

EL EQUIPO DE SALUD
EN EL AMBITO COMUNITARIO

**PROPUESTA DE DISCUSION EN EL MARCO
DEL PROCESO DE REGIONALIZACION**

Dra. Verónica Rodríguez – Dra. Anahí Barrios Lajuní

Tutor: Dra. Alicia Sosa Abella

**Departamento de
Medicina General, Familiar y Comunitaria**

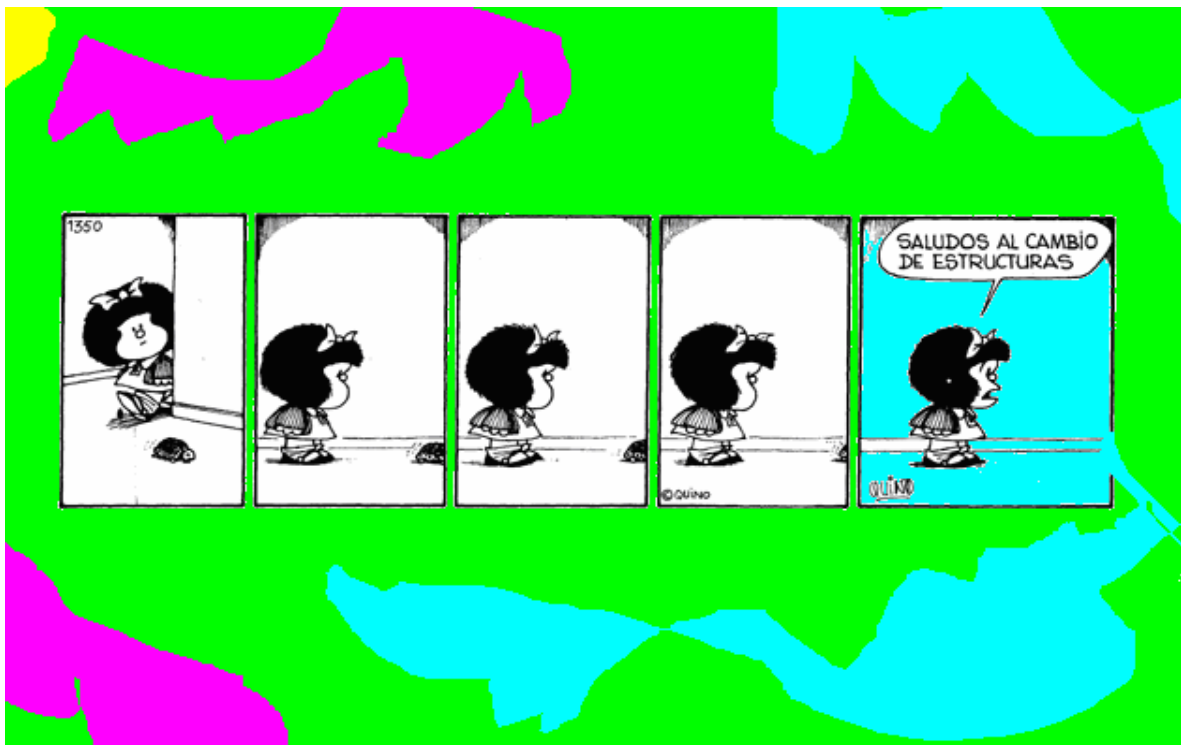
**Facultad de Medicina
Universidad de la República**

**Título de Especialista en
Medicina Familiar y Comunitaria**

Febrero 2007

¿Pensaron alguna vez que si no fuera por todos, nadie sería nada?

Quino



RESUMEN

Las actividades del Médico de Familia y Comunitario están integradas al trabajo del Equipo de Salud como una característica esencial de la disciplina. De esta manera, es que establecemos como objeto de estudio al Equipo de Salud en el Ámbito Comunitario.

A partir de un estudio descriptivo y su análisis, elaboramos una propuesta como aporte a la discusión, en la construcción de un cambio de modelo de atención a la salud en nuestro país.

Se basa en la revisión de la literatura existente, análisis de experiencias nacionales e internacionales, opinión de expertos e informantes clave.

La implementación de nuestra propuesta se debe acompañar de un proceso de cambios estructurales en el modelo de organización, gestión y financiamiento.

La consideración de las experiencias previas, la formación académica que permita optimizar los recursos humanos, la adecuación de las condiciones laborales de los integrantes del equipo, deberá ser la base de los cambios propuestos.

En función del análisis de situación de salud comunitario, es que se van a definir los programas a realizar, las funciones y actividades, estableciendo los recursos más apropiados para su ejecución.

Los equipos de salud comunitarios generarán sus propios modelos de participación social que involucren a la comunidad en el proceso de atención, debiendo cada institución definir los mecanismos que la normaticen.

En el proceso de Regionalización, es que vamos a definir equipos de área y equipos de cabecera, como responsables del abordaje integral de las personas, sus familias y comunidad.

PALABRAS CLAVE

Según vocabulario controlado MESH (Medical Subject Heading):

- Reforma en atención de la salud
- Servicios de salud comunitaria
- Atención integral de salud
- Medicina familiar y comunitaria
- Regionalización
- Participación comunitaria

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos especialmente a quienes colaboraron en la realización del trabajo:

- Nuestra tutora: Prof. Agda. Dra. Alicia Sosa
- Dr. Hugo Dibarbouré
- Dr. Tabaré González
- Dra. Gloria Magnífico
- Dra. Jacqueline Ponzo
- Dra. Gabriela Pouse
- Asociación de Residentes y Postgrados de Medicina Familiar y Comunitaria

SUMARIO

➤ Introducción	5
➤ Objetivos	6
➤ Materiales y Métodos	7
➤ Marco de Referencia	8
➤ Marco Teórico	10
o Atributos fundamentales de la atención primaria que hacen posible el cambio del modelo de atención	10
o Recursos Apropriados	12
o El Equipo de Salud en el ámbito comunitario	13
o Administración Estratégica	17
o La Gestión Clínica	18
o Participación Social y Comunitaria	22
o Evaluación de la Calidad de Atención	25
o Regionalización	28
➤ Propuestas y definiciones operativas	29
➤ Población y área de responsabilidad	29
➤ Integración del Equipo de Salud	30
➤ Organización del Equipo de Área	32
➤ Actividades	36
➤ Recursos físicos	44
➤ Herramientas de Evaluación de Calidad de la Atención	47
➤ Recomendaciones	49
➤ Anexo - Equipos de Salud en distintos países	50
➤ Bibliografía	54

INTRODUCCIÓN

En el marco del proceso de cambio del modelo de atención, desarrollamos como aporte a la discusión un análisis y propuesta de Trabajo en **Equipo para un Área de Salud** a implementarse en nuestro país, que se **deberá validar y/o ajustar al contexto donde se aplique**.

El **Modelo de Atención Integral** implica colocar en el centro **la satisfacción de las necesidades de salud de las personas** y reordenar a los efectores, desde el esquema burocrático piramidal por niveles, desconectados entre sí en lo funcional, a un esquema de **redes asistenciales**, responsabilizándose por la atención de la salud de una comunidad.

La atención a la salud en el primer nivel adquiere un rol protagónico como responsable del abordaje integral de las familias y la comunidad, con una fuerte orientación preventiva. Esta atención concentra la complejidad socio-sanitaria, por cuanto le corresponde establecer la pertinencia, oportunidad y tipo de intervención y/o derivación de la gran gama de problemas biológicos, psicológicos y sociales que afectan a la población.

En el modelo descrito, **la comunidad, sus redes y el primer nivel de atención**, son el eje articulador del quehacer sanitario. (68)

El **rol de los hospitales** forma parte de la continuidad de la atención contribuyendo a la resolución de los problemas de salud derivados desde la red asistencial, en base al tipo de actividades, especialidades y nivel de complejidad que la **propia red le ha definido**. (68)

El **desafío** del cambio del modelo de atención es resolver los problemas de salud de las personas, **potenciando la capacidad de las mismas** de influir positivamente en su vida y su entorno.

La salud de las personas está fuertemente relacionada, entre otros factores, a las condiciones socioeconómicas y a los estilos de vida. Esto se ve reflejado en el **perfil de morbi-mortalidad** de la población, que se observa al estudiar la distribución de las enfermedades y las causas de muerte.

La estructura y el funcionamiento del Equipo de Salud, va a estar influida por las características demográficas, epidemiológicas, culturales y económicas de la población a la cual está dirigida la atención. (35)

En nuestro país existen condiciones favorables para el desarrollo de una red de servicios que garantice la **universalidad** de la atención a la salud. (92)

El **Equipo de Salud en el ámbito comunitario**, ha de asumir **objetivos comunes**, desarrollar actividades propias del primer nivel de atención, hacerlo desde una perspectiva interdisciplinaria, con un enfoque individual, familiar y comunitario, con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de salud, y constituirse en la puerta de entrada de la red asistencial.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Contribuir desde la perspectiva de la medicina familiar y comunitaria, al análisis y a las propuestas de trabajo a desarrollar en Equipo para un Área de salud en el ámbito comunitario.

Objetivos Específicos:

- Definir el Equipo de Área y los Equipos de Cabecera como las Unidades de Organización del Área de Salud
- Definir la integración del Equipo de Área
- Definir la organización de la atención y de la gestión
- Definir las funciones y actividades del Equipo de Área
- Definir los recursos físicos de los ámbitos de trabajo
- Definir herramientas de evaluación de calidad de la atención

MÉTODOS Y MATERIALES:

- Revisión sistemática de artículos
- Valoración de experiencias institucionales previas
- Búsqueda bibliográfica: revistas científicas, libros de texto, búsquedas en Internet
- Opinión de expertos e informantes clave

MARCO DE REFERENCIA

Durante el siglo pasado hubo un gran desarrollo de la medicina y de los sistemas de asistencia médica. El crecimiento del conocimiento llevó a la aparición de múltiples especialidades médicas con un alto nivel tecnológico, diagnóstico y terapéutico. Sin duda el avance que esto representa ha sido justificadamente reconocido.

Este modelo hegemónico ha presentado consecuencias adversas que han sido puestas en evidencia: la despersonalización del proceso de asistencia, la fragmentación de la persona en aparatos, sistemas, etapas de la vida y técnicas diagnóstico-terapéuticas, sumado a la ausencia de un referente de confianza; se han traducido en una atención inadecuada provocando insatisfacción en los usuarios.

A la luz de estos hechos muchos países han reformulado sus sistemas de atención a la salud. Las premisas básicas pasaron en estos casos por una priorización del primer nivel de atención que actúa como primer contacto; **nivel que utiliza recursos materiales adecuados, tecnologías apropiadas de alta calidad, donde se dan las condiciones más favorables para una atención personalizada en la que pueda desarrollarse un abordaje integral de la salud.**

En los países donde se ha puesto en práctica, ha permitido incrementar la satisfacción de los usuarios y del personal de salud, mejorar los indicadores sanitarios y racionalizar los gastos.

Nuestro país, a lo largo de su historia ha logrado indicadores sanitarios que lo han ubicado en una situación privilegiada en el contexto regional. Sin embargo actualmente ha quedado relegado en el contexto continental y mundial.

El Dr. Dibarboure ha desarrollado lo que ha llamado “falla estructural sistémica del sistema de salud del Uruguay”, que son resumidas en su análisis de la siguiente manera (26):

- inequitativo al extremo
- todos los sectores sociales involucrados están disconformes
- no cumple adecuadamente las funciones esenciales de salud pública
- con importante crecimiento del gasto distribuido con injusticia e inequidad
- con recursos humanos inadecuados para el servicio
- que produce malos resultados tanto en la prevención y la atención como en el cuidado y la promoción de la salud.

La falla del sistema gira entorno a cinco paradigmas (17):

- una concepción biológica
- paternalista
- hospitalocéntrica o nosocomial
- asistencialista
- basada en la alta tecnología

.....“**Lo que la población percibe, comprende y valora** es la acción de los servicios que busca y recibe. Leyes, proyectos, reglamentos, convenios, pueden ser para la población un simple discurso vacío, si no van acompañados de hechos que se puedan percibir, tal como una mejor atención ambulatoria, asistencia más humanizada, disponibilidad de medicamentos necesarios, menos demora para obtener consulta, atención de emergencia u hospitalización, facilidades para los estudios complementarios y para las intervenciones quirúrgicas de diferentes niveles de complejidad, según las necesidades de cada persona”... Dr. Villar (92)

El aspecto primordial es **mejorar la salud de las personas**, para ello es prioritario un **cambio del modelo de atención como eje de la reforma del sistema**, complementado con un cambio de modelo de organización, gestión y financiamiento.

Nuestro aporte se enmarca en dicho cambio de modelo de atención, que recoge la formación y experiencia llevada a cabo desde hace muchos años por varios actores, y que son gestoras del proceso de cambio que se inicia en el plano político institucional en la actualidad.

