

**SOCIEDAD MÉDICO QUIRÚRGICA DE SALTO.  
CENTRO DE ASISTENCIA MÉDICA.**

**PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

**1º NIVEL DE ATENCIÓN**

**SALTO, JULIO 2004.**

## INDICE.

Ø JUSTIFICACIÓN. ....	Pág.3
Ø TERMINOS DE REFERENCIA. ....	Pág.5
Ø PROGRAMA ACTUAL .....	Pág.10
Ø OBJETIVOS.....	Pág.12
Ø ESTRATEGIA.....	Pág.13
Ø ALTERNATIVAS A EXPLORAR CON VISTAS A UN PROYECTO CAM – MEDICINA FAMILIAR. ....	Pág.15
Ø EVALUACIÓN.....	Pág.19
Ø RECURSOS HUMANOS.....	Pág.20
Ø DEPENDENCIA Y REGLAMENTACIONES GENERALES.....	Pág.21
Ø RECURSOS MATERIALES. ....	Pág.23
Ø RECURSOS FINANCIEROS.....	Pág.24
Ø RESUMEN .....	Pág.24
Ø BIBLIOGRAFÍA. ....	Pág.25
Ø ESQUEMA DE PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD 1° NIVEL DE ATENCIÓN.....	Pág. 26

# PROGRAMA APS - PRIMER NIVEL

## JUSTIFICACIÓN.

► En las últimas décadas se han producido en el mundo cambios dramáticos en relación a las necesidades y demandas de servicios de salud, como consecuencia de alteraciones en la estructura demográfica y epidemiológica de los países, del avance en los conocimientos científicos, de las innovaciones tecnológicas y del progreso en la investigación biomédica y en el área de las ciencias sociales.

El proceso de desarrollo ha ido definiendo un **cuadro epidemiológico** dominado por las **enfermedades crónicas, degenerativas y tumorales, por los accidentes. Sumado a patologías sociales** relacionadas con cambios en las condiciones sociales de la familia, la comunidad, la escuela, el lugar de trabajo y el uso de drogas alucinógenas, el incremento de los accidentes de tránsito y laborales, todos de proporciones casi epidémicas. Las enfermedades inducidas por el comportamiento humano, van en aumento. Estas enfermedades son teóricamente controlables, pero no resulta fácil modificar los hábitos que las sustentan, arraigados en amplios sectores de la población.

Los servicios de salud enfrentan el desafío de dar respuestas a esos cambios profundos de las necesidades y las demandas de la población. Ello obliga a introducir cambios en las estrategias y programas a implementar y en las formas de gestión de los servicios.

► La Ley 15181 establece como obligatoria las actividades preventivas y la autoridad política actual las entiende prioritarias de tal manera que, en algún momento, previó el aumento de la cuota en un 1% a los efectos de desarrollarlas.

En la reunión de la Comisión Directiva con fecha 13 y 20 de Marzo de 2004, se resuelve como áreas o proyectos prioritarios la **Medicina Zonal** ó **Ambulatoria** y la **Medicina Familiar** como instrumento central de la Atención Primaria de salud.

► Para lo cual para complementar las prestaciones actuales hay que implementar estrategias para la población en general, población “aparentemente sana” en sus distintos escenarios: hogar, ambiente laboral, educativo, deportivo, social, y otros; mediante la implementación de un Programa de Promoción y el Cuidado de la Salud. Si bien se cuenta con acciones, y actividades y consultas ambulatorias tanto urbanas como rurales, **no existe un programa que estructure los procesos y se puedan medir los impactos de las acciones.**

Por otra parte, conceptualmente éste tipo de acciones no son privativas de una policlínica rural, sino que deben llevarse a cabo en cualquier consulta ambulatoria. Pero lo grave de la situación es que se cuenta con una medicina general que en algunos casos solamente repite medicación, no existiendo el diálogo, intercambio médico – paciente necesario para llevar adelante una estrategia como lo que se busca.

► Seguramente, pues ya estamos en conocimiento, que en los próximos convenios será exigido un programa de 1° Nivel de Atención (Ej: Ministerio del Interior).

Pero es probable que además el 1° Nivel pueda ser licitado en forma abierta, a modo de hipótesis con un sistema similar al P.A.P.I. del B.P.S en donde por una

suma menor a un seguro parcial médico actual se pretenda dar un paquete mínimo básico que incluya acciones de Promoción, Prevención y estudios complementarios.

Es aquí, en ésta actividad médica y en éste nivel donde habrá que tener especial atención pues es un actividad típica de empresas de salud que están pugnando por el mercado pero que solo pueden dar niveles básicos y se da además el llamador para otros que pretendan instalar con poca capacidad operativa. (Ejemplo: seguros parciales)



“Tuve una experiencia, de médico residente, que cambió mi carrera. Rotaba en cirugía y a menudo veía a pacientes con molestias y dolores que, por no depender de un problema quirúrgico, derivaba adecuadamente, dándoles un número de teléfono donde llamar. Suponía que así solucionaba el problema. Sin, embargo, un día llamé a ese teléfono, sólo para comprobar como les iba a mis pacientes. La primera vez la línea se cortó. Lo intenté nuevamente y la línea volvió a cortarse; a la siguiente me mantuvieron a la espera, y en la siguiente me dijeron que iban a derivar la llamada. Para conseguir una visita programada tuve que hacer catorce llamadas telefónicas, y yo hablaba inglés. Así que empecé a preocuparme sobre como derivaba a mis pacientes, donde les enviaba, y que ocurría con ellos. Nosotros nos arreglamos porque conocemos el sistema, pero la mayoría de las personas vuelen a su domicilio y se encuentran con barreras que no saben como sortear. Cambié de Cirugía a Medicina de Familia y ahora intento lo mejor por mis pacientes. Solo les derivo cuando creo que ya no puedo hacer nada más, y aún así no les “abandono” hasta que la visita ha sido programada. Soy capaz de atender enfermedades, pero eso no es todo lo que puedo hacer. Mis pacientes son algo más que sus enfermedades. Ahora siento que estoy realmente haciendo algo por ellos, que vale la pena ejercer de médico.

Lo mejor que podemos hacer por los pacientes es entender lo que dicen, y un pre-requisito básico es saber escuchar. Atiendo, obviamente, las enfermedades de mis pacientes ( estoy a su disposición en la medida que me necesitan); pero no eso es una pequeña parte de todo lo que yo hago por ellos.”

**Dr. C**

1

<sup>1</sup> Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barbara Starfield .Capitulo 7. Pág. 129. Ediciones Masson

## TERMINOS DE REFERENCIA.

### ► Atención Primaria de Salud.

Alma Ata (1978), "la atención primaria de salud constituye la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y aun costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto-responsabilidad y autodeterminación..."

Este concepto está siendo interpretado y aplicado de manera diferente en distintos países y aún en las diversas regiones e instituciones de un mismo país. Es frecuente que el concepto sea entendido en una forma restrictiva y ello determina, como señala Martín y Cano<sup>2</sup>, que muchas veces la APS no sea considerada como una opción profesional atractiva, lo que incide negativamente sobre la propia confianza y autoestima de los que trabajan en ella.

La Atención Primaria de Salud comprendida **como una estrategia** dirigida a transformar la realidad sanitaria, elevar los niveles de vida y de salud, y avanzar hacia la meta de salud para todos, sobre la base de los principios de equidad, eficacia y eficiencia social.

