Actualmente, asociado a la departamentalización se incorpora la necesidad del trabajo interdisciplinario entre especialidades afines a nivel de la policlínica. Esto ya está funcionando en algunas especialidades (HPB) pero debería ser estimulado. Asimismo, debe analizarse los tiempos de accesibilidad a los cirujanos, establecer mecanismos de control de posoperatorios en los tiempos necesarios, así como de los pacientes con situaciones de “urgencias diferidas”, para evitar el círculo vicioso “urgencia-policlínica”.

4. Aspectos críticos operativos

. Comunicación y toma de decisiones. Es necesario consolidar un proceso longitudinal multidisciplinario con los servicios especializados para asegurar las decisiones técnicas, evitando que la información para la micro gestión clínica diaria se obtenga de desde fuentes dispersas: médicos, enfermería, historia clínica, imágenes e incluso pacientes y familiares. Es imprescindible contar con información diaria completa para la toma de decisión de los pacientes complejos, complicados y con estadía prolongada, que habilite decisiones únicas y con una base sustentación técnica multidisciplinaria; así como generar un sistema de intercambio permanente con Medicina interna y CTI para esta población de enfermos.

. Productividad quirúrgica. históricamente las listas de espera de la institución son largas y su manejo heterogéneo está asociado a múltiples factores lo cual impone de inmediato análisis de los mismos y el establecimiento de una política que debe considerar cuatro aspectos: la satisfacción del usuario, los costos institucionales, la capacidad operativa del Centro quirúrgico y la optimización máxima de la cirugía del día. La resolución de esta ecuación tendrá como objetivo la reducción equilibrada y progresiva de la lista de espera y requiere de una negociación entre todos los actores del proceso.

. Aspectos reglamentarios. La actual estructura reglamentaria institucional impacta directamente sobre la gestión de RRHH técnicos. La rigidez del escalafón, resta accesibilidad a la carrera institucional. Por su rigidez es desestimulante, sobre todo en los cargos de inicio (Grado 2) Este seguramente es una de las limitantes más importantes para gestionar un cambio cualitativo en la cirugía general de la institución. Debería ser urgentemente revisada esta situación y resolverla con prioridad.

. Cirugía del Día, es una de las mayores fortalezas que cuenta la institución en el área quirúrgica. Desde hace más de 30 años funciona muy bien, con resultados de nivel internacional, todo lo cual hace que la misma deba ser optimizada y mejorada al máximo de sus capacidades.

Resumen

Considerando la situación actual del Departamento de Cirugía, se sugiere concentrar la gestión asistencial en la jefatura del servicio, a los efectos de tener un responsable y un punto de referencia único para cumplir con la hoja de ruta inicial.

Debe consolidarse integrando los perfiles técnico y administrativo. Se requiere para ello: contar con estructuras de decisión internas (reuniones clínicas) con real capacidad de cumplimiento de sus pautas y una reglamentación, que se pueda hacer cumplir.

Continuar avanzando en un plan de reestructuración del Departamento de cirugía general; incluyendo el análisis del reglamento interno, buscando el compromiso de aceptación de pautas técnicas institu-



cionales que regulen la prestación quirúrgica en términos de costo beneficio para el paciente y la institución en un marco de seguridad y ética.

Asociar funciones de gestión clínica es imprescindible para medir la mejoría asistencial, a través de un proceso permanente de análisis de los indicadores de gestión correspondientes.

Como aspectos particulares, mejorar los procesos asistenciales en el ámbito de la urgencia y fortalecer al máximo la cirugía del Día.

DEPARTAMENTO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

1. Propósito

El objetivo es proponer un modelo de gestión para el Departamento de Traumatología y Ortopedia del CASMU, que permita mejorar la calidad asistencial, optimizar el uso de los recursos disponibles y garantizar una atención humanizada y eficiente. Se busca consolidar una organización moderna, orientada a resultados, que priorice la seguridad del paciente, el trabajo en equipo, la docencia y la innovación tecnológica.

2. Principios y Enfoque de Gestión

El enfoque propuesto se apoya en los principios de calidad total, gestión por procesos, orientación al usuario, responsabilidad social institucional y mejora continua. Se propone alinear los procesos asistenciales con las necesidades reales de los pacientes, mejorar la eficacia operativa mediante la estandarización y fomentar la participación activa de los profesionales en la toma de decisiones. La descentralización y el uso adecuado de las tecnologías y materiales son pilares para lograr eficiencia y sostenibilidad.