De esta manera promovemos el trabajo del **Equipo de Salud** como la estrategia capaz de desarrollar una atención integral, creando espacios de construcción permanente que **involucren a la comunidad en el proceso de atención**, formas concretas de expresión local que hagan efectiva la participación y posibiliten el desarrollo de la salud individual y colectiva a través del esfuerzo positivo de toda la sociedad. (44)(67)

El uso y la distribución del poder en el sector salud a nivel local necesario para la implementación de un cambio real, se expresa con el proceso de **descentralización**.

MARCO TEÓRICO

Atributos fundamentales de la atención primaria que hacen posible el cambio de modelo de atención

El abordaje de elementos **estructurales y de proceso** permite medir el potencial y la consecución de los **atributos de la atención primaria**. “Este abordaje acepta que las actividades de interés dependan de la existencia de condiciones de tipo estructural. También asume que es importante evaluar la calidad de estas actividades”. Dra. Starfield (87)

Primer Contacto y Accesibilidad:

El concepto de **Primer Contacto** o Puerta de Entrada es inherente a la organización del Sistema de Salud en niveles de atención. Implica la provisión de servicios de salud accesibles (característica estructural) así como la utilización de dichos servicios cuando surge una necesidad asistencial (característica de proceso). Hay consenso acerca de la idea de un lugar o persona de primer contacto, como forma adecuada de organización de los servicios.

La **accesibilidad** hace posible el contacto con los servicios. La utilización de los mismos es un aspecto particular del proceso asistencial respecto a dos características básicas: primer contacto (cuando se hace la primera consulta por un problema nuevo) y longitudinalidad. (87)

Longitudinalidad:

Propone la existencia de una fuente continuada de atención a lo largo del tiempo. Por lo tanto, **cada equipo de salud debe ser capaz de identificar a su población y viceversa**.

Con independencia de la ausencia, presencia o características de los problemas de salud, existe un lugar, una persona o un equipo que sirve de referencia, que presta regularmente asistencia centrada en la persona y que esta relación persiste durante un período de tiempo.

La esencia de la longitudinalidad es la relación de las personas y sus familias con su médico y equipo de salud.

La relación con el equipo de salud implica que éste sea el lugar donde ocurre la atención de primer contacto.

Asimismo también implica que la fuente asistencial habitual sea integral y coordinada. (87)

Integralidad:

Se aplica el concepto de **Atención Integral a la Salud** que comprende “un conjunto de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente, desarrolladas por equipos de trabajadores de la salud con propósitos de promover la salud, proteger contra la enfermedad, recuperar y rehabilitar al individuo enfermo, realizadas en todos los casos con una orientación preventiva y con un triple enfoque, somático, psicológico y social”. Implica la participación de múltiples actores de la sociedad. (91)

La integralidad requiere en el primer nivel de atención que se identifiquen de manera adecuada las **necesidades de salud de la población** y se disponga de los **recursos para brindar una atención completa**. La gama de servicios disponibles puede variar de una comunidad a otra según la incidencia o prevalencia de los problemas. (87)

Este atributo deberá expresarse en la descripción de las **Funciones** del Equipo de Salud mediante un **Plan Integral de Actividades** que se ajustará a la realidad local.

Coordinación:

La coordinación en el primer nivel de atención es esencial para la consecución de los otros tres componentes. 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 el cuidado de las necesidades actuales. Para ello el elemento estructural fundamental es la continuidad asistencial, que está garantizada por **la atención del mismo Equipo de Salud** cuyas vías de comunicación les permitan actuar en conjunto.

Recursos Apropriados

“Un sistema de salud basado en la APS debe contar con un sistema de planeación que le permita proveer recursos apropiados a las necesidades de salud. A su vez, estos recursos deben ser determinados por un análisis de la situación de salud que esté fundamentado en información del ámbito comunitario. Los recursos deben contar con entradas (por ejemplo, instalaciones, personal, equipamiento, suministros y medicamentos) y con el presupuesto necesario para proveer atención integral, preventiva y curativa de alta calidad”. (79)

PARA ESTABLECER LOS RECURSOS NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN EN EL PRIMER NIVEL SE PARTE DE LAS SIGUIENTES PREMISAS: (52)

- **LA ATENCIÓN EN EL PRIMER NIVEL TIENE QUE DAR RESPUESTA A LA MAYORÍA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN ATENDIDA, POR LO QUE SUS PROFESIONALES DEBEN DESARROLLAR UN AMPLIO PERFIL Y SER LA BASE DEL SISTEMA SANITARIO.**
- **LOS RECURSOS DEBEN ESTAR EN CONCORDANCIA CON LAS FUNCIONES Y ACTIVIDADES A REALIZAR POR EL EQUIPO DE ÁREA EN SU CONJUNTO, QUE ESTARÁN DELIMITADAS POR LAS NECESIDADES Y DEMANDAS DE LA POBLACIÓN.**

Equipo de Salud en el ámbito comunitario

Hay evidencia internacional que demuestra que la forma más eficaz de atención en el primer nivel es la realizada por un **Equipo de Salud**.

Los conceptos modernos de organización del trabajo están basados en la actividad grupal o de equipo.

La complejidad científica y tecnológica de los procesos productivos y la necesaria optimización de su eficacia aconsejan la colaboración de distintas personas, en muchos casos de **origen formativo y perfil profesional diferente**.

Un conjunto de personas trabajando juntas en torno a un proceso, constituye un verdadero **equipo de trabajo** cuando, además de establecer una interdependencia entre sus funciones, consigue ser más creativo, productivo y resuelve los problemas mejor que si sus miembros actuaran de forma aislada (Borrell, 1996; Kotter, 1995). Aparece cuando existe una **sinergia que consigue que los resultados del equipo sean superiores a la de la simple suma de sus resultados individuales**.

Según la OMS se define el **trabajo en equipo** como “la acción coordinada, llevada a cabo por dos o más personas, de forma conjunta, simultánea o sucesiva”. (10)

El trabajo de equipo supone metas acordadas en común; conocimiento claro del papel y de las funciones de los demás y respeto por ese papel y sus funciones; recursos humanos y materiales suficientes; relaciones de apoyo, cooperación y confianza mutua; liderazgo eficaz; comunicación abierta, sincera y sensible; y medidas para la evaluación.

El aspecto esencial del **trabajo de un equipo** interdisciplinario se asume no de acuerdo a la función de cada disciplina o especialista, sino atendiendo a las necesidades de la persona, grupo o población, lo que le brinda **mayor capacidad resolutive**.

La **práctica interdisciplinaria** facilita y potencia el desarrollo de una atención más adecuada de los problemas de salud, facilitando la anticipación a los mismos.

En las personas, promueve un cambio de actitud, reconociendo al equipo como parte de la red social de la comunidad, generando compromiso en el auto- cuidado de su salud e integración al equipo de salud.

Brinda a los integrantes del equipo de atención, mayor motivación profesional y compromiso con la tarea, aumentando el intercambio y enriquecimiento personal.

Características del Trabajo en Equipo:

- Tener un objetivo común.
- Interdisciplinariedad.
- Compartir responsabilidades.
- Relación y comunicación.
- Flexibilidad.
- Óptimos resultados.
- Reconocimiento y aprecio.
- Orgullo de pertenencia.

Factores que influyen en la composición del equipo:

- Las necesidades de salud de la población constituye un criterio esencial.
- La estructura poblacional (pirámide de edad, distribución geográfica, organización comunitaria, rural o urbana) es un factor determinante de la composición de los equipos del primer nivel de atención.
- La infraestructura sanitaria y la situación política y económica.
- Los objetivos y organización general del sistema de salud y las funciones que en él se atribuyen a los distintos recursos humanos.
- La disponibilidad de profesionales sanitarios titulados. (95)

Número de Integrantes:

Existen diversos estudios a nivel internacional que valoran distintos factores en la dimensión de la integración del equipo de salud.

Ejemplo del artículo “The Effects of Organizational Structure on Primary Care Outcomes under Managed Care” de Donald Barr en que describe un estudio de la relación entre el tamaño de la organización, el costo de la atención y la satisfacción de los pacientes, concluye:

Equipos de gran tamaño tienden a ser más complejos, más fragmentados y más impersonales. Pacientes y médicos tienden a estar menos satisfechos con las grandes organizaciones de atención.

La relación entre el tamaño del equipo de atención primaria y el costo de los servicios de atención tiene una gráfica en forma de U. **El costo baja cuando la decisión pasa de la práctica solitaria a la de un grupo pequeño, se nivela rápidamente y en un punto comienza a aumentar el costo a medida que el tamaño de la organización crece, porque aumenta la complejidad organizativa.**



View larger version (14K):

[\[in this window\]](#)

[\[in a new window\]](#)

Figure 1. **The relation between organizational size, the cost of care, and patient satisfaction.** As organizations get larger, patient satisfaction decreases and costs initially decrease, level out, and then begin to increase.

No es fácil conseguir que un trabajo en equipo resulte efectivo. **El problema principal es superar el reto de la comunicación y la transferencia de la información necesaria para la coordinación de la atención.** Como norma general, el proceso de toma de decisiones es óptimo en los equipos de seis miembros, en cambio, es poco probable el trabajo en equipo con más de doce miembros. (87)

(*)

Funciones del Equipo de Salud:

El Equipo debe ofrecer los servicios de atención a la salud que se enumeran a continuación:

➤ Atención al Proceso Salud-Enfermedad:

- **Satisfacer la demanda** de atención de todas las personas en el contexto de su familia y la comunidad en que viven, con **cuidados apropiados** de acuerdo a su perfil de edad, sexo, patología o grupo de riesgo.
- Desarrollar una **atención integral a la salud** con propósitos de promoción de salud, protección de enfermedades, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.
- Abordar los problemas de salud de las personas con un **enfoque biológico, psicológico y social y con una orientación preventiva, asegurando el máximo nivel de resolutivead.**

(*) : Ver Anexo: Equipos de Salud en distintos países (Cuadro Comparativo)

- Realizar una atención **continua y longitudinal**.
- **La atención se realiza en diferentes modalidades** ⁽⁹¹⁾:
 - o Ambulatoria (consultorios, establecimientos educativos, centros de trabajo o de recreación) y en domicilio
 - o Consulta a demanda: es el tipo tradicional: una persona consulta y se inicia el proceso de atención
 - o Consulta programada: el profesional toma la iniciativa y cita a la persona al consultorio, visita en su domicilio, etc.
- Orientar a las personas acerca de la oportunidad, uso, acceso a los niveles de atención dentro del sistema de prestación de salud.

➤ **Función de Docencia:**

- Educación Continua y Permanente de los integrantes del equipo de salud
- Formación de otras disciplinas o especialidades en el período de Pregrados y Postgrados.

➤ **Función de Investigación:**

Potenciar esta función facilitando la formación en metodología de la investigación, aportando los recursos y apoyos técnicos suficientes para desarrollarla.

➤ **Función de Gestión:**

Organización y administración de los recursos, dirección, control y evaluación de las actividades.

Administración Estratégica

Diversos aportes han contribuido a mejorar la atención de la salud en el ámbito comunitario. Se destaca el aporte de la planificación estratégica que involucra a la comunidad en todo el proceso de administración de la salud. (44)

“La **Planificación Estratégica** es un proceso de examen de la situación actual y de las tendencias futuras de una organización, o una comunidad, definiendo misión, estrategia y objetivos”. “Con la aplicación de esta estrategia se intenta brindar elementos metodológicos que faciliten la sistematización del conocimiento y la óptima utilización de los recursos existentes en la sociedad local correspondiente”. (67)

El proceso de administrar la atención de salud, se centra en el compromiso de trabajo entre técnicos, población, actores sociales y políticos, con diferentes responsabilidades en la salud de una comunidad. (44)

Los **programas de salud se concretizan a nivel operativo**, mediante la **administración estratégica**, cuya función principal es la **conducción, programación y la gerencia**.

La **conducción** es la capacidad de promover el consenso, concertar intereses, articular esfuerzos y recursos, para alcanzar la solución de los problemas.

La **programación** actúa como guía de las actividades administrativas: recursos humanos, materiales, financieros, etc. Parte de un análisis de situación de salud, adopta un criterio de priorización acordado, organiza las acciones a realizar producto de un trabajo colectivo, estableciendo los mecanismos de evaluación correspondientes.

La **gerencia** es lo que hace viable y factible el mejor uso de los recursos para el logro de los objetivos perseguidos, mediante un proceso continuo de toma de decisiones que se fundamenta en el análisis de problemas, y en la asignación de los correspondientes recursos para su solución, de manera que estas decisiones se conviertan en acciones efectivas.

La Gestión Clínica

La **gestión clínica** es una forma de gestionar los equipos de salud, basada fundamentalmente en la participación activa y responsable de los profesionales en la consecución de los objetivos.