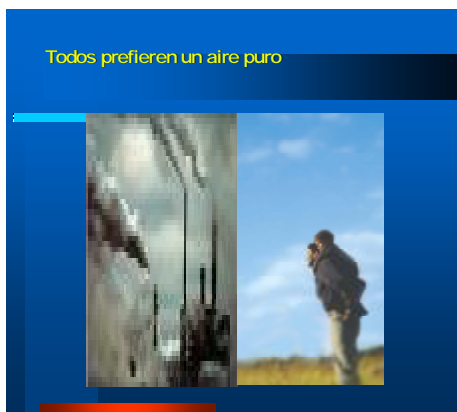
Las estrategias no surgen del diagnóstico de situación efectuado en un proceso o en una organización.

Implica siempre un contenido axiológico, un juicio de valor, una toma de posición valorativa ante el curso posible de la salud colectiva.

La estrategia en la Atención Primaria tiene que ver con un concepto de desarrollo integral. Implica tratar de alcanzar el desarrollo armónico de los diferentes componentes de una red de servicios, de tal modo que cada nivel de atención alcance el desarrollo necesario para la respuesta a las necesidades de la población.

El equipo CESCO opina que la Atención Primaria de Salud debería satisfacer cuatro **características fundamentales: continuidad, accesibilidad, integralidad, y coordinación.**

- a) La continuidad: depende de la presencia con afán de persistencia de una institución de salud y de la decisión de la población de utilizar regularmente dicha institución para resolver todos sus problemas.



Presentación realizada en la Biblioteca Felisa Lisasola Sobre "Contaminación Ambiental por Humo de Tabaco" 29 de Junio de 2004, para funcionarios del B.P.S Salto

- a) La accesibilidad: supone la provisión eficiente de servicios que se utilizan como primer contacto con el sistema, siempre que surge una necesidad.
- b) La integralidad: es la capacidad de la atención primaria de resolver la casi totalidad de los problemas de la atención atendida.
- c) La coordinación: exige la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios y de todos los profesionales, técnicos y auxiliares que participan en la atención primaria.

### ► Promoción de Salud.

En 1984 comenzó el primer programa de Promoción de Salud de la OMS y la definió como: "el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren".

<sup>2</sup> Martín Zurro, A., y cano, J.F., Manual de Atención Primaria. Ed. Doyma, Barcelona, 1990.

La salud se considera así un recurso para la vida cotidiana, no el objetivo por el cual vivir. Cinco principios claves:

- 1) Implica a la población en su conjunto y en el contexto de su vida cotidiana, en lugar de dirigirse a grupos de población en riesgo de enfermedades específicas.
- 2) Se centra en acción sobre las causas o determinantes de la salud para asegurar que el ambiente que esta más allá del control de los individuos sea favorable a la salud.
- 3) Combina métodos o planteamientos diversos, pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- 4) Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades.
- 5) Aunque la promoción de salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

### ► **Prevención.**

Leavell y Clark desarrollaron un modelo de tres niveles de actividad preventiva:

Las actuaciones más tempranas se clasifican como **Prevención Primaria**. Las estrategias son la de alterar los factores de agentes, del huésped, o del entorno antes del perder la salud o devenirse la enfermedad.

Si la prevención primaria no es eficaz, los individuos tendrán enfermedades agudas o crónicas. El objetivo de la **Prevención Secundaria** es identificar a esos individuos cuanto antes y actuar eficazmente para minimizar los efectos adversos y controlar las complicaciones.

La **Prevención Terciaria** se realiza cuando la enfermedad va hacia la resolución.

El objetivo de ésta es minimizar la pérdida de función y devolver individuos recuperados a la sociedad en un nivel óptimo de calidad.<sup>3</sup>

### ► **Rehabilitación.**

“La rehabilitación es una actividad de atención a la salud y por lo tanto componente imprescindible de promoción, prevención y asistencia de las personas en el mantenimiento de la salud y el bienestar de ellos, su familia y la comunidad. Su ausencia implica una deficiencia del modelo de atención.

No obstante el crecimiento y difusión de la estrategia de APS en América, la rehabilitación continua sin ser identificada como uno de los elementos, aun cuando en la Declaración de Alma Ata se la ratifica como una de las medidas de salud aplicables a la comunidad.

Persiste la concepción de la rehabilitación como un servicio de alta especialización, que utiliza tecnología costosas y que en general se administra en instituciones complejas. La concepción errónea de considerar a la rehabilitación como la última etapa de la atención de salud, la excluye de la atención integral, en donde la detección del riesgo de discapacidad y la prevención, entre ellas la iatrogenia, son fundamentales en lo que se ha dado por entender como consecuencias de la enfermedad”<sup>4</sup>.

### ► **Medicina Basada en la Evidencia.**

Con el lema medicina basada en la evidencia no se quiere significar que exista o haya existido una medicina no basada en la evidencia, sino simplemente utilizar un termino que destaca y da énfasis en la investigación de resultados con los objetivos de reducir incertidumbre, explicar variaciones en la práctica médica aparentemente arbitrarias, y mejorar la efectividad de la práctica clínica y la eficiencia de sistema sanitario.

La medicina basada en la evidencia se sustenta en cuatro factores: La conciencia de amplias variaciones en la práctica médica, no explicables por diferencias en la

<sup>3</sup> Enfermería en Salud Comunitaria: Un enfoque de Sistema. Joanne Hall, Barbara Rredding. 1ª Edición en español. Ediciones Paltex. Capítulo 16, Niveles de Prevención. Pág.319.

<sup>4</sup> Los Servicios de Rehabilitación. HSS – 20, OPS/OMS. Ginebra, 1993.

morbilidad de las poblaciones; la preocupación por la efectividad de las prácticas médicas que aumenta en presencia de la innovación tecnológica (en productos, no en procesos) que, sin embargo, tiene un impacto decreciente sobre la salud; las políticas de contención de costes; y el 4° la mayor facilidad para acceder a la información.

### ► **Medicina Familiar.**

A partir de los años 60, en diferentes países se profundiza en el análisis de la realidad sanitaria y del nivel de la salud de la población. Se desarrolla una nueva concepción del proceso salud – enfermedad y de la atención integral a la salud, y se profundiza en el estudio de los factores sociales, económicos, sociológicos y ambientales, que condicionan el nivel de vida y de salud de las personas, las familias, los grupos sociales y las comunidades.

Según Mc. Whinney<sup>5</sup> “la Medicina Familiar es parte del proceso por el cual la Medicina misma se ajusta a las necesidades cambiantes de la sociedad. El compromiso de la Medicina Familiar es con la gente más que con el cuerpo de conocimientos y esto la distingue de las especialidades clásicas.”

### ► **Médico de Familia.**

El médico de familia que sustenta la estrategia de atención primaria de salud es el profesional que lidera el equipo multidisciplinario que actúa en el primer nivel de atención. El médico de familia deberá estar capacitado en profundidad en las patologías prevalentes en la comunidad a su cargo, y tendrá dos tipos de actividades bien definidas: La clínica y la comunitaria.

La característica fundamental es el conocimiento profundo de una comunidad determinada constituyendo el nivel de mayor descentralización del sistema, para asegurar la proximidad al entorno, la familia y los individuos a quien debe proteger.

El primer requisito será realizar un diagnóstico de la situación de salud de la población a su cargo mediante la exploración y el análisis de las características de su comunidad (ubicación geográfica, vías de comunicación, datos socio-demográficos, morbi-mortalidad, características ambientales de incidencia, liderazgos sociales, etc.)