3. Estructura y Diagnóstico del Departamento

El Departamento cuenta con una amplia cobertura de atención que incluye urgencia, policlínicas generales y especializadas, cirugía del día, block quirúrgico central, y una red periférica de atención. Se divide en ortopedia infantil y adultos, con subespecialidades que abarcan patologías de columna, hombro, mano, cadera, rodilla, pie y tumores. La infraestructura disponible incluye salas quirúrgicas completamente equipadas, instrumental específico, sala de yesos, y vínculo con el IMAE traumatológico.

4. Recursos Humanos y Formación

El equipo está compuesto por especialistas en ortopedia y traumatología, residentes en formación, personal de enfermería capacitado y técnicos de yeso. Queremos que exista un vínculo académico activo con la Universidad de la República, con espacios de formación clínica y quirúrgica. Se destaca la presencia de un equipo joven, motivado y en constante formación. Lo que promovemos es un clima laboral favorable, con comunicación fluida y enfoque colaborativo.



5. Análisis Estratégico (FODA)

- Fortalezas: queremos: equipo técnico calificado, capacidad resolutive, atención permanente, buena coordinación interdepartamental, uso de historia clínica electrónica, comunicación efectiva, reuniones del Departamento y con diferentes Departamentos cuando sea necesario.
- Oportunidades: desarrollo docente, descentralización, optimización de cirugía ambulatoria.
- Debilidades: tenemos que trabajar en la falta de digitalización de stock de materiales quirúrgicos, lentitud en adquisiciones, derivaciones inadecuadas desde niveles primarios, escasos protocolos de atención para no sobrecargar el nivel terciario de atención, mayor comunicación con los integrantes del Departamento, buen clima laboral.
- Amenazas: envejecimiento poblacional, aumento de politraumatismos, internaciones prolongadas, sobrecarga de la urgencia y policlínicas.

6. Líneas de Acción y Propuestas Clave

- Promoción de la cirugía ambulatoria para reducir costos e internaciones.
- Implementación de control digital del stock de osteosíntesis y equipamiento quirúrgico.
- Agilización del circuito de compras para evitar suspensiones quirúrgicas.
- Fortalecimiento del seguimiento pre y postoperatorio.
- Desarrollo de protocolos para atención en niveles asistenciales primarios.
- Organización de reuniones mensuales de evaluación con todo el equipo
- Evaluación periódica mediante indicadores de gestión e informes de desempeño.

7. Calidad, Seguridad y Eficiencia

La seguridad asistencial se coloca como prioridad mediante la aplicación rigurosa de protocolos, checklist quirúrgico, medidas de asepsia y control de infecciones. La eficiencia será reforzada mediante la reducción de la variabilidad clínica, uso racional de recursos y coordinación entre servicios. Se buscará reducir el tiempo de internación, evitar reintervenciones y garantizar el alta médica en condiciones óptimas. Se impulsará una cultura institucional basada en la responsabilidad, puntualidad y compromiso con el paciente.

8. Innovación, Docencia e Investigación

Se promoverá la integración entre la asistencia, la docencia y la investigación. Se establecerán vínculos activos con la academia para formar recursos humanos altamente calificados. Se estimulará la participación en congresos, cursos y publicaciones científicas. Se fomentarán proyectos de investigación clínica aplicada, y se brindará apoyo a la formación de residentes en un entorno de alta exigencia y aprendizaje continuo.

9. Conclusión

La propuesta busca posicionar al Departamento de Traumatología y Ortopedia como referente nacional en asistencia de calidad, eficiente y humanizada. A través de una gestión profesional, colaborativa y orientada a resultados, se garantizará el acceso a una atención segura y resolutive, optimizando recursos institucionales y fortaleciendo la cultura de la excelencia en todos los niveles del proceso asistencial.



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Según los datos de SINADI del último semestre del año 2024 CASMU presenta un índice de cesáreas de 61,5% cada 100 gestaciones, dato que obliga a tomar estrategias contundentes para llegar a los indicadores de la OMS.

1. Justificación

Como prestador de salud CASMU presenta un índice de cesáreas superior al recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es necesario implementar estrategias que garanticen partos vaginales seguros y se reduzcan las cesáreas innecesarias, mejorando los resultados materno-neonatales y optimizando los recursos.

2. Objetivo General

Reducir progresivamente el índice de cesáreas, mediante la implementación de un modelo de atención obstétrica centrado en la evidencia científica, la seguridad del binomio madre-hijo y la atención integral del grupo familiar y el equipo asistencial.