La gestión clínica pretende incrementar la **eficiencia** del Sistema de Salud, **mejorando la utilización de los recursos** diagnósticos y terapéuticos y dotando a los profesionales de la **responsabilidad necesaria para que puedan tomar decisiones** en beneficio de las personas, gestionando la demanda desde criterios éticos, epidemiológicos y científicos.

Los equipos deben disponer de esquemas organizativos sencillos, que permitan la fluidez de las comunicaciones internas y la rapidez en la toma de decisiones. Deben reorientarse los procesos de generación y difusión del conocimiento profesional, mediante **equipos interdisciplinarios** en organizaciones horizontales y en el **trabajo por procesos**.

Los objetivos básicos son:

1. Descentralizar y horizontalizar la organización del Equipo.
2. Garantizar la atención integral al paciente, por lo que su actividad se focaliza en la **gestión por procesos**, donde el punto de atención es la persona y sus necesidades.
3. Mejorar la eficacia, la eficiencia y la calidad, por estandarización de tareas y protocolización de procedimientos basados en la evidencia científica.
4. Facilitar la implicación y responsabilización de los profesionales en la gestión, incrementando su intervención en la toma de decisiones no clínicas, en la utilización correcta de recursos y en la optimización de rendimiento.

Gestión de la Atención:

- **Uso de protocolos de atención:** normatización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- **Revisión por pares y discusión colectiva** de casos.
- **Auditoria médica** y revisión de procedimientos.
- **Gestión de la patología:** flujogramas, responsabilidades por niveles de atención o de complejidad.
- **Gestión de las actividades extraconsultorio:** actividades en sala de espera, grupos de apoyo, etc.

- **Gestión del trabajo de campo:** actividades clínicas en la comunidad, fuera del ámbito de la policlínica.

Gestión Administrativa:

- Citar, recibir y registrar los datos de los pacientes, cumpliendo las normas establecidas en cada consulta.
- Verificar la existencia del material necesario para la realización de las actividades propias de cada consulta.
- Recibir y emitir, cuando sea oportuno, la información verbal y escrita necesaria para la correcta coordinación con otras unidades, según las normas establecidas en el centro.
- Dar apoyo al personal especializado en el archivo de documentación clínica en todo lo que se refiere a la gestión de estos documentos.

Realizar la Sistematización del funcionamiento administrativo en vistas a la optimización del mismo.

Gestión de Recursos Humanos:

Es necesario generar un escenario que posibilite la innovación, la calidad y la mejora continua, al tiempo que se potencia la identificación y el compromiso con el trabajo a realizar.

El ejercicio profesional basado en el trabajo por procesos requiere que se les transfieran a los profesionales nuevas competencias que refuercen, cualifiquen y combinen las actividades médicas y las de gestión clínica.

La necesidad de una educación médica continua que permita a los trabajadores de la salud actualizar y perfeccionar sus conocimientos y destrezas, es imprescindible.

A. Mejía define la Educación Médica Continua como “el conjunto de experiencias que siguen a la formación inicial y que permite al trabajador de salud mantener, aumentar y mejorar su competencia para que ésta sea pertinente al desarrollo de sus responsabilidades; una educación médica continua pertinente debe responder a las necesidades de salud y ser congruentes con los recursos de la comunidad y los planes para mejorarla”.

La Educación Permanente es definida por Mario Rovere como “la educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo en los servicios, cuya finalidad es mejorar la salud de la población”.....”es una propuesta educativa realizada en los ámbitos laborales, destinada a reflexionar e intervenir sobre el proceso de trabajo, dirigida a mejorar la calidad de los servicios, y la mismas condiciones laborales.”.....

”Desde una propuesta pedagógica, la educación permanente en salud, se sitúa en el contexto de un cambio de pensamiento en la educación profesional, en el cual el proceso de trabajo es revalorizado como una fuente privilegiada de aprendizaje”.

La diversificación de competencias, la excelencia técnica, la adquisición de habilidades y conocimientos, además de los resultados obtenidos, deberán incorporarse a los sistemas retributivos y de incentivos.

Sistemas de Información y Registro:

En el primer nivel de atención se moviliza un gran volumen de información sobre la salud de las personas, los procedimientos y las intervenciones.

Una utilización eficiente de estos datos es esencial tanto para tomar decisiones clínicas, de atención comunitaria o de organización, como para la planificación y la gestión de los equipos de área.

El enfoque territorial de los problemas de salud debe ser basado en sistemas de información adecuados.

La **historia clínica** construida con un criterio longitudinal, tiene en cuenta a la persona, integrante de una familia, parte de una comunidad, situada en un entorno ecológico; con una historia, un presente y un futuro, en donde se desarrollará la relación médico-paciente.

Como expresión de conocimiento, brinda un panorama de la situación de salud desde esta percepción global.

Como herramienta de trabajo, sirve de soporte para la atención a demanda y programada, permite la planificación y control de las actividades de prevención, y facilita la valoración de resultados a lo largo de tiempo en forma rápida y concreta.

Debe entonces: (24)

- Sustentar la práctica
- Generar conocimiento
- Facilitar la gestión y el control

La herramienta clínica utilizada para explorar la salud del grupo familiar por parte del equipo de salud es la **historia familiar**.

Ubicar a la familia como unidad de atención “tiene como objetivo explorar el estado de salud del conjunto, analizar los factores determinantes de problemas de salud así como aquellos protectores que son comunes a todo el grupo familiar, identificando cómo cada uno de estos aspectos determinantes puede influir o está incidiendo en los distintos miembros del conjunto y en sus relaciones recíprocas. Su objetivo último es definir estrategias que promuevan salud en el conjunto o que contribuyan a restaurarla”. (10).

Historia Clínica Orientada por Problemas (HCOP):

La Historia Clínica orientada por problemas aborda la atención al paciente a partir de una lista de problemas para resolver y no en base a enfermedades o a una información clínica ordenada cronológicamente.

Se define Problema como “ todo aquello que requiera diagnóstico, manejo posterior, o que interfiera con la calidad de vida, de acuerdo con la percepción del paciente”

La estructura de la historia (HCOP) está compuesta por:

1. Datos Generales
2. Familiograma
3. Lista de Problemas
4. Plan de Acción de acuerdo a la evidencia (diagnóstico, tratamiento, educación para la salud y seguimiento)
5. Notas de Evolución para cada problema consignado
6. Hojas de resultados de exámenes complementarios
7. Medicación prescrita

Historia Informática:

Es el conjunto de datos clínicos, sociales y financieros referidos a la salud de una persona, procesados a través de medios informáticos o telemáticos.

Beneficios:

- información en salud disponible para comparar.
- otorga herramientas interactivas de ayuda en la toma de decisiones.
- protocolos clínicos.
- disponibilidad inmediata a la información clínica relevante.

Ventajas para el médico:

- historia clínica adecuadamente documentada.
- información epidemiológica y estadística.
- acceso a historia clínica de otros médicos.
- acceso a información científica actualizada.
- producir ahorros.

Resultados:

- integración de los diferentes niveles de atención.
- fortalecimiento del primer nivel de atención.
- decisiones clínicas eficientes, basadas en evidencia científica disponible adaptada a la realidad local.
- adecuado manejo de la patología crónica.

Participación Social y Comunitaria

Conceptualización:

La **producción social de la salud** se refiere a la activación de los procesos y acciones sociales que conducen al desarrollo de la salud individual y colectiva, en base al esfuerzo positivo de toda la sociedad. Puede comenzar en el propio individuo, pero comprende las intervenciones formales e informales que se operan a nivel de la familia, del grupo social de pertenencia, de los servicios de salud y de otros sectores de la sociedad.

En el contexto de la estrategia de APS y de Promoción de Salud en que desarrollamos nuestra propuesta, toman especial interés las actividades preventivas en diversos terrenos: cultural, político, social y económico. Los procesos de construcción social de la salud requieren de la participación social en el cambio de **condiciones ambientales y de estilos de vida**. (67)

En la planificación de la atención a la salud se incorpora el **enfoque estratégico** que implica la utilización de herramientas cualitativas apropiadas a nivel local que responden a las necesidades de salud.

La participación de la comunidad constituye el elemento central en el:

- Reconocimiento de los problemas sentidos
- Establecimiento de prioridades
- Planificación e implementación de los programas
- Proceso de desarrollo y evaluación de los programas

Cuando hablamos de **participación** hablamos de capacidad y posibilidad de tomar decisiones en todo el proceso de organización. Es tener parte, ser parte y tomar parte del proceso de atención a la salud. (Borja)

“La **participación social** es el derecho y la capacidad de la población para participar de forma efectiva y responsable en las decisiones sobre la atención en salud y su implementación. La participación social en salud es una faceta de la participación civil, una condición inherente al ejercicio de la libertad, la democracia, el control social sobre la acción pública y la equidad.” (79)

La participación social plantea fortalecer el nivel local, descentralizar las decisiones y el control sobre los recursos.

La participación en salud contribuye a:

- La mejoría de la calidad de la atención y el aumento en la satisfacción de usuarios y trabajadores de los equipos de salud del área
- La movilización de recursos y construcción de redes locales, con el aporte de los diversos actores y sectores sociales presentes en el área, aportando sus recursos y potenciando entre sí sus acciones en beneficio de la comunidad
- La adecuación de los programas de salud a la realidad local y la generación de proyectos que respondan a las necesidades de la población local
- La promoción de salud, proceso que requiere del compromiso de la comunidad, como sujeto activo del cuidado de su salud
- A la construcción de ciudadanía que expresa sus opiniones, evalúa y ejerce un control social sobre los servicios de salud y se involucra en la producción social de la salud y toma de decisiones.

Dimensiones:

- Corresponsabilidad frente al control sobre los determinantes de la salud, promoción de estilos de vida y creación de entornos saludables.
- Control sobre la calidad de los servicios y prestaciones de salud.
- Ejercicio de dar cuentas públicas de la gestión y resultados obtenidos.
- Corresponsabilidad en distintos ámbitos del quehacer en salud según las competencias de la red comunitaria (organizaciones sociales, grupos de autoayuda, agentes comunitarios de salud, comisiones de salud, etc.) y el equipo de salud. (67)

Desde el sector salud, se ha diferenciado un nivel interno y externo de participación:

- A nivel interno de los servicios de salud la participación comunitaria otorga un nuevo estilo de gestión, que se identifica como **gestión participativa**, junto a los trabajadores de salud, con el fin de fortalecer su identidad en el equipo de salud, el desarrollo de la organización y la calidad de los servicios.
- En el nivel externo la relación con la ciudadanía tiene como objetivo **potenciar los espacios y capacidades de trabajo conjunto** entre la comunidad y el equipo de salud.(67)

Acciones comunitarias:

Desarrollar **espacios formales** para el ejercicio de la participación de la comunidad en los diferentes momentos de **la atención y gestión de salud**.

En esta dimensión es necesario:

- Estimular el fortalecimiento de las organizaciones sociales y la articulación de redes
- Apoyar instancias de participación que involucren los usuarios (asociaciones de usuarios, comisiones locales de salud, etc.)
- Incluir el trabajo comunitario en la planificación local de las acciones y la implementación de programas de promoción y prevención.
- Generar un trabajo conjunto en el autocuidado de la salud abordándolo en el ámbito individual, familiar y colectivo con identificación de necesidades de salud, que nacen de los problemas prioritarios diagnosticados, del proceso de prestación de servicios y de las demandas directas de los actores sociales.

Acciones intersectoriales:

La intersectorialidad implica el trabajo coordinado de instituciones representativas de distintos sectores sociales, mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población.

La acción intersectorial demanda al sector salud no sólo iniciativa sin también receptividad. Es necesario responder a convocatorias de otros sectores y/o contribuir a la creación de instancias de acciones que se basen en un pensamiento intersectorial. (67)

Entregar autonomía y poder a otros, implica reconocer en el otro un actor activo que también aporta y con el cual se negocia. “El sector salud debe abandonar el papel tradicional de experto que entrega instrucciones y recomendaciones, remplazándolo por el de cooperante que aporta información, conocimientos y herramientas a los otros sectores y a las comunidades para realizar las tareas en forma conjunta.”

Los equipos de salud comunitarios generarán sus propios modelos y formas de participación e intersectorialidad, expresando diversos caminos posibles, avanzando progresivamente hacia un trabajo integrador.

Evaluación de la Calidad de la Atención

Mejorar la calidad de la atención de salud es una preocupación fundamental en los servicios de salud.

Esta circunstancia está determinada por la necesidad de dar una adecuada respuesta a las **necesidades de salud de la población** y porque es preciso **responder satisfactoriamente a las expectativas de las personas**.