### ► **Educación para la salud.**

La educación para la salud es una de las actividades de al salud pública y de la medicina preventiva que despierta mayores expectativas entre profesionales y la población. Si bien existen múltiples definiciones, de forma ecléctica puede definirse como un proceso multidimensional (de comunicación y de intervención social y educativa) que tiene por finalidad la capacitación y responsabilización de las personas en la toma de decisiones relacionadas con la salud.

Es una intervención social dirigida a modificar consciente y duradera - mente el comportamiento con los problemas de salud.

Educación Programada sobre “Cuidado de Medio Ambiente” y “Exposición al Humo de Tabaco” para Alumnos del Liceo N°5, Sábado 5 Junio 2004.



### ► **Evaluación de la efectividad de los atributos de la Atención Primaria.**

La mayoría de las personas no se enferman ni se mueren por una causa de las falencias de los sistemas de atención médica. Los sistemas de salud contribuyen poco a la mejora de las condiciones de salud de la población. Pero entonces :¿por qué nos enfermamos? ¿quién es el responsable de nuestra salud o nuestra enfermedad?. Los resultados de salud de la población, y por lo tanto algunos indicadores tales como la

<sup>5</sup> Mc. Whinney, citado por Ceilin en El médico de la familia. Medicina General Familiar. Seminario Nacional ASPEFAM, Lima, 1981.

esperanza de vida, están condicionados en los países occidentales por cuatro grandes factores:

1. El primero de ellos la **biología o la herencia**. Es decir algunas personas nacen con mayor predisposición que otras para adquirir enfermedades.
2. El segundo condicionante es **el ambiente en que vivimos**. Ejemplo, la capa de ozono que cubre la atmósfera y está directamente relacionada con la incidencia del melanoma. Los factores ambientales representan, en promedio, el 19% de los casos de enfermedad (Dever&Champagne, 1988).
3. El tercer factor está relacionado con el anterior y son los **estilos de vida** que incluyen aspectos como la forma en que al gente se alimenta, el hábito del tabaco, la prevalencia de conductas agresivas, el consumo de drogas, las prácticas sedentarias así como las deportivas, etc.  
Los epidemiólogos han cuantificado el peso de la responsabilidad individual – conductual concluyendo que un 43% de las veces que nos enfermamos, morimos, y también enfermamos y matamos a otros por causa da hábitos nocivos.
4. **El sistema sanitario**, constituido por los hospitales, seguros médicos, consultorios, médicos, etc, son responsables del 11% de los casos de enfermedad o muerte.<sup>6</sup>

Independiente de la enfermedad de que se trate, todos los aspectos de la prevención y control deben someterse a evaluaciones de eficacia y efectividad. La eficacia de la prevención se refiere al desempeño logrado con una ejecución total en condiciones ideales. En cambio, se habla de efectividad de la prevención en cuanto a lo que se logra con las condiciones existentes de ejecución.

Ejemplo: las enfermedades cardiovasculares que producen el 45% de la mortalidad, pueden tener una eficacia de prevención superior al 50%. El cáncer cervicouterino, uno de los principales sitios de tumores en la mujer, se puede prevenir en 90%. Los traumatismos causan 10% de la mortalidad, 18% de los años de vida potencial perdidos por discapacidad y su eficacia de prevención es de 40%.

Los resultados que se obtienen en la prevención de enfermedad cardiovascular pueden ser tan espectaculares como los de Carelia del Norte, Finlandia, donde se logró una eficacia de prevención de más de 50%. En el período de 20 años de 1972 a 1992, la incidencia de cardiopatías en los hombres disminuyó 55% y en las mujeres 68%. Cabe subrayar que 80% de reducción en los hombres y 72% de la reducción en las mujeres fueron atribuibles a la menor prevalencia de solo 3 factores de riesgo: colesterol, hipertensión y hábito de fumar.<sup>7</sup>

#### ► **Diferencias esenciales entre atención primaria y especializada.**

1. **Accesibilidad**. Todos los servicios deben ser accesibles. Debería asegurarse el acceso de los pacientes que lo precisan a los especialistas; el tiempo de espera debería relacionarse con las necesidades del paciente y con la urgencia del caso. Sin embargo, el acceso a la atención primaria debe ser universal y no necesariamente ligado a necesidad/urgencia, puesto que no es posible exigir a los pacientes la valoración de su situación antes de buscar atención médica.
2. **Historia Clínica**. Todos los profesionales de salud deberían mantener historias clínicas completas y precisas, así como responsabilizarse de su contenido.
3. **Utilización de los servicios por la población**. Los individuos de una población utilizan ocasionalmente todos los niveles asistenciales, pero el uso de la atención puede ser solicitado por los pacientes, mientras que son los profesionales sanitarios quienes suelen facilitar el acceso a la atención primaria y terciaria.
4. **Identificación de problemas**. En todos los niveles se debe identificar los problemas que les llegan. Pero en atención primaria los problemas y necesidades están con frecuencia mal definidos y poco diferenciados, mientras que en otros niveles asistenciales están ya mejor definidos, dado que han sido previamente “filtrados”.
5. **Variedad de servicios**. La atención primaria y los otros niveles asistenciales deben especificar el conjunto de servicios que ofrecen, según la formación, la experiencia y la competencia de los profesionales. Pero, en atención primaria, el conjunto debe ser

<sup>6</sup> Más salud por el mismo dinero. Ginés González. Página 47. Edición ISALUD. Año 1999, 2ª edición.

<sup>7</sup> Auditoria Externa de Gestión Técnica y Administrativa FNR. Tea Deloitte y Touche. Pág 19.

mas amplio, para atender todos los problemas de salud frecuentes de la población y no solo un grupo concreto de ellos.

6. **En atención primaria el proceso de diagnóstico es distinto del de otros niveles asistenciales.** Puesto que en la atención primaria son menos probables las enfermedades graves, también es menor la frecuencia de realización de pruebas diagnósticas y la prescripción de tratamientos definitivos. En la atención primaria la efectividad y la eficiencia se ven amenazadas por la mayor probabilidad de pasar por alto enfermedades y por el retraso de diagnóstico de enfermedades poco frecuentes, en las especialidades la amenaza para la efectividad y la eficiencia radica mas bien en atribuir los síntomas a enfermedades que en realidad no tiene, y en los posibles perjuicios que por el número excesivo de pruebas, por diagnóstico y tratamientos inadecuados y por la necesidad innecesaria del paciente. Así, en la atención primaria los errores tienden a ser por omisión, mientras en especializadas tienden a ser errores por comisión.<sup>8</sup>

► **Coordinación de la atención de salud.** La coordinación es una situación de armonía en una acción o esfuerzo común. Esta definición expresa de manera formal lo que implica en unas descripciones mas practicas del mismo concepto. La esencia de la coordinación es la disponibilidad de información acerca de problemas previos y de servicios utilizados, y el reconocimiento de dicha información para las necesidades cuidados actuales.

El termino gestión de casos, utilizado recientemente para describir los esfuerzos de contención de los costes, puede superponerse con la idea de la coordinación asistencial, pero existe poco consenso sobre su definición operativa estándar.

La atención primaria no puede satisfacer todas las necesidades, en el seno de la atención primaria existe una necesidad de coordinación de los servicios ofrecidos por los distintos miembros de un equipo de profesionales.