3. Estrategias Principales

3.1. Protocolos Clínicos Basados en Evidencia

- Aplicación estandarizada de las guías de manejo del trabajo de parto.
- Revisión crítica de las indicaciones de cesárea.
- Seguimiento del progreso del parto con herramientas protocolizadas.

3.2. Capacitación Continua al Personal de Salud

- Formación de todo el personal que asiste nacimientos.
- Capacitación en la utilización de vaccum y forceps.
- Educación de todo el personal en el monitoreo del trabajo de parto.
- Formación en comunicación con la paciente y trabajo en equipo, utilización de herramientas como zoom, telemedicina, youtube para que las pacientes logren información y se sientan respaldadas durante toda la gestación.
- Sensibilizar sobre los riesgos de la cesárea innecesaria.

3.3. Fortalecimiento del Rol de la Partera Profesional

- Integración de parteras en la atención del parto normal.
- Promoción de modelos de atención dirigidos por parteras para embarazos de bajo riesgo.

3.4. Educación Prenatal a las Gestantes

- Charlas y talleres de preparación al parto.
- Información sobre los beneficios del parto vaginal y los riesgos de la cesárea innecesaria.

3.5. Auditoría Clínica Periódica

- Evaluación de todas las cesáreas realizadas.
- Uso del sistema de clasificación de Robson para análisis comparativo.

3.6. Cambios Organizativos e Institucionales

- Garantizar la disponibilidad de analgesia peridural. Si bien esta técnica se ha implementado aún no se ha logrado la disminución de la cesárea. Implementar el uso de vaccum.
- Rotación de turnos y cobertura que garanticen la continuidad asistencial.
- Revisión de incentivos económicos vinculados al tipo de parto.



4. Indicadores de Evaluación

- Tasa mensual de cesáreas total y por grupo de Robson.
- Porcentaje de partos vaginales en mujeres con cesárea previa.
- Tasa de complicaciones maternas y neonatales.
- Satisfacción de las usuarias.

5. Cronograma de Implementación

- Mes 1: Diagnóstico situacional y conformación del equipo de trabajo con la participación de los valiosos técnicos de CASMU que ya trabajan en capacitación en diferentes escenarios.
- Meses 2-3: Capacitación y rediseño de protocolos, se evaluará coordinación con UDELAR y la SUG para capacitación
- Mes 4 en adelante: Implementación progresiva y auditorías mensuales, intervenir en los desvíos que se evidencien.

6. Conclusión

Disminuir el índice de cesáreas requiere compromiso institucional, liderazgo clínico y participación activa de todo el equipo de salud.

Con estas medidas se aspira a garantizar un modelo de atención obstétrica más seguro, equitativo y centrado en las necesidades de las mujeres y sus familias.

CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA MUJER

1. Introducción

Considerando la necesidad creciente de atención especializada en salud mamaria y controles ginecológicos, y en el marco de una política de prevención, detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer de mama y otras patologías mamarias y ginecológicas, se propone la mejora en calidad y eficiencia del Centro Integral de Atención a la Mujer.

2. Justificación

- El cáncer de mama constituye la primera causa de muerte oncológica en mujeres en Uruguay.
 - CASMU cuenta actualmente con dos mamógrafos y equipos de ecografía mamaria, lo que permite una base tecnológica adecuada para iniciar el funcionamiento de la unidad.
 - La población objetivo incluye a todas las mujeres mayores de 18 años, especialmente aquellas en edad de riesgo (a partir de los 40 años o con antecedentes familiares relevantes)
- Proponemos asimismo en este centro la realización de ecografías ginecológicas y obstétricas. Como es de rigor a las recomendaciones de los principales centros del mundo, Casmu que Queremos propone la creación de la Unidad de Mastología Integral, está demostrado que el trabajo coordinado e integrado de los especialistas y colaboradores mejora la morbimortalidad de las pacientes. Este equipo estará integrado por especialistas en el área, cirujano mastólogo, oncólogo médico, oncólogo radioterapeuta, patólogo especializado, psicólogo y licenciada en enfermería. Es necesario implementar una reunión semanal de discusión de casos clínicos.



**El casmu
que queremos**

Es imprescindible la informatización de los registros de todas las pacientes , controles realizados, para la búsqueda eficiente de los indicadores epidemiológicos y poder enviar estos datos al MSP y CHLCC.

Objetivos del Centro

Objetivo general:

Establecer una unidad especializada en mastología para la atención integral de la salud mamaria de mujeres mayores de 18 años.