En la situación actual, debe jerarquizarse la importancia de asegurar que los recursos que se utilicen produzcan servicios **eficientes** (bajos costos en relación con los resultados) y de alta **calidad científico – técnica**. (60)

La **calidad de atención** la podemos definir como la:

“Capacidad de los servicios de dar respuestas aptas, adecuadas y en correspondencia con las expectativas, las demandas y las necesidades de la gente.” (Moreno y col. 1992)

El término “**garantía de calidad**”, se refiere a los intentos sistemáticos por mejorar la calidad de la atención y realizar medidas correctoras para solucionar los problemas detectados. Esta es la esencia de la garantía de calidad: combinar las evaluaciones con las medidas correctoras.

Nuevos paradigmas:

- La evaluación de la calidad debe hacerse con participación de todos los actores del proceso: autoevaluación, evaluación por pares y participación de la comunidad.
- Privilegiar las normas basadas en la evidencia científica.
- Perseguir una “gestión de calidad o mejoramiento continuo” para lograr mayor productividad y reducción de costos.

Componentes de calidad:

La investigación y las actividades de evaluación relacionadas con la calidad de la asistencia sanitaria pueden basarse en las siguientes variables:

- **Efectividad:** El grado en que se alcanzan las mejoras del proceso de atención, en relación con el actual desarrollo de la tecnología.
- **Eficiencia:** Relación entre el impacto real de un servicio o programa y su costo de producción.
- **Adecuación:** Relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población.

- **Accesibilidad:** Es la posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar que los necesita, en suficiente cantidad y a un costo razonable.
- **Calidad científico - técnica:** Este es el objetivo más común de los programas de control de calidad y se refiere al nivel de aplicación de los conocimientos y tecnología médicos disponibles actualmente.
- **Continuidad:** Se refiere a la atención del usuario como un todo, en un sistema de atención jerarquizado e integrado de manera que acceda al nivel de atención adecuado para la satisfacción de su necesidad.
- **Satisfacción del usuario y de los profesionales:** Se refiere a la satisfacción del usuario con los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados de la atención. La satisfacción del profesional se refiere a la satisfacción con las condiciones de trabajo y el resultado de la atención.

Componentes de la evaluación:

La **evaluación de la calidad** mediante indicadores permite identificar las diferencias entre resultados y expectativas y jerarquizar la resolución de los problemas.

Para ello se siguen los criterios de Donabedian, **estructura, proceso y resultado**:

- **Estructura:** Recursos Humanos y de Infraestructura
Los datos de estructura incluyen la información relativa a la disponibilidad y organización de los recursos humanos, materiales y financieros. Una estructura correcta es una condición necesaria pero no suficiente para conseguir la calidad.
- **Proceso:** Cumplimiento de actividades
Los datos de proceso se refieren a las actividades de promoción, preventivas, de diagnóstico y tratamiento brindadas a la población. La evaluación de la calidad a través de la información generada en el proceso de atención supone un correcto proceso asistencial que dará una mejora del nivel de salud de la comunidad. Si bien no evalúan datos de resultados son las informaciones más útiles para implementar medidas correctoras.
- **Resultado:** Cambios en la salud y Satisfacción
Los datos de resultados se refieren al producto de la atención, es decir los cambios en el nivel de salud y satisfacción del usuario por la atención recibida y de los profesionales.

Beneficios de la evaluación de calidad:

- Valora al trabajador de la salud: crear una visión colectiva y nueva direccionalidad.

- Valora al usuario: comunicar, involucrar, atender no solo necesidades sino también demandas y expectativas
- Optimiza los procesos: identificar procesos estratégicos, remover obstáculos, re-estandarizar.
- Estimula la cultura del aprendizaje continuo.
- Mejora el ambiente organizacional.
- Estimula la investigación de servicios

En el **primer nivel de atención** se debe establecer que:

- los **cambios en el nivel de salud** están fuertemente influenciados por factores del ambiente físico, sociocultural y estilos de vida y no sólo por el sistema de salud,
- en muchos casos los resultados en términos de nivel de salud son producto de la **acción complementaria** de los diferentes niveles de atención del sistema y no solamente del primer nivel de atención,
- en general los datos de **resultados** son más difíciles de determinar que los de estructura y proceso porque muchas veces los plazos temporales de observación son demasiado cortos para lograr cambios significativos en los indicadores.

Es necesario asegurar una adecuada capacidad resolutive en el primer nivel de atención, que garantice la equidad del sistema y la contención de costos.

La utilización de la evaluación en el marco de un programa de gestión de calidad es parte de una estrategia que persigue el mejoramiento progresivo de la calidad de los servicios y donde las evaluaciones son seguidas de medidas correctoras y reevaluaciones sucesivas.

Regionalización

La Descentralización consiste en la delegación de competencias y poderes de decisión del nivel central a los otros niveles de gobierno y administración de un sistema, junto con la transferencia necesaria de los recursos que permitan ejercer efectivamente las competencias delegadas.

La Regionalización es un procedimiento de descentralización que implica realizar divisiones territoriales hasta el nivel en que por economía de escala e impacto epidemiológico social se determine conveniente. Es un método de organización de los servicios de salud para una población dada en una zona geográfica delimitada, mediante un mecanismo de financiación suficiente. (91)

En base a la regionalización definimos el **área de salud** como la unidad territorio-población que deberá ser cubierta por la suma de prestaciones de todos los servicios de salud de la misma, que formarán el **Equipo del Área de Salud**.

El área geográfica donde vive toda la población constituye el área de influencia. En la misma se identifica: el área de responsabilidad que corresponde a la población potencial a atender; y el área estratégica que corresponde a la población con mayor riesgo de presentar determinados problemas de salud. Este concepto parte de la idea de **equidad y que las comunidades no son homogéneas**.

PROPUESTAS Y DEFINICIONES OPERATIVAS

POBLACIÓN Y ÁREA DE RESPONSABILIDAD

El Equipo de Área de Salud Comunitario:

Considerando los atributos esenciales de la atención en el primer nivel, y habiendo realizado una valoración sistemática de la organización del Sistema de Salud en países con distintos perfiles epidemiológicos (*) proponemos para el Área de Salud una red de servicios integrada por Equipos de Área insertos en la comunidad mediante Equipos de Cabecera.

El Equipo de Área tendrá bajo su responsabilidad la atención de las personas que viven en su área de influencia, con quien establecerán una relación longitudinal en el cuidado y recuperación de su salud.

- **Población de Responsabilidad del Equipo de Área de Salud: espacio territorio-población que oscile en 15.000 habitantes.**

Se considerará en áreas suburbanas y rurales la **distancia-tiempo de 30 minutos** en el medio de transporte más frecuente, tomando en cuenta el **tiempo máximo de respuesta útil**, es decir el tiempo requerido para ubicar y atender en el ámbito de complejidad adecuado.⁽⁹¹⁾

Equipos de Cabecera, constituyen el primer contacto de la población con el Sistema de Salud, integrados al Equipo de Área. La población a cargo reconoce a su Equipo de Cabecera, y el Equipo de Cabecera reconoce a su población.

- **Población de Responsabilidad del Equipo de Cabecera: espacio territorio-población: 3.000 habitantes.**

Se ajustará según criterios de accesibilidad.

(*) Ver Anexo: Equipos de Salud en distintos países (Cuadro Comparativo)

INTEGRACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD

La integración puede ser modificada, de manera provisoria o permanente cuando se requiera. Esa modificación puede ser de las disciplinas integrantes o del número de recursos.

El **Equipo de Área** quedaría integrado por:

- Licenciado en Enfermería
- Administrativo o Personal Polivalente
- Trabajador Social
- Psicólogo
- Psiquiatra
- Nutricionista
- Fisioterapeuta
- Odontólogo
- Ginecólogo
- Partera
- Pediatra
- Médico de Familia y Comunitario

La **presencia** de estas disciplinas, el **número de integrantes y la carga horaria** se ajustarán a las necesidades diagnosticadas en cada área de salud.

Algunas de las disciplinas del Equipo de Área desempeñarán sus actividades en el **ámbito** de los Equipos de Cabecera.

Los **Equipos de Cabecera** quedarían integrados por:

- 2 Médicos de Familia y Comunitarios
- 2 Enfermeros Comunitarios (Licenciados en Enfermería y Auxiliares de Enfermería con formación comunitaria)
- Equipo Odontológico

La integración descrita responde a **satisfacer la demanda, aumentar el horario de atención** y posibilitar el **trabajo en equipo**, mejorando la calidad de los servicios.

Se ha demostrado que el rol del **Médico de Familia y Comunitario** permite el primer contacto de las personas con los servicios de salud, garantiza la continuidad en la atención, brindando una atención integral a la salud.

El consejo y la asesoría del Médico de Familia y Comunitario, facilita la selección de la mejor opción asistencial disponible, trabajando en el seno de la comunidad, donde las manifestaciones de los problemas de salud se encuentran muy influidas por el contexto social. (87)

El profesional de **Enfermería** trabajando en el primer nivel de atención ha de ser capaz de asumir funciones y actividades en todos los campos, con **responsabilidad y autonomía**, brindando continuidad y potenciando la coordinación.

La organización de las actividades desarrolladas por los profesionales de enfermería, deben basarse en la programación y en la protocolización de los procedimientos, en conjunto con el equipo de salud.

Para satisfacer la demanda y garantizar una atención integral, el **Equipo Odontológico** (Odontólogo y/o Higienista Dental) ha de organizarse en el contexto del Equipo de Cabecera.

Especialidades de Apoyo:

Constituyen un soporte complementario de los Equipos de Área del primer nivel de atención de una zona determinada, con el **objetivo de aumentar la resolutivez** de los problemas de salud de las personas, generando una red de atención que hace al Sistema Integrado de Salud.

Brindan servicios de apoyo, diagnósticos y terapéuticos que requieren especialización y/o tecnología más compleja.

El ámbito de atención pueden ser los equipos de área, movilizándose por los distintos equipos de una zona, y/o ámbitos de mayor complejidad, en forma permanente o adicional según la especialidad.

Especialidades básicas de apoyo:

Medicina Interna
Cirugía General
Laboratorio Clínico
Imagenología

Otras especialidades de apoyo:

ORL
OFT
Dermatología
Cardiología
Endocrinología
Geriatría
Reumatología
Traumatología
Nefrología
Urología

ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DE ÁREA

Se trata de aquellas actividades que están vinculadas a la **gestión del equipo**, que corresponden a una correcta **planificación y programación de las actividades**, así como a **los aspectos organizativos de coordinación, control y evaluación** de las actividades que el propio equipo desarrolla, y de las metas que se han establecido en los programas locales o nacionales. (30)

Operativa del Equipo del Área:

Para lograr la **eficiencia y eficacia** de los Equipos de Área se propone:

- Establecer reuniones de coordinación obligatorias.
- Fijar instancias de co-visión (interdisciplinaria) y de supervisión (intradisciplinaria) y retroalimentación.
- Convocar a los referentes locales, quienes participan en instancias periódicas de coordinación, implementación y evaluación de la estrategia de APS.
- Los integrantes del Equipo están obligados a insertarse en la planificación de acciones, en el sentido mencionado.
- Auditorias de los equipos.
- Evaluaciones internas y externas realizadas por las autoridades competentes.

Responsable de la Coordinación del Equipo de Área:

Funciones:

- Organización y gestión.
- Comunicación
- Capacidad de liderazgo.
- Responsabilidad en el cumplimiento de sus tareas.
- Garantizar al menos una reunión mensual ordinaria, con el propósito de planificar y dar cumplimiento a los planes y programas conjuntos.
- Custodia y utilización adecuada de los recursos materiales.
- Asegurar la máxima eficiencia y eficacia de la red de servicios.
- Articular las distintas disciplinas del Equipo de Área con otros niveles asistenciales.
- Asegurar la coordinación interinstitucional e intersectorial.

Designación:

El Responsable de la Coordinación deberá contar con los siguientes requisitos:

- Ser Licenciado en Enfermería o Médico de Familia y Comunitario, que forme parte del Equipo de Área, por tener el perfil y la formación adecuada.
- Figura elegida de acuerdo al perfil del cargo, con aptitudes técnicas y adherir a la propuesta político-institucional, contando con la aprobación del Equipo de Área.
- La duración del desempeño deberá tender a la permanencia y longitudinalidad para lograr estabilidad en el rol.
- Podrá ser reelecto si la evaluación es favorable.

Evaluación:

El equipo en su conjunto, las autoridades locales e institucionales evaluarán su desempeño anualmente para darle permanencia en el rol o no.

Se establecerá una evaluación del desempeño en base a pautas preestablecidas. Los criterios de evaluación pueden ser definidos por las autoridades del MSP adoptando las mismas variables en todos los equipos (ej.: puntualidad, comunicación, responsabilidad, cumplimiento de objetivos, compromiso, vocación de servicio, aptitudes, actitudes, etc.).

Gestión Clínica:

Un ejemplo de proyecto de gestión clínica dentro de los Equipos debería de incluir:

- Objetivos del Establecimiento
- Cartera de Servicios
- Volumen de Actividad Asistencial
- Presupuesto Clínico
- Financiación
- Objetivos de Calidad
- Otros

Horario de atención:

La atención de calidad se basa en condiciones de trabajo en las que debe estar definido y garantizado un tiempo mínimo para cada una de las funciones y actividades del equipo de área.