Los métodos de mejora de la transferencia de información mas convencionales implican reforzar la continuidad de los médicos o equipos de médicos, las historias clínicas y los sistemas informáticos. La adición de la lista de problemas a la historia clínica hace que mejore su identificación, sobre todo cuando el tiempo transcurrido entre las visitas era largo y si en la consulta había cada vez un médico distinto.

El registro informático de ciertos tipos de información también facilita la coordinación y mejor la atención del paciente. La mejora en la continuidad asistencial en forma de resumen informatizado puede así mismo mejorar varios aspectos asistenciales.

Un listado de fármacos también produce una utilización más efectiva de la información.

Aunque se dispone desde hace tiempo de la mayoría de los resultados citados, no se ha reconocido ni puesto en evidencia que muchos especialistas acogen de buen grado las oportunidades para mejorar la relación con los médicos de atención primaria; al menos, algunos especialistas lo hacen.

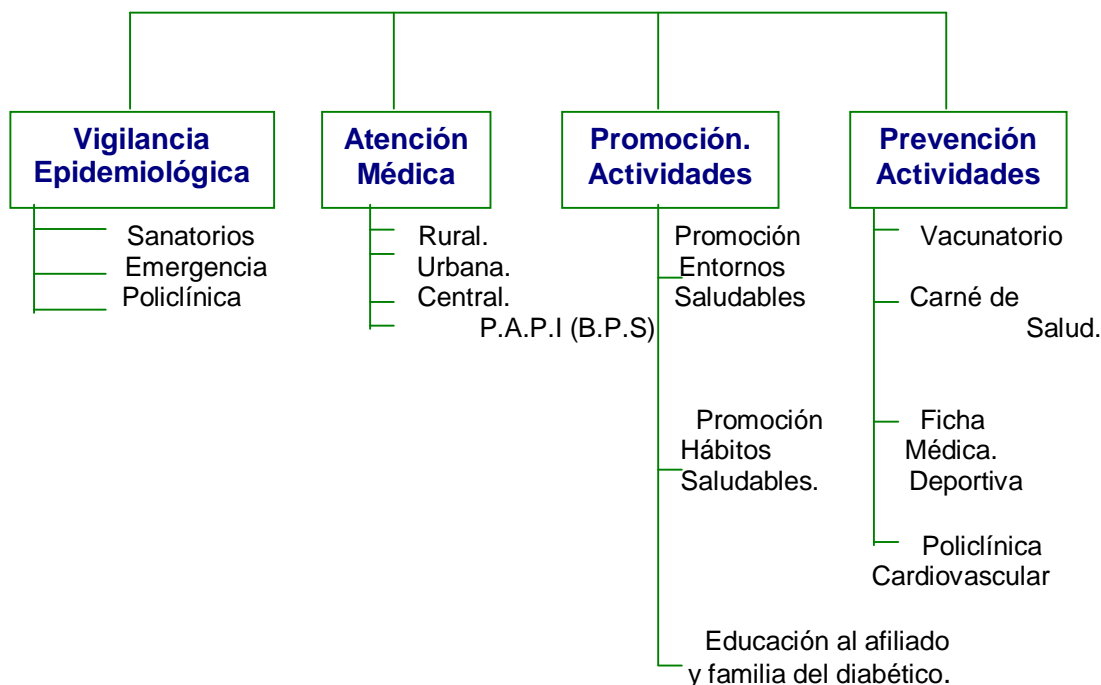
La mejor comunicación entre los médicos de atención primaria y otros especialistas pueden llevar a situaciones en las que haya desacuerdo sobre la acción más adecuada. Los especialistas tenderán a favorecer las estrategias que mejoren el problema de salud del paciente y los médicos de atención primaria se centrarán más en la situación global de éste.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barbara Starfield .Capitulo 2.Un marco conceptual para medir la atención primaria. Pág. 33. Ediciones Masson.

<sup>9</sup> Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barbara Starfield .Capitulo 11.Coordinación de la atención de salud. Pág. 233. Ediciones Masson.

## PROGRAMA ACTUAL



**Vigilancia Epidemiológica:** el registro, cuantificación y análisis de las enfermedades de declaración obligatoria se realiza en el Área de Medicina Preventiva. Los datos se obtienen de las consultas realizadas al Servicio de Emergencia institucional y son enviados junto con los casos sanatoriales a la Dirección Departamental de Salud a través del Archivo Institucional.

**Atención Médica: Área Rural:** atención mediante médicos residentes en la zona, con una carga horaria de lunes a sábados de 2 horas de atención, excepto la Policlínica de Termas de Arapey que funciona de lunes a domingos con una carga horaria de 6 horas diarias.

Reciben la visita mensual de un equipo multidisciplinario con la finalidad de diagnóstico situacional, fortalecimiento de vínculos institucionales, y supervisión general del funcionamiento.

**Área Urbana:** atención en policlínica centralizada a través de 80 horas semanales de atención brindada por médicos de Medicina General, en domicilio por médico a elección, atención de urgencia institucionalizada, y a domicilio por médico de urgencia las 24 horas.

**P.A.P.I:** convenio con el Banco de Previsión Social, se brinda consulta de salud, control del crecimiento del niño desde los tres meses de vida hasta los seis años.

La prestación se brinda de lunes a viernes de 7 a 12 horas a través de diez médicos pediatras, una enfermera. Es supervisado por el médico coordinador del Departamento de Pediatría y por la Licenciada de referencia.

El promedio de atención es de 25 niños por día (datos semestre Enero – Junio 2004).

**Promoción: Promoción de Entornos Saludables** en conjunto con la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, Área de Educación Poblacional, se brinda apoyo, información y se coordinan actividades con las instituciones de la ciudad que pretendan declararse Edificios 100% Libres de Humo de Tabaco.

**Promoción de Hábitos Saludables:** se implementan actividades de promoción de salud, con énfasis en la sensibilización y educación de la población que facilite el cambio de comportamiento necesario para el cuidado de la salud.

Esto implica no sólo generar el cambio en el estilo de vida de cada persona sino también involucra el ambiente y entorno en el que se desarrolla la vida cotidiana. Para lo que es necesario involucrar a diversas instituciones, organizaciones, empresas.

Se planifican y coordinan actividades con centros de educativos, realizando actividades intra y extra muro con la participación de integrantes del equipo sanitario, docentes, estudiantes y familiares.

***Policlínica de Educación al Diabético***, se desarrolla de marzo a diciembre, todos los últimos martes y jueves de cada mes, la educación se brinda a través de un equipo interdisciplinario integrado por dos médicos endocrinólogos, una nutricionista y una enfermera.

El promedio de asistencia a la policlínica para el primer cuatrimestre 2004 fue de 9 personas por clase.

La asistencia a las clases es por recomendación del médico tratante, invitación de enfermería o voluntad propia. Se accede a través de una orden para la policlínica sin costo.

**Actividades de Prevención. Vacunatorio:** funciona en el área de Medicina Preventiva de lunes a viernes de 9 a 12 horas. En el año 2003 se administraron 7079 dosis de vacunas pertenecientes al Esquema de Vacunación y 1614 dosis de vacuna antigripal.

**Carné de Salud:** servicio que se brinda para todos los afiliados, su actividad se lleva a cabo de lunes a viernes a través de 6 horas de consultas semanales por un médico de medicina general.

**Ficha Médica Deportiva.** la prestación es para toda la población del departamento a través de tres días semanales con una carga horaria semanal de 6 horas, en el año 2003 se realizaron 1376 fichas Médicas Deportivas.

