

**MONOGRAFIA.**

**MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD.  
Aporte desde la práctica de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria.**

**POLICLÍNICA DE SAN ANTONIO – CANELONES.  
Abril 1999 – abril 2002.**

Dra. Diana Doménech.  
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria

**Tutor: Prof. Ag. Dra. Alicia Sosa.**

Facultad de Medicina – UDELAR.

Montevideo, diciembre de 2007.

## ÍNDICE.

	PÁGINAS.
PRESENTACIÓN	3
JUSTIFICACIÓN	4
MARCO TEÓRICO	5
INTRODUCCIÓN	10
MATRIZ PROGRAMÁTICA	16
PROPÓSITO	17
OBJETIVOS:	
OBJETIVO GENERAL:	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	17
ACTIVIDADES	18
RESULTADOS Y ANÁLISIS	24
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	28
CRONOGRAMA	30
BIBLIOGRAFÍA.	31
ANEXO	32

## PRESENTACIÓN.

La Salud es un derecho y un bien público que se construye, se vive y se disfruta en el marco de la vida cotidiana.

El proceso Salud – enfermedad de los individuos, familias y comunidades es objeto – sujeto del trabajo de Equipos de Salud, cuyo cometido principal es contribuir a mejorar la calidad de vida de las poblaciones a cargo en conjunto con ellos.

Las modalidades mediante las cuales los paradigmas del proceso de salud – enfermedad se implementan a través de prácticas sociales de atención a la Salud, constituyen los Modelos de atención a la Salud.

Hablamos de un MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD como un sistema organizado de prácticas realizado por el equipo de Salud, basado en el enfoque bio psico social del individuo, dirigido a población sana y enferma y que incorpora con especial énfasis la dimensión preventivo – promocional en la atención a la Salud y la participación de la comunidad en su conquista.

La MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA es la especialidad por excelencia que integra los equipos de trabajo del primer nivel de atención de un Sistema de Salud. Se la define como *“la especialidad médica que brinda cuidados integrales de salud al individuo, la familia y la comunidad”*.<sup>1</sup> Es una disciplina clínica cuyo campo de acción es el primer nivel de atención y la comunidad exclusivamente.

La Medicina Familiar y Comunitaria surge en el Uruguay en el año 1997 en el marco del programa de Residencias Médicas del Ministerio de Salud Pública (MSP). Posteriormente la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina crea el Postgrado en el año 2001.

El Programa de Residencia de la especialidad en sus inicios, preveía el desarrollo de actividades de formación en dos ámbitos básicamente:

a) el ámbito hospitalario, con rotaciones por servicios docentes y de Emergencia de los Departamentos de Pediatría, Ginecoobstetricia, Medicina interna y otras especialidades (Otorrinolaringología, Oftalmología, Dermatología, Endocrinología).

b) el primer nivel de atención y la comunidad en el marco de la actividad desarrollada por el TUTOR, figura definida como *“facilitador”* .....del proceso de aprendizaje del postgrado/residente actuando como acompañante, modelo de identificación (modelo del rol), apoyo y guía durante su formación curricular, dentro del marco de las exigencias curriculares que su adiestramiento requiere”<sup>2</sup>.

El presente trabajo describe las actividades realizadas por los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en San Antonio – Canelones (comunidad de trabajo del tutor), durante el período 1999 – 2001, basadas en los principios de un Modelo de Atención Integral a la Salud.

Pretende reflexionar sobre los cambios que son posibles introducir en la atención a la Salud de una comunidad, a partir de la praxis de una disciplina integral.

Se inicia la monografía con la justificación de la misma, seguida del marco conceptual que respalda su contenido. Posteriormente se definen el propósito y los objetivos y se detallan las actividades realizadas en todos sus términos (material y métodos, recursos, análisis y resultados). El trabajo finaliza con reflexiones y conclusiones, anexando materiales y bibliografía utilizada.

---

<sup>1</sup> Organización mundial de Médicos de Familia (WONCA)

<sup>2</sup> Facultad de Medicina. Escuela de Graduados. Programa de Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.