En el caso de los profesionales sanitarios las **tareas de asistencia directa** (consulta a demanda y programada, visitas domiciliarias, educación para la salud) **deben ocupar un máximo de dos tercios del horario establecido**, que permita dedicar dentro de la jornada laboral el tiempo necesario a otras tareas que aseguran la calidad de los servicios prestados:

- Organización/Gestión del propio Equipo de Área.
- Docencia, formación continua e investigación.
- Actividades de promoción de salud comunitarias.
- Relación con niveles de atención de mayor complejidad (interconsultas telefónicas y presenciales, protocolización del nivel de resolución de distintos problemas de salud).
- Coordinación con otros efectores locales de salud, con otros sectores u organizaciones sociales de la comunidad.

Referencia y Contrarreferencia:

El concepto de trabajo en red determina que los efectores de salud definan mecanismos claros de relación interinstitucional, **con el reconocimiento de que el Equipo de Área y Cabecera es el encargado de dar continuidad a la atención de salud de las personas y familias.**

Para ello, la red asistencial se organiza de modo de establecer formas claras de información, retroalimentación y coordinación, mantener actualizada la información sobre personas, familias, y la atención recibida en otro ámbito de la red distinto al Equipo de Área y Cabecera.

A su vez el **Centro de Referencia** correspondiente del Equipo de Área proporcionará al resto de la red, toda la información necesaria para mejorar las respuestas a las necesidades de salud de las personas. (68)

Con el objetivo de **reducir la demanda de servicios en establecimientos de mayor complejidad, incrementar la capacidad resolutive del primer nivel de atención, y asegurar una atención continua e integral** se desarrolla el siguiente **modelo de referencia y contrarreferencia:** (83)

Atención de Urgencia:

Cuando se trata de situaciones de urgencia, **durante el horario hábil**, la persona podrá solicitar atención en el servicio de salud más cercano al lugar donde se encuentra.

Si a criterio del profesional se trata de una urgencia y puede resolverse en ese nivel, se le proveerá la atención requerida. Si no es una urgencia se solicitará a la persona que acuda al Equipo de Cabecera correspondiente.

Si el problema de salud no puede resolverse en ese ámbito, se confeccionará una referencia para el establecimiento que posea la capacidad resolutive adecuada; una vez atendida o egresada la persona se elaborará una contrarreferencia para informar al Equipo de Cabecera la conducta a seguir.

Fuera del horario de atención las personas podrán acudir a los servicios de urgencias más cercanos.

Independientemente del nivel de complejidad del establecimiento que provea la atención final, este deberá elaborar una referencia para el Equipo de Cabecera responsable de esa persona.

El Área deberá contar con cobertura de servicio de Emergencia Médico Móvil en situaciones de urgencia y emergencia.

Referencia a Especialistas en establecimientos de mayor complejidad:

Antes que se produzca la referencia, la persona deberá ser evaluada por el Médico de Familia y Comunitario responsable, que forme parte de Equipo de Área.

Si existiera duda respecto a la necesidad de referir a una persona, será posible la comunicación telefónica, radio o internet para resolver la conducta a seguir.

En todos los casos, la atención en el segundo o tercer nivel se considera transitoria. La persona deberá ser contrarreferida al Equipo de Área de referencia.

En lo que respecta al traslado del paciente se adecuará al sistema móvil que corresponda.

ACTIVIDADES

Las actividades se desarrollan de acuerdo a las funciones definidas para el Equipo de Salud del Área:

- Diagnóstico y análisis de la situación de salud de la población, identificando los grupos de riesgo en conjunto con la comunidad y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de la zona.
- Actividades relacionadas con la promoción de la salud.
Se desarrollan en ámbitos asistenciales y en ámbitos comunitarios como escuelas, liceos, comisiones barriales, etc. Comprende actividades relacionadas con: nutrición, vivienda, agua potable, saneamiento, educación general, educación física, educación para la salud, recreación, trabajo, salario y seguridad social, entre otras.
- Actividades relacionadas con la protección de la enfermedad. Comprende programas de vacunaciones, programas orientados a detectar precozmente enfermedades o evitar sus complicaciones.
- Actividades relacionadas con la asistencia. Cualquiera de las actividades tiene como finalidad el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades, la asistencia de la demanda urgente, determinando el nivel de resolución si corresponde.
La dispensarización de pacientes con patologías crónicas, realizando el registro, agrupamiento, seguimiento y control periódico de los individuos y familias, según los llamados "grupos dispensariales".
- Actividades relacionadas con la rehabilitación. En este punto se incluyen actividades de rehabilitación de pacientes portadores de EPOC, patología osteoarticular, recuperaciones funcionales de traumatismos, rehabilitaciones psíquicas y reinserciones sociales en general.
- Actividades relacionadas con los cuidados paliativos acompañando el final de la vida.

Las actividades se desarrollarán de acuerdo a los Programas Nacionales del MSP:

En líneas generales los Programas están dirigidos a: atención del niño y adolescente, mujer y género, al adulto, trabajador, adulto mayor, nutrición, factores de riesgo cardiovasculares, prevención de accidentes, programas de lucha contra el cáncer, salud mental, salud bucal, prevención de adicciones, salud

sexual y reproductiva, de rehabilitación y cuidados paliativos, de atención domiciliaria, u otros que se considere necesario implementar.

El hecho de estar enmarcados en programas, corre el riesgo de contribuir a la fragmentación de la atención a la salud. Riesgo que se atenúa con la presencia de técnicos formados de acuerdo a un modelo de atención integral.

Las distintas disciplinas del equipo de salud integrarán a su labor cotidiana la aplicación de los Programas Nacionales en el marco de la atención integral, ajustados a la realidad local. Deberán existir responsables de la monitorización de los mismos.

Atención a las Personas, Familias y Comunidad

Actividades relacionadas con la atención a la comunidad:

- Realizar el abordaje comunitario, valorando las creencias, hábitos y estilos de vida, diversidad de costumbres y formas de participación.
- Promover la realización periódica de Diagnósticos de Salud Participativos.
- Identificar los problemas prioritarios de salud, así como los grupos de riesgo, analizando los factores determinantes.
- Planificar acciones de acuerdo a programas locales y prioritarios nacionales.
- Ejecutar las actividades planificadas.
- Evaluar los programas.
- Llevar a cabo acciones de educación para la salud en cualquier ámbito donde sea pertinente.
- Promover la participación comunitaria (sujeto activo).
- Trabajar en red con las organizaciones de la comunidad.
- Participar en actividades de coordinación intersectorial, teniendo en cuenta una articulación estrecha entre las áreas pública, privada y no gubernamental. Los enfoques intersectoriales movilizan los recursos de la sociedad.
- Apoyar y asesorar a las organizaciones de la comunidad en proyectos de desarrollo integral, con prioridad en salud.
- Participar de actividades lúdicas tendientes a promover el autocuidado y la autoestima de las personas.
- Promover la formación de grupos de autoayuda, de preferencia por poblaciones de riesgo (hipertensos, obesos, diabéticos, adicciones, embarazadas, familiares de enfermos crónicos, etc.)
- Realizar acciones encaminadas a mantener la vigilancia en salud y control de enfermedades transmisibles en la población.
- Promover acciones encaminadas al control del medio ambiente y al logro de un entorno saludable.

Actividades relacionadas con la atención a la familia:

- Realizar el abordaje familiar analizando los factores que intervienen en el proceso salud- enfermedad de la misma.
- Compartir la responsabilidad de la asistencia con el paciente y la familia.
- Tomar conciencia de que nuestros propios valores personales y culturales pueden interferir en la asistencia a pacientes y familiares con diferente sistema de creencias.
- Colaborar con el paciente y su familia en la identificación de los problemas, detección de los recursos y puesta en marcha de los planes de abordaje.
- Elaborar diagnósticos mediante la utilización de distintas herramientas (estructura, ciclo vital familiar, clima familiar, acontecimientos vitales estresantes, soportes sociales, cuestionarios y escalas, etc.).
- Identificar roles, funciones, reglas y rituales familiares.
- Diseñar estrategias de asesoramiento familiar anticipado
- Representar la estructura en forma de genograma –familiograma.
- Registrar usando historias familiares.
- Ante problemas psicosociales indiferenciados, valorar la existencia de disfunciones familiares.
- Aplicar enfoque de riesgo de acuerdo a la etapa del ciclo vital familiar.
- Atender a la familia en situación de crisis vitales.
- Realizar la intervención familiar de manera pertinente.
- Detectar, tratar oportunamente y referir cuando corresponda los casos de violencia familiar.
- Enfoque Preventivo que proteja la salud familiar y el desarrollo integral de niños disminuyendo a largo plazo la violencia familiar de acuerdo a la norma.
- Detectar e intervenir tempranamente en los factores de riesgo psicosocial de familias con adultos mayores.
- Brindar acompañamiento a los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas o terminales, previniendo stress y depresión.

Actividades relacionadas a la atención a las personas:

- Realizar entrevista clínica, encaminada a determinar los problemas de salud
- Registrar la historia clínica orientada por problemas
- Utilizar la tecnología diagnóstica adecuada para la consulta del primer nivel de atención y en forma secuencial
- Atender problemas de salud prevalentes, poco diferenciados, con alto nivel de incertidumbre, necesidad de comprensión del contexto individual, familiar y comunitario, que con frecuencia requieren un adecuado control evolutivo

- Atender la demanda urgente, realizar las maniobras indispensables que deban realizarse inmediatamente, determinar el nivel de resolución y coordinar el traslado en forma adecuada si corresponde
- Realizar cuando corresponda las interconsultas y/o derivaciones a otras especialidades o disciplinas, en el marco del trabajo del equipo del primer nivel o en otros niveles de atención
- Atención al niño: Control del crecimiento y desarrollo, ejecución y vigilancia del plan de inmunizaciones, abordaje de los problemas de salud prevalentes, promoción de la educación sanitaria en particular sobre higiene, control de riesgos y prevención de accidentes
- Atención al adolescente: Control del proceso de maduración y crecimiento, educación sanitaria, prevención de conductas de riesgo
- Atención a la mujer: promoción de la condición social de la mujer desde una perspectiva de género, educación sexual y planificación familiar, captación y control del embarazo, preparación psicofísica para parto y puerperio, puericultura y estímulo de la lactancia materna, profilaxis del cáncer genital y de mama
- Atención al adulta/o y trabajadora/or: promoción de hábitos higiénicos, individuales, laborales y de vivienda; detectar grupos de riesgo y realizar controles periódicos; prevención y control de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo
- Atención al adulto mayor: valoración geriátrica integral
- Atención al paciente crónico inmovilizado
- Prestar cuidados paliativos en coordinación con servicios especializados
- Atención los problemas de salud mental más frecuentes de manejo en el primer nivel de atención
- Realizar actividades preventivas integradas en la atención clínica individual, de acuerdo con programas cuya eficiencia se haya fundamentado científicamente

Ejemplos de contenidos de Educación para la Salud:

- Alimentación adecuada a la edad
- Medidas higiénicas
- Salud buco dental
- Actividades físicas, ejercicio, higiene postural
- Adicciones (tabaco, alcohol, otras)
- Actividades de recreación en salud
- Descanso y sueño
- Fomento de autoestima, aceptación de imagen corporal
- Salud sexual y reproductiva
- Prevención del stress
- Prevención de accidentes domésticos, laborales y de tránsito
- Prevención de violencia doméstica

Actividades de Docencia e Investigación

- Diseñar, planificar y participar en programas de educación permanente orientadas a los integrantes del equipo de salud
- Planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje
- Ejercer funciones docentes en el ámbito de atención del equipo de salud a futuros profesionales de las distintas disciplinas
- Las actividades de investigación han de incidir básicamente en aspectos clínicos, epidemiológicos, de organización y de gestión de los servicios, así como de coordinación con otros niveles de atención.
- Promover estudios que permitan el desarrollo de modelos operativos y que evalúen la equidad, eficacia, calidad y cobertura obtenidas, así como la eficiencia en el uso de los recursos y el grado de participación social logrado.
- Diseño de estrategias basadas en medicina basada en la evidencia.

Pruebas Diagnosticas a Realizar en el ámbito del Equipo de Área:

- Pruebas de Laboratorio: Extracción de sangre y muestras biológicas
- Test rápidos en sangre y orina: gravidez, glicemia, examen de orina, Ag Stepto β Hemolítico Grupo A, INR u otros que se justifiquen.
- Electrocardiograma
- Pico Flujo Espiratorio
- Colpocitología oncológica
- Detección de latidos fetales con Doptone
- MAPA
- Radiografías simples
- Ecografía tiroidea, cardiaca, abdominal, ginecobstétrica, músculo esquelética

Pruebas de Laboratorio:

Hemograma, glicemia, azoemia, creatininemia, clearance de creatinina, uricemia, perfil lipídico, funcional y enzimograma hepático, proteinograma electroforético, ionograma, exámen de orina, VES, CPK, hemoglobina glicosilada, prueba de latex, proteína C reactiva, AELO, metabolismo del hierro, PTOG, Curva de Glicemia, insulinemia, inmunoelectroforesis, Dosificación de vitamina B 12 y ácido fólico, crisis sanguínea con INR, clasificación y grupo sanguíneo, perfil tiroideo, β HCG.