**Policlínica Cardiovascular.** Se brinda atención a todos los afiliados con factores de riesgo cardiovascular, mediante una policlínica semanal desarrollada por un médico de medicina general y una enfermera.

Se realiza educación sanitaria, prueba de glucemia y de colesterol a través de tiras reactivas. La asistencia es por recomendación del médico tratante, invitación de enfermería o voluntad propia. Se accede a través de una orden para la policlínica con un arancel costo.

En el presente ésta policlínica se encuentra suspendida.

## OBJETIVOS.

▶ **Asumir un papel de liderazgo en el campo de la salud**, la SMQS – CAM debe asumir conscientemente y en forma responsable, un rol de alta responsabilidad social más allá de los factores empresariales propios.

Entendiendo por responsabilidad social como la visión que integra la gestión empresarial en forma armónica al respeto por los valores éticos, las personas y el medio ambiente

▶ Fortalecer el nivel primario o primer nivel de atención con **una concepción integral y una orientación preventiva de la atención de la salud**, mediante acciones de promoción, de protección, de detección precoz de procesos patológico y de tratamiento oportuno, adecuado y eficiente de las enfermedades.

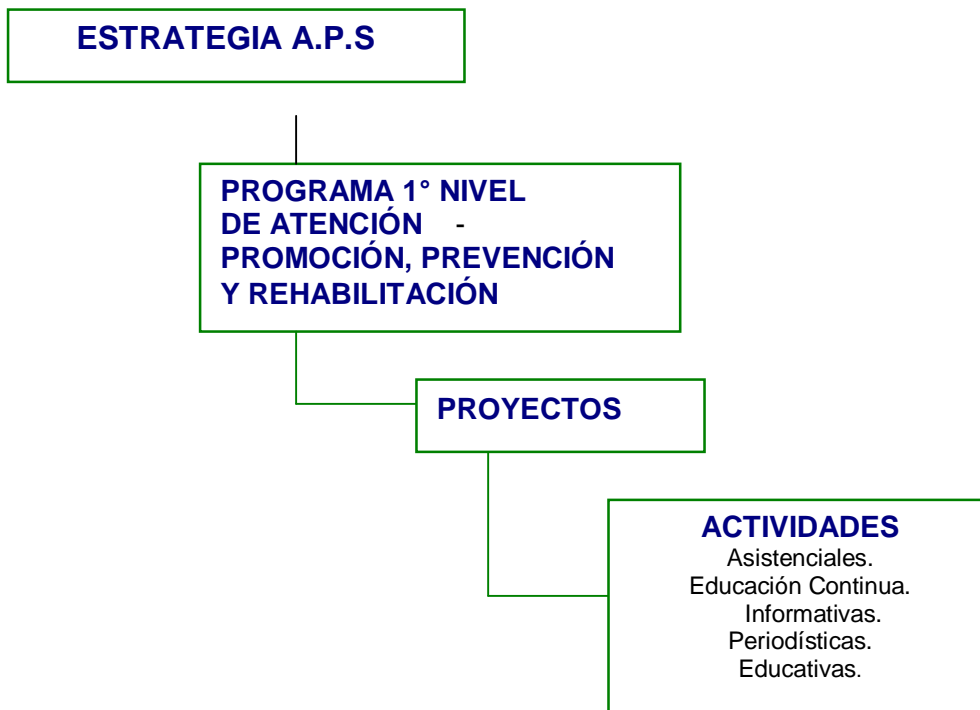
▶ Desarrollar actividades de atención de salud, **en todos los ámbitos** en que las personas cumplen actividades. La salud empieza y se mantiene o se expone en peligro en el hogar, en las escuelas, y en las organizaciones de producción, donde quiera que la gente viva y trabaje. Por lo tanto las acciones en salud deben proyectarse a esos ámbitos.

▶ Asegurar la **mayor continuidad** posible de la atención en las diferentes alternativas de los estados de salud o enfermedad de la población asegurada, ya sea en casos que requieran atención de emergencia, de urgencia o de elección .

▶ Brindar una atención integral y preventiva, que jerarquice el concepto de servicio al afiliado y el concepto de **atención personalizada, humanizada y de calidad**.

---

♦ <sup>10</sup> **Organización de la Medicina Zonal.** CASMU. Dr. Hugo Villar. Montevideo. Noviembre de 1994.



**Para el nuevo modelo de medicina descentralizada se deberá definir:**

- a. Definir la ubicación más estratégica de manera de captar la mayor población beneficiaria.
- b. Fijar un máximo de población para establecimiento principalmente en función de los recursos físicos y de infraestructura que posea el establecimiento.
- c. Definir un límite territorial para que cada establecimiento tenga la posibilidad de rechazar la inscripción de personas cuyo domicilio se encuentre alejado. Esta medida tiene como finalidad evitar los inconvenientes que podrían producirse, especialmente al tener que efectuar ciertas acciones de prevención visitando el domicilio de las personas.
- d. Paquete de servicios a prestar.

► **Componentes del nuevo modelo de medicina descentralizada ó de zona.**

Se puede destacar:

- a. **La definición de la atención primaria** como la modalidad de atención más frecuente, y que constituye en general el primer contacto del usuario con la estructura de atención a la salud.
- b. **Integración del equipo de atención primaria.** Estará integrado por el médico de la zona, la Licenciada en Enfermería, el Auxiliar de Enfermería, el odontólogo, la nutricionista, el Asistente Social, y el médico especialista como consultante. Todos con el objetivo en común del cuidado y mejoramiento de la salud de la población a cargo. El usuario es el elemento central de éste equipo y por lo tanto un participante activo y responsable.
- c. **La definición de las Áreas de Atención ó Zonas de Salud,** como la unidad territorial básica de atención primaria, delimitada sobre la base de criterios geográficos, sociales y de densidad de abonados por manzana.
- d. **La inclusión de contenidos de promoción, prevención, curación y rehabilitación** aplicados a todos los integrantes del equipo, con una orientación preventiva.  
El desarrollo, dentro del concepto de atención primaria, **de las diferentes modalidades de atención:**

- de la atención ambulatoria, en consultorios.
  - de la atención de urgencia y emergencia.
  - de la atención domiciliaria mediante la elección del médico a domicilio.
  - de la atención domiciliaria mediante el equipo de Asistencia Domiciliaria.
- e. Desarrollar el trabajo de manera programada, dirigida a dar respuesta a las necesidades de la población identificadas con criterio epidemiológico y teniendo en cuenta los factores de riesgo.
  - f. Integrar al equipo las actividades de educación continua para todo el personal, como parte de sus obligaciones, de manera que todos manejen con igual criterios los conceptos y criterios de actuación.
  - g. Planificar actividades de Educación para la Salud a los afiliados de cada zona, incluida la participación de su grupo familiar.
  - h. Desarrollar actividades de investigación, tanto en el área de la salud como en el área de la administración de servicios.

## ► Funciones de la Medicina Familiar

### 1. Función de Atención de Salud.

#### 1.1 Atención programada:

- 1.1.1. En el domicilio, a través del llamado por una orden a domicilio para médico de zona.
- 1.1.2. En domicilio, a través del llamado a su médico de elección por una orden a domicilio (mecanismo actual).

#### 1.2 Atención de Urgencia:

- 1.2.1. Mediante la solicitud de asistencia a su domicilio del médico de guardia en la Urgencia institucional.
- 1.2.2. Mediante la asistencia a través del médico de guardia en el Servicio de Urgencia Institucional.