Objetivos específicos:

- Realizar estudios diagnósticos de mama (mamografía, ecografía mamaria, punción, biopsia).
- Coordinar seguimiento clínico-radiológico de pacientes con hallazgos sospechosos.
- Implementar programas de pesquisa mamaria y concientización.
- Articular con oncología, cirugía, imagenología y ginecología para el abordaje multidisciplinario.
- ASEGURAR LA ACCESIBILIDAD Y ACORTAR LOS TIEMPOS DE ESPERA PARA ESTUDIOS Y CONSULTAS

Recursos necesarios

Equipamiento:

- 2 mamógrafos operativos.
- Ecógrafos mamarios de alta resolución.

Infraestructura:

- Espacios físicos disponibles para adecuación.

Personal disponible:

- Técnicos radiólogos.
- Imagenólogos capacitados en mastología.
- Licenciada en Enfermería especializada en mastología.
- Patólogos entrenados en mama y patologías ginecológicas
- Cirujanos especializados en patología mamaria.
- Ginecólogos y/o médicos clínicos con formación específica.
- Coordinador general, con perfil administrativo - técnico -

Es imprescindible contar con personal de enfermería entrenado en mastología. La función de la licenciada es llevar registro informatizado de las pacientes con lesiones sospechosas (fecha de punción o biopsia, seguimiento del informe del patólogo, detección de los diagnósticos de cáncer, coordinar estudios especiales que indique el mastólogo y o el oncólogo.

5. Etapas de implementación

Etapa 1 – Diagnóstico y planificación de la nueva estructura (30 días):

- Revisión técnica de equipamiento.
- Identificación y capacitación de personal.
- Diseño del circuito asistencial.

Etapa 2 – Puesta en marcha del nuevo plan (60 días): Agenda abierta para realización de los estudios de mamografía y PAP para carnet de salud

- Coordinaciones programadas de estudios y consultas clínicas de captación, seguimiento y control
- Captación de usuarias mediante derivación interna y agenda abierta.



Etapa 3 – Evaluación inicial (a los 6 meses):

- Indicadores de actividad.
- Satisfacción usuaria.
- Ajustes operativos.

6. Consideraciones finales

La reformulación del Centro de atención a la mujer representa una respuesta institucional concreta a una necesidad asistencial, técnica y epidemiológica. Implica aprovechar recursos ya disponibles y fortalecer un modelo de atención integral con enfoque preventivo, resolutivo y humano, alineado con los objetivos estratégicos de CASMU.

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

Contexto

La práctica médica requiere constante revisión y actualización debido a los avances tecnológicos. Sin embargo, antes de implementar cambios en algoritmos, guías o prácticas clínicas, es imprescindible conocer los resultados propios de nuestra población, dado que la mayoría de estudios provienen de países con alta población y recursos tecnológicos diferentes a los nuestros.

Situación actual

- Los estudios locales suelen realizarse con esfuerzo de residentes y médicos con vocación investigadora, sin estructura formal ni apoyo institucional sistematizado.
- La participación en ensayos clínicos controlados implica retribución económica por reclutamiento de pacientes, pero requiere estructuras éticas y operativas adecuadas.

Propuesta

1. Creación de un Comité de Ética de Investigación.
 - Evaluar la pertinencia y seguridad de los proyectos presentados.
 - Generar confianza y estándares éticos institucionales.
2. Incentivar trabajos de investigación descriptivos en todos los niveles de atención (primaria, secundaria, terciaria).
 - Ejemplo: prevalencia de neumonías hospitalizadas en vacunados, diagnóstico de situación de hipertensión, dislipemia y cáncer en la población atendida.
3. Asignar horas dentro de cargos de alta dedicación para planificación, realización y publicación de investigaciones.
 - Evitar que sean realizadas exclusivamente “a pulmón” por residentes y voluntarios.
 - Generar producción científica propia y aplicar mejoras basadas en evidencia local.

Beneficios esperados

- Diagnóstico real de situación sanitaria en la población atendida.
- Mejora de calidad asistencial mediante evidencia local.
- Posicionamiento institucional como centro generador de conocimiento.
- Mayor oportunidad de participación en ensayos clínicos internacionales propios de nuestra población, dado que la mayoría de estudios provienen de países con alta población y recursos tecnológicos diferentes a los nuestros.



El casmu
que queremos



El **Casmu**
que queremos



@ElCasmu



elcasmuquequeremos



El Casmu que queremos