Sangre oculta en heces. Serología de VDRL, FTA, VIH, toxoplasmosis, marcadores virales para hepatitis, leptospirosis, brucelosis. Serología para Clamidia y Mycoplasma. Prueba de tuberculina. Monoslide, Paul Bunnell.

Urocultivo, cultivos de piel y mucosas, faringea, nasal, otica, vaginal, uretrales, expectoración, coprocultivo, coproparasitario, espátula adhesiva.

AFP, PSA, CEA.

Dosificaciones de drogas de abusos legales e ilegales, digoxinemia, difenilhidantoinemia, teofilinemia, litemia.

Dispositivos dipsticks o test rápidos:

El Sistema NPT (Near Patient Testing) se considera un sistema alternativo entre el laboratorio y la práctica del médico del primer nivel de atención. La extensión de NPT en el primer nivel ha sido posible por los avances tecnológicos, tal como la química sólida y la integración de micro procedimientos resultantes de equipamientos pequeños. Su uso se justifica si:

- El resultado del test clarifica el diagnóstico, la terapéutica y el pronóstico
- El resultado inmediato resulta de más utilidad que la espera del resultado del laboratorio en términos de decisiones
- El Valor Predictivo es suficientemente bueno
- Es costo efectivo comparado con el test del laboratorio
- Es seguro en los controles de calidad
- Es aceptado por los pacientes
- Los practicantes tienen suficientes conocimientos clínicos para interpretar y usar el resultado en el diagnóstico

Existe la disponibilidad de NPT de acuerdo a la siguiente clasificación internacional:

A CLINICAL CHEMISTRY

- A1 General chemistry, desktop analysers
- A2 Urinalysis
- A3 Diabetes
- A4 Lipids
- A5 Cardiac screening
- A6 Screening for drugs of abuse and therapeutic drug monitoring
- A7 Fertility and pregnancy
- A8 Cancer screening
- A9 Allergy testing

B MICROBIOLOGY

- B1 Infectious diseases – HIV; hepatitis B; *H. pylori*; *Streptococcus A/B*; Chlamydia; Miscellaneous; ESR/C-reactive protein (CRP)
- B2 Urinalysis – multiple test strips

C HAEMATOLOGY

- C1 General haematology – haemoglobin
- C2 Coagulation

Pruebas Diagnósticas a Solicitar en el ámbito del Equipo de Área:

- Estudio esofagogastroduodeno,
- Colon por enema
- Endoscopias digestivas
- Espirometría
- Urografía intravenosa
- TAC
- Eco Doppler
- Ergometría
- Mamografía y ecografía mamaria
- Densitometría
- Audiograma

Procedimientos:

GENERALES:

- Inmunizaciones
- Toma de Presión Arterial
- Control de Temperatura
- Control de Peso, Talla, Perímetro Craneano, Perímetro abdominal y de altura uterina
- Aplicación de tratamientos por vía (im./iv)
- Extracción de sangre y de muestras biológicas
- Aplicación de test rápidos diagnósticos: gravidez, glicemia, examen de orina, Ag Stepto β Hemolítico Grupo A, INR u otros que se realicen.
- Control de latidos fetales con estetoscopio de Pinard y doptone
- Realización de colpocitología oncológica
- Realización de partos (si resulta necesario)
- Colocación de DIU
- Aplicación de sondas nasogástricas, vesicales y rectales
- Extracción de tapones de cera
- Curaciones
- Cuidados de ostomías
- Oxigenoterapia
- Inhaloterapia
- Otoscopia
- Laringoscopia indirecta
- Fondo de Ojo
- Extracción de cuerpo extraño
- Lavados oculares
- Control de agudeza visual y auditiva

TÉCNICAS DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA MENOR:

- Vendajes e inmovilizaciones
- Taponamientos
- Infiltraciones
- Drenaje de Abscesos
- Aplicación de suturas
- Extirpación de lesiones dermatológicas

TRATAMIENTOS FISIOTERAPÉUTICOS Y REHABILITADORES BÁSICOS:

- Escuela de espalda
- Fisioterapia respiratoria
- Termoterapia
- Electroterapia

TRATAMIENTOS BUCODENTALES:

- Control de placa bacteriana
- Sellado de fisuras
- Realización de tratamiento de caries - Obturaciones
- Extracción de piezas dentales
- Realización de detartraje
- Tareas de prevención y promoción en toda la población, cumpliendo con la aplicación del programa nacional de salud bucal

RECURSOS FÍSICOS

Local adecuado a las funciones:

Las funciones surgen de la consideración de los objetivos y de los servicios que se describen.

El Equipo de Área estará **ubicado estratégicamente en el lugar con mejor accesibilidad e infraestructura.**

El local se considera adecuado a las funciones si dispone de:

- 3 consultorios médicos.
- 1 odontológico
- 1 enfermería limpia y sucia.
- 1 sala de espera.
- Lugar de depósito (y depósito para material contaminado)
- Baños para público y personal.
- Sala de Reuniones (equipo, grupos de autoayuda, actividades educativas)
- Polifuncional (cocina, descanso, etc.).
- 1 espacio donde funcione administración y en anexo un espacio para la coordinación: teléfono, fax, PC con conexión a internet.

Para el funcionamiento del Equipo de Cabecera se requiere:

- 2 consultorios médicos
- 1 odontológico
- 1 enfermería limpia y sucia.
- 1 sala de espera
- Lugar de depósito
- Baños para público y personal
- Sala de Reuniones (equipo, grupos de autoayuda, actividades educativas) - Opcional a la existencia de otras salas a nivel comunitario
- Polifuncional (cocina, descanso, etc.).
- 1 espacio donde funcione administración y en anexo un espacio para la coordinación: teléfono, fax, PC con conexión a internet.

Valorar **locomoción** para: desplazamiento de las distintas disciplinas en el proceso de atención o en actividades de gestión, muestras de laboratorio, materiales, fármacos, etc.

Valorar **traslado de pacientes** por razones de diagnóstico o tratamiento si se justifica (fundamentalmente en zonas rurales). Contar con cobertura de servicio de emergencia médico móvil en situaciones de urgencia y emergencia.

Valorar estado de las **vías públicas**: calles, carreteras, rutas en cuanto a estado de las mismas y a la iluminación. En ciudades, pueblos o poblados: estado de las veredas.

Características del Edificio:

Serán adaptados a los expuestos en los indicadores de necesidades básicas relativos a vivienda:

- Estado del Edificio: Materiales de construcción de pisos, techos, paredes, aberturas. Aislamiento térmico y adecuada privacidad de los consultorios. Superficies interiores regulares y lisas, fácilmente lavables.
- Mantenimiento: Valorar mantenimiento en sí mismo y cuidado de la comunidad como perteneciente a la misma.
- Limpieza y eliminación de residuos: cumpliendo normas de bioseguridad.
- Seguridad: Cuidado del edificio, del equipamiento y de los fármacos disponiendo de protección adecuada.
- Abastecimiento de agua: De la red de OSE. En zonas rurales valorar otras alternativas controlando periódicamente potabilidad del agua.
- Eliminación de excretas: Garantizar pozos sépticos herméticos adecuados que se desagiten periódicamente ante la inexistencia de saneamiento.

Equipamiento:

Recursos materiales necesarios para el cumplimiento de las actividades descriptas.

Camillas comunes, camillas con pierneras, escritorios, sillas, asientos para sala de espera, armario, archivero, estanterías, vitrinas de medicamentos y curaciones, teléfono-fax, calefactor, ventilador, heladera, recipientes para residuos orgánicos e inorgánicos, lámparas.

Equipamiento informático apropiado y suficiente que permita el uso adecuado tanto del personal técnico como administrativo (PC, conexión a internet, fax, etc.)

Recursos materiales:

- Balanzas para lactantes, niños mayores, y adultos;
- Tallómetro;
- Cinta para medir perímetro craneano;
- Tablas de OMS/OPS con parámetros de crecimiento y desarrollo de los niños sanos;
- Estetoscopio de Pinard;
- Cinta para medir la altura uterina;
- Gestograma;

- Doptone;
- Bandeja de Partos;
- Espéculos;
- Material para colpocitología oncológica;
- Aparato de mercurio de toma de presión arterial para niños, adultos y personas con circunferencia braquial mayor que el promedio;
- Estetoscopio;
- Cinta para medir perímetro abdominal,
- Termómetros,
- Oftalmoscopio;
- Otoscopio;
- Inhalocámara,
- Aparato de medición del pico flujo espiratorio;
- Nebulizador;
- Electrocardiógrafo;
- Martillo de reflejos;
- Diapasón;
- Linterna;
- Material de enfermería;
- Material de pequeña cirugía y curaciones;
- Material para extracción de sangre;
- Test rápidos de sangre y orina;
- Material y equipamiento odontológico (Equipo y sillón dental, Compresor de aire, Esterilizador, Turbina, Micromotor, Lampara de fotocurado, etc.)
- Bastones, muletas, andadores, silla de ruedas, barras paralelas;
- Tablas de registro de agudeza visual;
- Materiales de oficina y de registro de actividades
- Bandeja de Emergencia (*)

(*) Valorar la accesibilidad de servicio de emergencia móvil para determinar el equipamiento necesario para la reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.

Farmacia de Apoyo.

La promoción del uso racional de los medicamentos, la calidad y la accesibilidad social a los mismos, son objetivos de los sistemas de salud.

Con un sistema de información adecuado se puede gestionar una distribución equitativa de recursos, así como detectar malos cumplimientos terapéuticos y hábitos de prescripción no acordes con la evidencia científica.

Medicamentos de acuerdo al vademécum del MSP.

Disponibilidad de medicación básica y de urgencia.

HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Las variables a evaluar se refieren a la calidad científico-técnica, accesibilidad, satisfacción o aceptabilidad, efectividad y eficiencia. (60)

Deben considerarse tres aspectos: tiempo, instituciones y equipo de salud.

El universo a estudiar se referirá a la población del área de responsabilidad de un equipo de salud.

Los datos a utilizar para la evaluación pueden ser diferenciados en datos de estructura, proceso y resultados de preferencia deben usarse en forma simultánea para evaluar correctamente la calidad de atención.

Las fuentes de datos dependerán de los objetivos de la evaluación. Las fuentes de información más frecuentes son las siguientes:

- Las estadísticas de salud y de servicios.
- Las historias clínicas.
- La observación participante.
- Las encuestas de opinión.

Elementos de análisis: (25)

En cuanto a estructura:

- Local: adecuación a las funciones, características edilicias, mantenimiento edilicio, limpieza, seguridad, abastecimiento de agua, eliminación de excretas
- Equipamiento: surge de la descripción de servicios y procedimientos a realizar
- Recursos Humanos: dotación de personal permanente, valoración de continuidad del equipo de salud

En cuanto a proceso el análisis surge de las funciones y actividades realizadas, pudiendo abarcar:

- Conocimiento del área de responsabilidad del equipo de salud, y de las necesidades de la población
- Tasas de Consulta
- Registros de la Historia Clínica
- Tareas de Rehabilitación
- Cobertura Odontológica
- Salud ambiental
- Participación de la comunidad

En cuanto a resultados:

- Cobertura inmunizaciones
- Control de Problemas de Salud prevalentes
- Traslado pertinente de pacientes a otros niveles de atención
- Interconsultas con especialistas
- Satisfacción de los usuarios

RECOMENDACIONES

- Reconocer las experiencias nacionales de trabajo en el ámbito comunitario realizadas desde hace muchos años
- Utilizar el aporte teórico y práctico internacional
- Utilizar la evidencia científica en la promoción de salud
- Impulsar experiencias piloto en áreas concretas a evaluar a corto plazo en base a propuestas similares a la nuestra
- Fortalecer el funcionamiento de las redes asistenciales del Sistema Integrado de Salud
- Optimizar los mecanismos de referencia y contrarreferencia
- Asegurar los recursos necesarios, así como la posibilidad de la utilización de los mismos que permita mejorar la resolución de los problemas de salud
- Impulsar el trabajo de técnicos ya formados desde el punto de vista académico en un abordaje integral a la salud
- Implementar una propuesta de capacitación dirigida a todos los trabajadores de la salud, fomentando el desarrollo de la educación médica permanente
- Mejorar las condiciones laborales de los trabajadores de salud del primer nivel de atención, que permita el desarrollo de acciones de prevención y promoción de salud, facilitando una dedicación exclusiva
- Reconocer en la jornada laboral componentes intrínsecos del proceso de atención, como el trabajo en equipo, la coordinación, la educación médica continua.
- Desarrollar un sistema de evaluación de calidad de la atención a nivel nacional con indicadores acordes al cambio de modelo de atención
- Fortalecer desde el ámbito académico el desarrollo de una formación en el ámbito comunitario de trabajo interdisciplinario, con énfasis en la dimensión colectiva o social de los problemas de salud
- Desde lo institucional, posibilitar la creación de espacios reales de participación de la comunidad en todos los niveles de decisión
- Impulsar el desarrollo de un proceso de descentralización, que permita, a partir de la identificación de los problemas de salud, capacidad de intervención a nivel local con el control social correspondiente

La esperanza es paradójica. Tener esperanza significa estar listo en todo momento para lo que todavía no nace, pero sin llegar a desesperarse si el nacimiento no ocurre en el lapso de nuestra vida.