#### 1.3. Atención mediante el ingreso a Asistencia Domiciliaria:

Recibe la atención de acuerdo a los criterios de inclusión del servicio de Asistencia Domiciliaria.

### 2. Función de Vigilancia Epidemiológica.

- 2.1. Diagnóstico de situación de salud.
- 2.2. Estudios de morbilidad de la población objeto.
- 2.3. Estudios de morbilidad de acuerdo a los diagnósticos de sanatorios.
- 2.4. Estudios de las Enfermedades de Denuncia Obligatoria.
- 2.5. Estudios de factores de riesgo.
- 2.6. Análisis de los fallecimientos.

### 3. Función de Educación.

- 3.1. Educación continua para los integrantes del equipo multidisciplinario.
- 3.2. Educación para la Salud, para los abonados y la población en general.

### 4. Función de Investigación.

- 4.1. En atención a la salud.
- 4.2. En administración de servicios de salud.

### 5. En Centro Zonal Servicio de trámites institucionales.

- 5.1. Despacho de órdenes.
- 5.2. Recepción de órdenes para autorización de exámenes especiales.
- 5.3. Entrega de medicamentos.
- 5.4. Extracción de nuestras para Exámenes de Laboratorio coordinadas.

—

## ALTERNATIVAS A EXPLORAR CON VISTAS A UN PROYECTO CAM – MEDICINA FAMILIAR.

### ALTERNATIVA 1.

En el país no existen programas de Atención Primaria de Salud que pueda ser tomado como modelo.

El proceso de implementación se puede dividir en dos etapas, la primera fortaleciendo y adaptando los servicios ya existentes en las **Policlínicas Rurales** y una segunda etapa con la puesta en práctica del Programa en la **zona urbana del Departamento de Salto**.

El objeto del médico de familia será el afiliado con alguna dolencia, pero que todavía no ha enfermado; una vez enfermo será responsabilidad del médico especialista.

Se determinarán tres niveles de actuación:

1. Consulta ambulatoria centralizada.
2. Policlínicas externas: ADEMOS, Daymán y otras a determinar en el futuro.
3. Rurales.

#### 1. Consulta ambulatoria centralizada.

Se propone un consultorio de Médico de Familia, en turno matutino – vespertino de lunes a sábado.

En estas consultas se plantea como alternativa la dispensarización (o listado) que tendrá un mínimo y un máximo cuyo monto se determinará.

Los médicos de Medicina General podrán irse integrando a esta visión de la salud preventiva y culturalmente muy diferente a la actual.

#### 2. Policlínicas externas: ADEMOS, Daymán y otras a determinar en el futuro.

Policlínica de Termas de Daymán: se debería tomar una postura sobre el futuro de esta policlínica, de decidir su continuidad, incorporarle un médico residente y adaptarla al programa.

#### 3. Policlínicas Rurales:

##### Visitas Sanitarias.

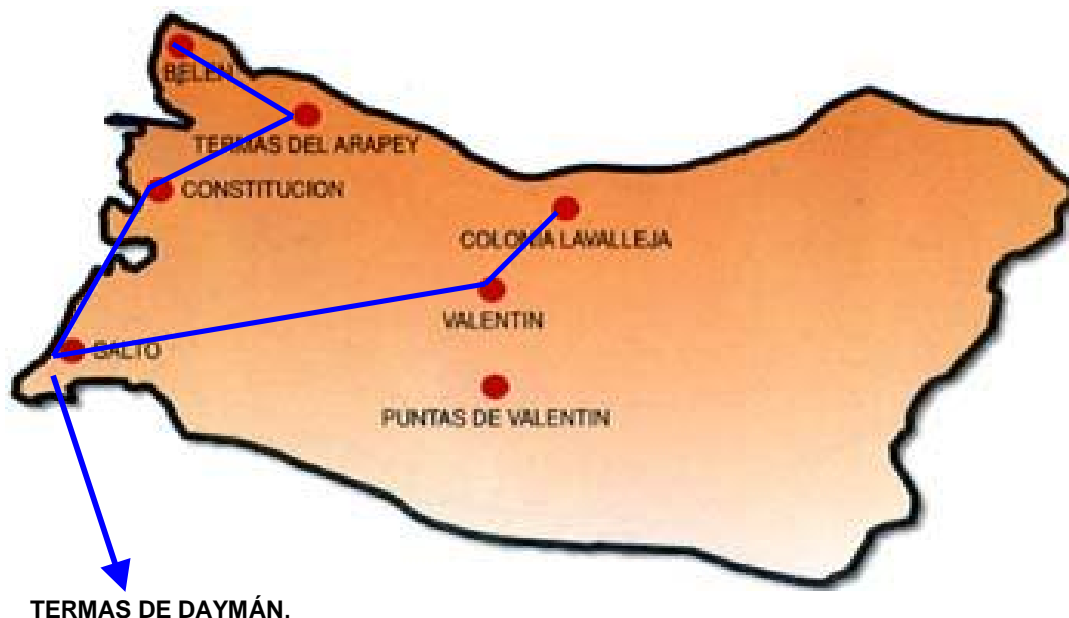
Se denominan así, las visitas programadas del Equipo interdisciplinario a cada zona rural, tendrán una frecuencia mensual.

Estarán integradas por el médico ginecólogo, médico pediatra, médico cardiólogo, médico oftalmólogo, Licenciada en Enfermería, Licenciada en Nutrición, y Asistente Social.

Las visitas sanitarias recorrerán:

- a. Villa Constitución, Pueblo Belén y Termas de Arapey.
- b. Pueblo Valentín y Colonia Lavalleja.

## MAPA DEL DEPARTAMENTO DE SALTO. Centros sanitarios de referencia.



### Densidad de abonados por localidad (valor aproximado):

**Pueblo Belén:** 420 socios.

**Villa Constitución:** 460 socios.

**Termas de Arapey:** 523 socios.

**Valentín:** 140 socios.

**Colonia Lavalleja:** 360 socios.

## ALTERNATIVA 2

Para la implementación de la segunda alternativa se podría implementar en un futuro la división de la ciudad de Salto de manera longitudinal, en dos zonas, siendo las siguientes:

**Zona 1:** Oeste: Río Uruguay.

Este: calle Gutierrez Ruiz

Norte: Av. Apolón

Sur: Av. Pascual Harriague, incluye Barrio Arenitas Blancas

**Zona 2:** Oeste: calle Zelmar Michellini.

Este: hasta Barrio Artigas

Norte: Av. Apolón.

Sur: hasta Ruta 3, incluye Barrio la Reductora.

De acuerdo a la distribución de la densidad de afiliados se podrían implementar dos centros zonales de referencia para la Medicina Familiar.



► **Actividades de la Medicina Familiar, ó de Zona, ó radio.**

Incluye actividades de promoción, protección, cuidado o recuperación, rehabilitación, todas ellas realizadas con orientación preventiva.

**Mediante las actividades de promoción y protección** se procura mantener y mejorar el nivel de vida y la calidad de vida de la población sana y por lo tanto su nivel de salud, así como a establecer barreras para evitar la enfermedad.

Actividades:

- Control periódico de salud del individuo sano, en todas las etapas de la vida.
- Control de la embarazada y la puérpera.
- Orientación y Planificación familiar.
- Higiene de los alimentos y nutrición.
- Manejo del sedentarismo.
- Promoción de entornos saludables
- Acciones contra factores de riesgo: tabaco, alcohol, drogas, stress, hábitos de alimentación inadecuados, etc.
- Programa dirigido a los adolescentes.
- Control de enfermedades trasmisibles.
- Control y vigilancia de enfermedades crónicas, accidentes, enfermedades mentales, drogodependencia, etc.
- Carné de salud.
- Ficha Médica Deportiva.