## JUSTIFICACIÓN.

El modelo de atención a la Salud de nuestro Sistema Sanitario actual está basado en cuatro principios:

- 1- la enfermedad
- 2- el individuo paciente
- 3- el profesional actuando de forma individual
- 4- la atención especializada

La Policlínica de San Antonio del MSP no constituye una excepción en su modelo de atención, y representa el servicio de Salud con mayor cobertura sanitaria: el 44% de la población de San Antonio se asiste en ella.

La actual reorientación del Sistema Sanitario Nacional camina en dirección de considerar la Salud como el objetivo esencial del sistema, al individuo como integrante de una comunidad concreta (que actúa como factor determinante del proceso salud – enfermedad), y al abordaje integral y en equipo de los problemas de salud como la estrategia más adecuada.

Si bien estos cambios implican importantes avances en el sentido de lograr una atención a la salud integral y participativa, existe un aspecto que debe indefectiblemente ser considerado:

la formación y el perfil de los recursos humanos que trabajan en el primer nivel de atención y en la comunidad requiere de un cuerpo de conocimientos, actitudes y habilidades específicas los habilite con excelencia al desempeño profesional en este ámbito.

En este sentido la Medicina Familiar y Comunitaria se posiciona en un lugar de privilegio para contribuir al cambio en el modelo de atención a la Salud. El Residente durante su formación debe trabajar desde los principios que impregnan su práctica, definidos clásicamente por Ian McWhinney:

- 1- el compromiso con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial.
- 2- la comprensión del contexto de la enfermedad: tiene en cuenta la compleja interacción de factores genéticos, personales, demográficos, ambientales y socioculturales a la hora de resolver los problemas de salud.
- 3- la oportunidad para la prevención y la educación para la salud en cada encuentro con el paciente – familia.
- 4- El énfasis en el enfoque de riesgo.
- 5- El trabajo en red: se ve así mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud.
- 6- La accesibilidad geográfica, administrativa y financiera en la atención a la población
- 7- La accesibilidad cultural: compatibilidad de juicios, valores y actitudes con los de sus pacientes.
- 8- Manejo eficiente y racional de los recursos

Dado de que se trata de una especialidad que por definición está vinculada a las necesidades de la población que atiende, no existe un solo tipo de Médico de Familia y Comunitario sino tantos perfiles como comunidades con características particulares. En este sentido, en nuestro país, la Asociación de Residentes y Postgrados de Medicina Familiar y Comunitario ha definido el perfil de esta especialidad con un fuerte énfasis en los ejes de la Salud Comunitaria: la participación comunitaria, el empoderamiento, el trabajo en equipo, la interdisciplina, la intersectorialidad y la Promoción de la Salud.

Estos componentes generales y locales del perfil de la Medicina Familiar y Comunitaria son claves en la implementación de un nuevo Modelo de atención. Esta monografía describe las praxis de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en la comunidad de San Antonio y pretende reflexionar sobre estas afirmaciones.

## MARCO TEÓRICO.

El hombre, un ser en constante evolución, ha formado parte de distintas culturas y civilizaciones en contextos socioeconómicos característicos de cada momento histórico.

El CONCEPTO DE SALUD ligado fuertemente a los momentos socio culturales – económicos e históricos de las poblaciones, ha acompañado estas variaciones a lo largo del tiempo.

El Dr. Hugo Villar y el Dr. Roberto Capote han definido el siguiente concepto de Salud bien ajustado a nuestra realidad contemporánea: *“ la salud es una categoría biológica y social, que se encuentra en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interacción del individuo con su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, que permite al individuo el cumplimiento de su rol social, que está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico de la sociedad; es un derecho humano fundamental y constituye un inestimable bien social”*. La salud no es un estado abstracto; es la capacidad de los individuos y las comunidades de interactuar con el medio, de adaptarse a él y de poder transformarlo de forma positiva. No es un objetivo a alcanzar, ES UN RECURSO DE LA VIDA COTIDIANA.