Erich Fromm

ANEXO: Equipos de salud en distintos países					
	Población del Área de Salud	Población del Equipo Básico/ Cabecera	Integración Equipo de Área	Integración Equipo Básico/Cabecera	Características
CUBA		700 personas/ 150-180 familias	Médico/a General Integral	Médico/a de familia	Policlínico Integral: referencia
			Pediatra	Enfermero/a	Equipo o grupo de trabajo: de apoyo
			Ginecobstetra		
			Psicopatólogo/a		
			Técnico/a Higiene/Epidemiólogo/a		
			Asistente Social		
			Odontólogo/a		
			Supervisor/a Enfermería	de	
ESPAÑA	5000 a 25000 personas	1médico/a/1500 personas	Salud Pública	Médicos/as (Medico comunitario, pediatra) y Licenciado/a. En enfermería	
			Odontólogo/a		
			Salud Mental	Trabajador/a Social	
			Laboratorio	Administrativo/a o polivalente	
			Obstetricia y Ginecología		
			Farmacia		
			Radiólogo/a		
			Veterinario/a		

ANEXO: Equipos de salud en distintos países					
	Población del Área de Salud	Población del Equipo Básico/ Cabecera	Integración Equipo de Área	Integración Equipo Básico/Cabecera	Características
COSTA RICA	10000 personas	4000 – 4500 personas	Médico/a familia y comunitario	Médico/a General	Cada área 2 o más EBAIS (Equipo básico atención integral a la salud)
			Odontólogo/a	Auxiliar Enfermería	
			Administrativo/a	Técnico/a en APS	
			Farmacéutico/a		
			Microbiólogo/a		
			Trabajador Social		
			Nutricionista		
			Enfermero/a		
GRAN BRETAÑA	10000 personas	1 médico/a /2500 personas	Consejeros/as	Médico/a General - General Practitioner - GP)	Equipo de 12 personas:
			Parteras	Nurse	4 Médico/a General (GP)
			Enfermeras/os Psiquiatras	Nurse comunitaria	4 Trabajadores/as sociales
			Fisioterapeutas	Visitadores/as de salud	4 Administrativos/as
			Extraccionistas (sangre)	Administrativos/as	
			Psicólogos clínicos		
			Terapistas ocupacionales		
			Nutricionistas		

ANEXO: Equipos de salud en distintos países					
	Población del Área de Salud	Población del Equipo Básico/ Cabecera	Integración Equipo de Área	Integración Equipo Básico/Cabecera	Características
GRAN BRETAÑA			Farmacia		
CANADA			Médico/a General - General Practitioner - GP)		
			Nurse de cuidados primarios		
			Nurse de cuidados domiciliarios		
			Nutricionista		
			Nurse de salud mental		
SUECIA		1 médico/a /2000 personas	Médico/a General (General Practitioner - GP)		
			Enfermeras/os		
			Parteras		
			A veces especialistas		
BRASIL		4000 personas	Psicólogos/as	1 Médico/a	El equipo de apoyo cada
			Asistentes Sociales	1 Enfermero/a	5 o 6 equipos (20000 habitantes).
				1 Auxiliar de enfermería	El equipo odontológico es
				6 Agentes comunitarios	independiente del básico
				Odontólogo/a(otro equipo)	
				Técnico/a Odontológico	

ANEXO: Equipos de salud en distintos países					
	Población del Área de Salud	Población del Equipo Básico/ Cabecera	Integración Equipo de Área	Integración Equipo Básico/Cabecera	Características
REPUBLICA DOMINICANA					
		2500-3500 personas/		Médico/a General	
		500-750 familias		Auxiliar Enfermería	
				Técnico/a en salud familiar	
				1-2 Promotores/as de salud	
PANAMA					
		5000 personas/		Médico/a General	
		1000 familias		Enfermera/o	
				Auxiliar de enfermería	
				Técnico/a de salud	
				Promotor/a de salud	
PAISES BAJOS					
		1médico/a/2350 personas		Médico/a de familia	
				Enfermera/o de comunidad (independiente)	
				Partera (independiente)	
				Fisioterapeuta (independiente)	

BIBLIOGRAFÍA

1. ALBERDI J.C., SAENZ NOEMI. SERVICIO DE PLANIFICACIÓN SANITARIA. BOLETIN DE ESTRATEGIA DE LA CONSEJERÍA PARA LA UTILIZACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA EN LA ADMINISTRACIÓN, PLANIFICACIÓN Y ANÁLISIS SANITARIO. ESPAÑA; 2001.
2. AMARO CANO MARÍA DEL CARMEN. GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN MEDICINA FAMILIAR. CUBA; 2005. REVISTA CUBANA MEDICINA GENERAL INTEGRAL 2003; VOL. 9.
3. ANÁLISIS DE LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD EN LA SUB-REGIÓN DE CENTRO AMÉRICA Y REP.DOMINICANA. JULIO 2002.
4. ANÁLISIS SOBRE LA SEGURIDAD SOCIAL EN COSTA RICA. WEB UGTS.USB.VE.
5. ANÁLISIS SOBRE REQUERIMIENTO DE NÚMERO DE PSIQUIATRAS. ATLAS OMS; 2001.
6. ASTORGA A., VAN DER BIJIL BART. MANUAL DE DIAGNOSTIVO PARTICIPATIVO. SEGUNDA EDICION. BUENOS AIRES; 1991. COLECCIÓN HVMANITAS-CEDEPO.
7. BAGNULO HOMERO, DIBARBOURE HUGO, LORENZO JORGE, HARETCHE ALVARO, PETRUCCELLI DANTE, SERRA JOAQUÍN. LOS PROBLEMAS ACTUALES DE NUESTRO SISTEMA DE SALUD. ANTE EL RIESGO DEL COLAPSO: RECONSTRUIR EL SISTEMA DE SALUD DESDE LA GENTE. MONTEVIDEO.
8. BARR DONALD A, THE EFFECTS OF ORGANIZATIONAL STRUCTURE ON PRIMARY CARE OUTCOMES UNDER MANAGED CARE. USA; MARCH 1995. ANNALS OF INTERNAL MEDICINE; VOL 122: PAGES 353 359.
9. BRITISH MEDICAL JOURNAL. REVIEW FOR EVIDENCE ON OPTIMAL SIZE OF PRIMARY CARE GROUPS AND TRUSTS. UK; 2000.
10. CANETTI ALICIA, DA LUZ SILVIA. ENSEÑANZA UNIVERSITARIA EN EL ÁMBITO COMUNITARIO. DESAFÍOS Y PROPUESTAS PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS EN EL ÁREA DE LA SALUD. MONTEVIDEO; 2003.
11. CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA. DEFINICIONES, CRITERIOS DE ACREDITACIÓN, INDICADORES DE COBERTURA Y NORMAS TÉCNICAS. 4ªEDICIÓN. MADRID; 2001. SERIE ATENCIÓN PRIMARIA. 2001. INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD. AREA DE ESTUDIOS DOCUMENTACIÓN Y COORDINACIÓN NORMATIVA.
12. CATTANEO ALICIA. LA INSERCIÓN DE LAS CIENCIAS SOCIALES EN LOS EQUIPO DE SALUD. ALCANCES Y LIMITACIONES DE UNA EXPERIENCIA EN CURSO. .ARGENTINA; 2006.
13. CEITLIN JULIO, GÓMEZ T. MEDICINA DE FAMILIA: LA CLAVE DE UN NUEVO MODELO. MADRID; 1997. RESUMEN DEL CAPÍTULO 1.
14. CENTRO DE DESARROLLO ESTRATÉGICO E INFORMACIÓN EN SALUD SEGURIDAD SOCIAL (CENDEISSS). PROYECTO FORTALECIMIENTO Y MODERNIZACIÓN DEL SECTOR SALUD. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. GESTIÓN CLÍNICA EN LOS CENTROS DEL INSALUD. INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD. MADRID; 2001.
15. CONSTITUCION DE EBAS. GERENCIA DE MODERNIZACION Y DESARROLLO COSTA RICA. WEB.CCSS.SA.CR.
16. CONVENCION MÉDICA NACIONAL VIII. DECLARACIÓN FINAL - SMU. MONTEVIDEO; AGOSTO 2004.
17. CONVENCION MÉDICA NACIONAL VIII. DOCUMENTO DE LA COMISIÓN DE SISTEMA DE SALUD- SMU. MONTEVIDEO; AGOSTO 2004.
18. CORTAZAR M., GANDOLFI A.. EL DESAFÍO DE LA INTERDISCIPLINA EN LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. AREA DE SALUD FACULTAD DE PSICOLOGIA. MONTEVIDEO; 2006 (en prensa).
19. CORTÉS JOSÉ ALFONSO. GESTIÓN CLÍNICA EN MEDICINA DE FAMILIA. ESPAÑA; ABRIL 2004.
20. CORTÉS JOSÉ ALFONSO. GESTIÓN DE LA DEMANDA. ESPAÑA; ABRIL 2004.
21. DASTRES M. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA. CHILE; ABRIL 2006. REVISTA ATINA CHILE.
22. DECLARACIÓN DE YAKARTA SOBRE LA PROMOCIÓN DE SALUD EN EL SIGLO XXI.
23. DESIRÉE MASI, CESAR CABRAL, CARLOS ROSALES. ANÁLISIS DE DOTACIÓN DE PERSONAL EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y