**Mediante acciones que promuevan el auto cuidado, la recuperación y la rehabilitación,** se trata de devolver la salud al individuo que enferma.

Se lleva adelante mediante:

- Atención médica en consultorio, ó domicilio, de urgencia ó programada según la situación lo amerite.
- Atención de enfermería en domicilio.
- Atención de los aspectos nutricionales.
- Atención odontológica.
- Asistencia social.
- 

► **Educación para la salud en centro zonal ó en domicilio**, tiene como propósito la adquisición de conocimientos como la modificación de hábitos y actitudes perjudiciales para la salud, y el desarrollo de hábitos y actitudes favorables, promoviendo la participación permanente, consciente y responsable de la población de la zona, en los problemas de salud individuales, familiares y colectivos.

La educación para la salud se realiza por parte de todos los integrantes del equipo, debe ser una actividad normal, permanente e integrada a la actividad cotidiana.

► **Función de investigación** se abarcará:

- § El proceso salud – enfermedad y sus factores condicionantes.
- § El proceso de atención a la salud y sus particularidades en el primer nivel de atención.
- § El proceso de gestión y administración de los servicios de salud, en los aspectos de planificación, organización, dirección, control, y evaluación.
- § El proceso de enseñanza - aprendizaje tanto para el personal como para los usuarios.

Se realizaran investigaciones que relacionen el cuadro epidemiológico, con los factores biológicos, psicológicos, sociales, y ambientales propios de la zona.

► **La Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC).**

Surge a fines de la década del 70, como una alternativa que intenta cambiar la situación imperante en el sector salud en el área de la Rehabilitación.

La RBC se basa en las necesidades de las personas y busca la resolución de sus problemas y no solamente aplicación de una técnica o el ejercicio de una profesión. Utiliza recursos locales y tecnología sencilla y de bajo costo. Un componente esencial está constituido por la enseñanza y la capacitación de los pacientes, de familiares y de otros recursos de la comunidad, quienes participan activamente en la identificación de necesidades y en la aplicación de las actividades correspondientes.

En atención primaria el **objetivo principal** es proveer atención en rehabilitación, incluyendo la prevención y detección precoz de la discapacidad dentro del primer nivel de atención en salud, mediante recursos de personal existente, tecnología apropiada y para alcanzar el 100% de cobertura.

## EVALUACIÓN.

En la primera etapa se hará un corte en los procesos, a los noventa (90) días de la implementación, y a los seis (6) meses de la misma, con la finalidad de evaluar, rediseñar y optimizar el programa.

Una vez optimizada la programación, definido los RR.HH y destinados los RR.MM y RR.FF se implementará la segunda etapa en la zona urbana del departamento.

**Estimando que la utilización de medicamentos y de exámenes de laboratorio es una cifra promedio máxima, se definen como indicadores para evaluar los procesos:**

- Ø **Medicamentos:** consumo de medicamentos mensual/1000 afiliados.  
Se define éste indicador como el consumo promedio mensual por afiliado de nuestra institución.
- Ø **Exámenes complementarios:** realización de exámenes de laboratorio/1000 Afiliados.  
Se define éste indicador como el promedio mensual de exámenes por Afiliados.  
Se incluye en el promedio los exámenes solicitados de manera ambulatorio e internación.

Los gastos y consumo de ambos indicadores no podrá sobrepasar los montos definidos, teniendo en cuenta el, mismo período. (un año) .

**El médico tendrá un listado de medicamentos y estudios del cual no podrá apartarse.**

## RECURSOS HUMANOS.

Estará integrado por un equipo multidisciplinario capaz de fortalecer, reconquistar y jerarquizar el rol del individuo sano, y promover el restablecimiento de la salud cuando se haya perdido.

Las herramientas fundamentales que el médico utilizará serán “la capacidad de interrogar, revisar, deducir, dialogar, de comprender al paciente, de promover confianza personal y de transformar al individuo en sí mismo en un recurso terapéutico”.

Corresponde aclarar que no se trata de volver al viejo profesional, médico de familia de otros tiempos, de trabajo individual y solitario, sin recursos complementarios, sino estimular y facilitar el desarrollo de un médico moderno, que conozca todas las posibilidades de la medicina actual, que trabaje en equipo, con el apoyo necesario de los otros niveles de atención, con buenas posibilidades de interconsulta y de referencia en los casos necesarios. Se trata de rescatar el concepto de médico y de equipo tratante, de mejorar sus condiciones de trabajo.

### **Estará integrado por:**

- 1 Coordinador.
- 1 Médicos de Familia, (ya se cuenta con el recurso, se necesitaría de implementarse la segunda alternativa)
- 1 Pediatra, (ya se cuenta con el recurso, se necesitaría de implementarse la segunda alternativa)
- 1 Ginecólogo. (ya se cuenta con el recurso, se necesitaría de implementarse la segunda alternativa)
- 2 Licenciada en Enfermería. (1 para 2 zonas de la ciudad)
- Auxiliares de Enfermería. (los integrantes de Enfermería Externa)
- Licenciada en Nutrición. (las institucionales)
- 1 Asistente Social. Con carga horaria a determinar.
- Odontólogo. (CADO urgencias, Centro Odontológico Salteño restauración con lámpara de luz halógena y otros tratamientos).
- Médico Especialista para Inter.- consulta.

### ► **Actividades a desarrollar por los integrantes del Equipo interdisciplinario.**

#### **Coordinador:**

- b Actuará en el ámbito de la Dirección Técnica Médica.
- b Responsable de coordinar y supervisar las actividades de los diferentes grupos de trabajadores de la medicina zonal, y de garantizar una correcta gestión y administración de las actividades de la atención a la salud, la educación y de investigación.
- b Investigar los problemas y las necesidades de salud de los afiliados de la zona e investigar los riesgos a que están expuestos.
- b Elaborar un plan de salud para la zona, y programas de atención al niño, a la embarazada y la puérpera, al adolescente y adulto, a las personas de la tercera edad, a los trabajadores y el medio ambiente.
- b Controlar el cumplimiento de normas y procedimientos.  
Elaborar programas anuales de educación continua y para la salud.

#### **Médico de Familia:**

- b Control de salud.
- b Consulta de morbilidad.
- b Control de crónicos: hipertensión arterial, diabetes, etc.
- b Consulta nutricional.
- b Control de salud en población senescente.
- b Visita domiciliaria.

---

\* Sonis,A y Paganini,J Atención de la Salud, en Sonis A.,Atención de la Salud, TII, Ed.El Ateneo, BsAs,1976.

- b Vacunación Influenza y Neumocóccica.
- b Educación grupal.
- b Consulta de salud mental.

**Médico Pediatra:**

- b Control prenatal.
- b Control de salud.
- b Consulta déficit nutricional.
- b Control de lactancia materna.
- b Consulta de morbilidad.
- b Consulta por déficit de desarrollo psicomotor.
- b Visita domiciliaria.
- b Vacunación.
- b Consulta de salud mental infantil.

**Médico Ginecólogo:**

- b Control de salud.
- b Control de puerperio.
- b Paternidad responsable.
- b Control ginecológico.
- b Educación grupal.
- b Consulta ginecológica.
- b Visita domiciliaria.
- b Consulta nutricional.
- b Consulta de salud mental.