- BIENESTAR SOCIAL DEL PARAGUAY. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.OMS
24. DIBARBOURE HUGO, MACEDO JUAN CARLOS. INTRODUCCIÓN A LA MEDICINA FAMILIAR. MONTEVIDEO; 1998. UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA.
 25. DIBARBOURE HUGO. EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA. MONTEVIDEO; 1991. MSP.
 26. DIBARBOURE HUGO. LA SALUD EN ESTADO DE MAL: ANÁLISIS CRÍTICO-PROPOSITIVO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL URUGUAY. BUENOS AIRES; 2003. REVISTA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA DE LA UBA.
 27. DIBARBOURE HUGO. HAY UNA FALLA ESTRUCTURAL SISTÉMICA. MONTEVIDEO; ABRIL 2004. REVISTA NOTICIAS SMU; VOL N°121.
 28. DIBARBOURE HUGO. PROGRAMA DE SALUD EN SARANDÍ DE YÍ Y SU ZONA DE INFLUENCIA. MONTEVIDEO; JUNIO-DICIEMBRE 1990. FUNDACIÓN SAN ANTONIO DE PADUA.
 29. DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE CAJAMARCA. METODOLOGÍA PARA EL TRABAJO COMUNITARIO EN SALUD. PERÚ; 1997. DESARROLLO COMUNITARIO SERIE 2.
 30. DOCUMENTO DE SOLÍS. BASES PARA UNA PROPUESTA DE REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD. SOLIS; 13 AL 15 DE AGOSTO DE 1999. SMU.
 31. EJES FUNDAMENTALES DEL CAMBIO EN SALUD. PLAN DE EMERGENCIA EN SALUD. URUGUAY 2005. RED DE ATENCIÓN PRIMARIA MSP.
 32. ENCUENTRO SOLÍS III "PROF. DRA. MARÍA ROSA REMEDIO". FUNDAMENTOS, APORTES Y CONCLUSIONES. SOLIS; ABRIL 2006.
 33. ESCOBAR SANZ, JIMÉNEZ BARONE, MANGLANO CERRATO, VALIENTE SIGUERO. LA FISIOTERAPIA EN EL MARCO DE ATENCIÓN PRIMARIA.
 34. ESCUELA DE GRADUADOS. DESARROLLO PROFESIONAL MÉDICO CONTINUO. NUMERO 1. MONTEVIDEO; AGOSTO 2003. FACULTAD DE MEDICINA.
 35. ETCHEBARNE LILIANA. TEMAS DE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL. URUGUAY; 1999. CÁTEDRA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL. OFICINA DEL LIBRO AEM.
 36. FIGUEROA D. PARTICIPACION COMUNITARIA Y SALUD. MEXICO; 2002. REVISTA DE LA FACULTAD DE SALUD PUBLICA Y NUTRICION; VOL. 3 N 2.
 37. FUSTERO M^aVICTORIA, GARCÍA-MATA JUAN, JUNOD BERNARD, BÁRCENA MARIO. ¿FUNCIONA EL FLUJO DE INFORMACIÓN ENTRE LOS NIVELES PRIMARIO Y ESPECIALIZADO? ZARAGOZA; 2001. ANÁLISIS DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN UN ÁREA DE SALUD.
 38. GALPERÍN JORGE. INTRODUCCIÓN A LA MEDICINA FAMILIAR.
 39. GARCÍA MENGAS, VINIEGRA VELAZQUEZ, ARELLANO LOPEZ, GARCÍA MORENO. EVALUACIÓN DE LA APTITUD CLÍNICA EN MÉDICOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. MEXICO; 2005. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
 40. GAYLE STEPHENS G. EL MÉDICO DE FAMILIA.
 41. GLOSARIO DE TÉRMINOS COMUNES EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MERCOSUR. BUENOS AIRES; 2003. SALUD PÚBLICA; RESOLUCIÓN 243/2003; BOLETÍN OFICIAL.
 42. GONZALEZ M. PROMOCION Y PREVENCIÓN. MODELOS DE EDUCACION Y COMUNICACIÓN. METODOLOGIA EDUCATIVA. MONTEVIDEO; SETIEMBRE 2006. CURSO PARTICIPACION Y EMPODERAMIENTO. OPS.
 43. GONZALEZ M., SOSA A. EVALUACIÓN DE EMPODERAMIENTO Y DE PARTICIPACIÓN SOCIAL. MONTEVIDEO; SETIEMBRE 2006. CURSO PARTICIPACIÓN Y EMPODERAMIENTO. OPS.
 44. GONZALEZ PILAR. PROGRAMACIÓN PARTICIPATIVA EN SALUD COMUNITARIA. URUGUAY; 2005. CENTRO DE POSTGRADO DE FACULTAD DE ENFERMERÍA.
 45. HARO J., KEIJZER B. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD: EVALUACIÓN DE EXPERIENCIAS Y TAREAS PARA EL FUTURO. MEXICO; 1998. ORGANIZACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD. REVISTA REGION Y SOCIEDAD; VOL IX N 15.
 46. HOBBS, THORPE, DELANEY, EARL-SLATER, FITZMAURICE, JOWETT, WILSON, TOBIAS, HYDE. REVIEW A REVIEW OF NEAR PATIENT TESTING IN PRIMARY CARE. TECHNOLOGY ASSESSMENT NHS R&D HTA PROGRAMME. UK; 1997. HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT 1997; VOL. 1: NO. 5. MEDICAL SCHOOL, UNIVERSITY OF BIRMINGHAM, UK.
 47. I CUMBRE IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR, CONFEDERACIÓN IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR (CIMF). ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE

- LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD: APORTACIÓN DE LA MEDICINA FAMILIAR. SEVILLA; 2002.
48. INTEGRATING PREVENTION INTO HEALTH CARE. SHEET Nº172. REVISED OCTOBER 2002. OMS.
 49. IRIGOIN MARÍA, VARGAS FERNANDO. COMPETENCIA LABORAL. MANUAL DE CONCEPTOS, MÉTODOS Y APLICACIONES EN EL SECTOR SALUD. MONTEVIDEO; MAYO 2002. PROGRAMA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS OPS/OMS – OIT (CINTERFOR).
 50. J. KASPERSKI, RN, KATE POWER, SUSAN D. VANDERBENT, BA. SOCIAL WORK, PRIMARY CARE AND FAMILY HEALTH TEAMS IN ONTARIO: DELIVERING COMPREHENSIVE, FAMILY-CENTERED CARE. ONTARIO CANADÁ; 2004.
 51. KREIMAN MIRIAM. HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA NUEVA LEGITIMIDAD. ARTICULO SOBRE EL SEMINARIO DE TRABAJADORES SOCIALES DE APS DE LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE ROSARIO. ROSARIO; 1997.
 52. LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID: REFLEXIONES Y PROPUESTAS DE FUTURO. DOCUMENTO DE CONSENSO. MADRID; OCTUBRE-DICIEMBRE 2001. REVISTA DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA; VOL. V, NÚMERO 20.
 53. LEBRÓN DE AVILÉS CARMEN. EL EQUIPO DE SALUD PRINCIPIOS BÁSICOS. PUERTO RICO; 2002. ESCUELA DE GRADUADOS DE SALUD PÚBLICA. WEB.RCM.UPR.EDU.
 54. LOPEZ SERRATO D. MANUEL. NUEVO MODELO ORGANIZATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA. PROPUESTA DE ACTUALIZACIÓN DE LA ESTRUCTURA TERRITORIAL Y DIRECTIVA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA. ANDALUCÍA; 2001. ASOCIACIÓN ANDALUZA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA.
 55. LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA PROPUESTAS DE MEJORA. DOCUMENTO DE CONSENSO. MADRID; 2001. INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD SUBDIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA.
 56. MAGNÍFICO GLORIA, NOCETI CRISTINA, RODRÍGUEZ NORMA. PLANIFICACIÓN DE RED ASISTENCIAL DE ASSE MSP. MONTEVIDEO; ABRIL 2002. MSP.
 57. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA DE PRIMER NIVEL. MEXICO; NOVIEMBRE 2004. GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO, SECRETARIA DE SALUD.
 58. MC WHINNEY IAN. INTRODUCCIÓN A LA MEDICINA FAMILIAR. VENEZUELA; 1987. FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA MEDICINA FAMILIAR EN VENEZUELA. CONSEJO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO. CONSEJO DE PUBLICACIONES. UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. MÉRIDA.
 59. MEJÍA VANEGAS A., PABÓN RODRÍGUEZ A. EDUCACIÓN CONTINUA. UN SISTEMA PARA EL PERSONAL DE SALUD. BOGOTÁ COLOMBIA; 1990. ASCOFAME-COLOMBIA CAMARGO EDIT.
 60. MORENO ELSA. EL DESAFÍO DE LA GESTIÓN DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. ARGENTINA; 2001. UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN.
 61. MORENO, ELSA. SERVICIOS DE SALUD PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES. LOS DESAFÍOS DE ACCESO Y CALIDAD. ENCUENTRO INTERNACIONAL SOBRE SALUD ADOLESCENTE. CARTAGENA DE INDIAS, COLOMBIA; MAYO DE 1995. OIT CINTERFOR
 62. NECESIDADES DE MÉDICOS DE FAMILIA Y PEDIATRAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID. LOS DATOS DEL CENSO DE 2001 POR ZONA BÁSICA (CAM), RETRIBUCIONES POR GRUPOS DE EDAD Y DISPERSIÓN GEOGRÁFICA (IMSALUD) Y PLANTILLAS ORGÁNICAS A SEPTIEMBRE DE 2003.
 63. NELLY SALGADO DE SNYDER, MA DE JESÚS DÍAZ PÉREZ, TONATIUH GONZÁLEZ-VÁZQUEZ. MODELO DE INTEGRACIÓN DE RECURSOS.
 64. NETTO CLARA, RIVOIR ANA LAURA. REDES SOCIALES. PUBLICACIÓN DE LA IMM. MONTEVIDEO. URBAL. RED 5.
 65. OMS. INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO. AÑO 2000.
 66. OMS-WONCA. HACER QUE LA PRÁCTICA MÉDICA Y LA EDUCACIÓN MÉDICA SEAN MÁS ADECUADAS A LAS NECESIDADES DE LA GENTE: LA CONTRIBUCIÓN DEL MÉDICO DE FAMILIA. CONFERENCIA CONJUNTA. LONDON, ONTARIO; 1994.
 67. OPS/OMS. PLANIFICACIÓN LOCAL PARTICIPATIVA. WASHINGTON; 1999. OPS.
 68. ORIENTACIONES PARA LA PROGRAMACIÓN EN RED. DIVISIÓN DE GESTIÓN DE RED ASISTENCIAL. CHILE; 2006. WEB GOBIERNO DE CHILE.
 69. OSUGA B. ¿QUIÉN ESPERA QUÉ EN LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA? UGANDA; SETIEMBRE 2006.

70. PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN RURAL DE MÉXICO. MEXICO; 2003. SALUD PÚBLICA Nº 45.
71. PINEAULT R., DAVELUY C. LA PLANIFICACION SANITARIA. SEGUNDA EDICION BARCELONA: MASSON; 1995.
72. PONZO JACQUELINE. ALGUNOS APUNTES OPERATIVOS HACIA EL CAMBIO DE MODELO. MONTEVIDEO; ABRIL 2004. REVISTA NOTICIAS SMU VOL Nº121.
73. PRIMARY CARE SYSTEMS IN OTHER COUNTRIES .DEPARTMENT OF HEALTH AND CHILDREN .IRELAND .WEB DOHC.IE.
74. PROCESO DE INTERVENCIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DESDE UN CENTRO DE SALUD? DE LA REFLEXIÓN A LAS PRIMERAS INTERVENCIONES. ESPAÑA; 2000.
75. PROMOCION, PREVENCIÓN Y EDUCACION PARA LA SALUD. CURSO ESPECIAL DE POSGRADO EN ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PARA MÉDICOS GENERALES. MODULO DOS. SAN JOSE DE COSTA RICA; 2003. EDITORIAL NACIONAL DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (EDNASSS).
76. READECUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN. GERENCIA DE MODERNIZACIÓN Y DESARROLLO COSTA RICA. WEB.CCSS.SA.CR.
77. RE-ESTRUCTURA DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA EN COMUNIDAD. COMISIÓN AD HOC FACULTAD DE MEDICINA. MONTEVIDEO, ABRIL 2004.
78. REGIONALIZACIÓN SANITARIA DEL DEPARTAMENTO DE MONTEVIDEO. RED DE ATENCIÓN EN EL PRIMER NIVEL. MONTEVIDEO; 2005. MSP.
79. RENOVACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LAS AMÉRICAS. DOCUMENTO OFICIAL ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/OMS 2005.
80. ROVERE MARIO. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD. WASHINGTON; 1993. OPS.
81. SANT ANA, MARIA ANA. PROPÓSITO DA MEDICINA DE FAMÍLIA. BRASIL. PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA.
82. SANTOS RUBEN OSCAR, MEDICO GENERALISTA. DIRECTOR DE 2DO. NIVEL DE ATENCIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE USHUAIA. DESCRIPCION DE PASANTIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN CUBA. ARGENTINA ABRIL; 2001.
83. SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN COSTA RICA. GENERALIDADES. COSTA RICA; 2004. CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL. UNIVERSIDAD DE COSTA RICA.
84. SIZE AND PERFORMANCE OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS. UK LITERATURE REVIEW; 1991 2000. WEB.BMJLEARNING.COM.
85. SIZE AND PERFORMANCE OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS. USA LITERATURE REVIEW; 1990 2000. WEB.BMJLEARNING.COM.
86. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA. EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA. RETO O NECESIDAD. WEB SEMFYC 2005.
87. STARFIELD BARBARA. ATENCIÓN PRIMARIA. ESPAÑA: MASSON, 2001.
88. STARFIELD BARBARA, SHI LEIYU AND MACINKO JAMES. CONTRIBUTION OF PRIMARY CARE TO HEALTH SYSTEMS AND HEALTH. USA; 2005. JOHNS HOPKINS UNIVERSITY; NY UNIVERSITY.
89. TAYLOR ROBERT. FAMILY MEDICINE. PRINCIPLES AND PRACTICE. BARCELONA: SPRINGER, 1999.
90. VAGHAN PATHRICK, MORROW RICHARD. SALUD COMUNITARIA. MEXICO: PAX, 1997.
91. VILLAR HUGO. LA SALUD, UNA POLÍTICA DE ESTADO. HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD. MARCO CONCEPTUAL, EL CONTEXTO, SITUACIÓN ACTUAL Y PROPUESTAS DE CAMBIO. MONTEVIDEO; MARZO 2003.
92. VILLAR HUGO, FERREIRA CIRO. DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD. URUGUAY; 2005. SMU.
93. VILLAR HUGO. ORGANIZACIÓN DE LA MEDICINA ZONAL. MONTEVIDEO; NOVIEMBRE 1994. REVISTA INTERCAMBIO (ORGANO OFICIAL DEL CASMU).
94. WONCA-CIMF. SITUACIÓN DE LA MEDICINA INTEGRAL/FAMILIAR EN EL PERÚ. PERÚ; 2005. SOCIEDAD PERUANA DE MEDICINA INTEGRAL Y GESTIÓN EN SALUD.
95. ZURRO MARTÍN Y CANO PÉREZ J.F. ATENCIÓN PRIMARIA. MADRID: HARCOURT BRACE, 1988.