**Licenciada en enfermería:**

- b Actividades de promoción, prevención y de atención a la salud.
- b Educación para la salud grupal o individual. En el centro zonal, en domicilio o en la comunidad (ejemplo: centros de enseñanza, lugares de trabajo, etc.)
- b Vigilancia epidemiológica.
- b Visitas domiciliarias a grupos de riesgo.
- b Plan de altas.

**Licenciada en nutrición:**

- b Elaboración de planes para el paciente crónico (diabético, hiperlipidémico, hipertenso, enfermos cardiovasculares, renales crónicos, obesos, etc.) como otros que necesitan ser controlados después de su internación.
- b Actividades de educación alimentaria, selección y forma de preparación de los alimentos.
- b Proporcionará una alimentación óptima, según las diferentes edades, estados fisiológicos, actividad física, etc. Con especial atención a los grupos más vulnerables.

**Asistente social:**

- b Atender la problemática social a nivel individual, familiar y colectivo.
- b Colaborar en el estudio y tratamiento de los factores sociales que condicionan la salud de los individuos y población de afiliados de la zona.
- b Estudiar y analizar en forma permanente el grado de satisfacción de los afiliados respecto a la atención que reciben por parte del equipo de salud.<sup>11</sup>

---

♦ <sup>11</sup> **Organización de la Medicina Zonal.** CASMU. Dr. Hugo Villar. Montevideo. Noviembre de 1994.

## DEPENDENCIA Y REGLAMENTACIONES GENERALES

### ► Dependencia:

De acuerdo a las definiciones políticas y económico – financieras y diferentes valoraciones de la Comisión Directiva, el programa debería estar sustentado dentro de una estructura general de departamento, dependiente de la Dirección Técnica Médica, quien planificará, coordinará y evaluará los procesos y evaluaciones funcionales de la estructura a crear.

### ► Elaboración de:

Manual de Procedimientos.

Reglamentación General de Funcionamiento.

Medicamentos: será el vademécum definido para Medicina General

### Exámenes de paraclínicos de valoración

El médico de zona ó radio tendrá un protocolo definido de exámenes de valoración, los cuales serán de su manejo habitual, éste incluye:

- Hematocrito y hemoglobina.
- Orina Completa.
- Urocultivo, solo para embarazada.
- Bilirrubina directa e indirecta.
- Urea.
- Potasemia.
- Glucemia.
- Tiempo de protombina, solo para crónicos anticoagulados
- Toxoplasmosis
- VDRL.
- VIH solo embarazadas y población de riesgo.

## RECURSOS MATERIALES.

### ▶ ALTERNATIVA 1.

#### Recursos Materiales de Uso.

1. Vehículo de traslado: con la finalidad del traslado del equipo multidisciplinario en la gira sanitaria . Se contratará un minibus.

### ▶ ALTERNATIVA 2.

#### Recursos Materiales de Uso por Centro Zonal.

1. Vehículo de traslado: para realizar acciones de coordinación, supervisión, visitas domiciliarias.
2. Alquiler de local: para Centro Zonal.
3. **Equipamiento de Centro Zonal:**  
Sillas para sala de espera con baño público.  
Consultorio médico para medicina general y ginecología. Con baño.  
Consultorio médico pediátrico.  
2 camillas con colchonetas.  
1 camilla ginecológica con colchoneta.  
1 balanza pediátrica.  
1 balanza para adultos.  
2 negatoscopios.  
1 Estetoscopio del Pinar.  
1 Dopptone.  
Espéculos vaginales.  
2 aparatos de presión.  
3 estetoscopios.  
1 martillo reflejo.  
2 tambores de acero inoxidable.  
3 escritorios.  
6 sillas.  
1 Computadora.  
1 Impresora.  
1 Teléfono.
- 4 . Maletín de consulta y visita domiciliaria: para consulta en domicilio y visitas domiciliarias de captación, y diagnóstico.
5. Historia Clínica: registro electrónico.

#### Materiales de Consumo:

1. Vademécum: el definido para medicina general. Anexo 1.
2. Material educativo, folletería.
3. Material blanco.
4. Insumos básicos: jeringas, material blanco, descartadores rígidos, etc.
5. Insumos de limpieza.

De acuerdo a disponibilidad presupuestal.

► **En resumen:**

1. Se plantea un cambio de modalidad en la atención médica, con énfasis en el 1° Nivel de Atención, Promoción y Prevención de acuerdo a criterios y conceptos universalmente aceptados hoy más que nunca.
2. La organización médica, IAMC, estructurada durante medio siglo dentro de un marco legal y una cultura asistencialista de respuesta a la enfermedad deberá variar en el establecimiento de un nivel asistencial básico y donde se genera un relacionamiento institucional que procura prevenir la enfermedad.
3. Ese nivel actuará como puerta de entrada a la organización sin perjuicio que la cultura hoy instalada, de consulta directa en niveles de complejidad y especialidades existentes comience con los años a revertirse.
4. La instalación de éste nivel permitirá una asistencia permanente, no de **eventos** como la actual será longitudinal en el tiempo y necesitará irremediablemente de una nueva relación médico – paciente compartida en todo aquello que aleje el evento mórbido. Resulta claro que será difícil encontrar a ese profesional que integrará un equipo con una nueva modalidad y del que **hoy no disponemos**. Por otra parte, debemos entender que la educación de nuestro público no será tarea menor y que la percepción y cultura de mutualismo del público no será tarea sencilla.
5. Hoy estamos presentando una propuesta o un alternativa de las muchas que pueden plantearse. No encierra en sí misma limitante económica. Es un desafío que se irá construyendo solo andando y que para ello necesita inevitablemente del apoyo y el convencimiento del nivel político institucional.

## BIBLIOGRAFÍA.

- ♦ **Programas Prioritarios de Salud.** Dirección General de la Salud. Ministerio de Salud Pública. República Oriental del Uruguay. Montevideo, Uruguay.1994.
- ♦ **Organización de la Medicina Zonal.** CASMU. Dr. Hugo Villar. Montevideo. Noviembre de 1994.
- ♦ [www.saluduruguay.gub.uy](http://www.saluduruguay.gub.uy)
- ♦ **Apuntes. Fundamentos de la Administración de Programas en la Atención a la Salud en la Comunidad.** Mgter Dra. Liliana Etchebarne, Prof.Lic.Pilar González Ortuya, Mgter. Prof. Lic. Elsa Grassi, Prof. Adjta. Lic. Elizabeth Bozzo.
- ♦ **Artículo. Calidad de Atención Médica.** Nuevas Formas de Organización y financiación de la Salud. Dra. Nélide Fernández Busso
- ♦ **Atención Primaria de la Salud.** Nuevas dimensiones. Rúben Torres. Ediciones y Salud N°3. Enero 2001.
- ♦ **Promoción de la Salud y Cambio Social.** Concha Colomer Revuelta, Carlos Alvarez - Dardet Díaz. Ediciones Masson. España 2001
- ♦ **Atención Gerenciada de la Salud.** Dr. A Barrionuevo, Dr. L. Pagnotta. Lic. J. Balian, Dr .A. Acosta.
- ♦ **Atención Primaria de la Salud.** Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barbara Starfield. Ediciones Masson.2001.
- ♦ **Enfermería en Salud Comunitaria: Un Enfoque de Sistemas.** Joanne Hall, Barbara Redding Weaver. 1° Edición. Publicación de la OPS. 1990.