En setiembre de 1978, aproximadamente 140 países reunidos en la ciudad de Alma Ata, se plantean la necesidad de generar una estrategia que le permita a las poblaciones y a sus Sistemas Sanitarios alcanzar la meta fijada por la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “Salud para todos en el años 2000”.

Surge entonces la ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS), definida como *“.....la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”*. NO es un nivel de atención, NO es un programa específico de atención a de la Salud de grupos vulnerables, NO es Medicina pobre para pobres; es una estrategia global y fermental que ha de impregnar y orientar las políticas de los Sistemas Sanitarios, contribuyendo al desarrollo social y económico global de las poblaciones. Primaria, no por básica o elemental, sino por PRINCIPAL O PRIMORDIAL (“Primary Health Care” = “Cuidados Primordiales de la Salud”).

*“El Sistema de Salud es el instrumento idóneo para llevar a cabo una profunda transformación en el situación de Salud en nuestro país.”* (Hugo Villar. Marzo 2003).

La 53ª Asamblea de la OMS celebrada el 10 de abril de 2000 define SISTEMA DE SALUD como “el conjunto de todas las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la actividad sanitaria”.

Por actividad sanitaria se entiende todo esfuerzo desplegado en el ámbito de los servicios de salud personales o de los servicios de salud pública, o bien en el desempeño de una actividad intersectorial, con el propósito principal de mejorar la salud humana.

Un MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD es “una construcción teórica que oficia como un sistema organizado de prácticas en el sector salud, capaz de ser replicado y que cuenta con diferentes grados de consenso social para su implementación. O sea que valida o invalida otras prácticas.

Implícitamente en los modelos de atención coexisten concepciones sobre la persona humana y sus derechos, sobre la ética profesional, sobre la participación de los sujetos, sobre modelos explicativos de los procesos Salud – enfermedad – atención, de cura, estilos de vida, decisiones sobre el cuerpo de las personas y los colectivos”.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> UDELAR. Área Salud. Modelos de atención en Salud. Cursos niveles de atención. Montevideo. 2007

Desde esta perspectiva, un MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD distingue e incorpora las siguientes concepciones:

- La atención longitudinal
- La integración de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la salud.
- La atención continua
- La atención integrada.
- El trabajo en equipo interdisciplinario
- El enfoque familiar y social
- La Participación comunitaria
- El énfasis en la Promoción de Salud

LA ATENCIÓN LONGITUDINAL DE LA PERSONA, se refiere al acompañamiento del profesional del proceso Salud enfermedad, desde que la persona nace hasta que muere, independientemente de que presente una patología. Por ende trasciende la asistencia a la patología concreta en un determinado momento de su vida (atención vertical).

EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL, que surge como alternativa al insuficiente modelo biomédico, considera los aspectos psicológicos y sociales de la persona como determinantes claves a la hora de valorar el proceso Salud – enfermedad de una persona.

LA ATENCIÓN CONTINUA, implica la responsabilidad del profesional actuante de garantizar el seguimiento del estado de Salud de la persona por los distintos servicios que conforman el Sistema Sanitario, así como la Red Sanitaria. O sea que implica un conocimiento apropiado del profesional de los mecanismos de referencia – contrarreferencia, y de las Instituciones que conforman la red con la que cuenta la comunidad referenciada.

LA ATENCIÓN INTEGRADA hace referencia a la necesaria interrelación de los aspectos asistenciales con los preventivos – promocionales en la actividad profesional cotidiana. En términos generales, el modelo de atención Integral a la Salud incorpora con énfasis los aspectos antes mencionados a la actividad asistencial tradicional.

La Prevención de enfermedades es un conjunto de medidas destinadas a evitar la aparición de la enfermedad, a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Son acciones que normalmente emanan del *sector sanitario*, y que consideran a los individuos y las poblaciones como expuestos a *factores de riesgo* identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes *comportamientos de riesgo*. Incluye la estrategia de enfoque de riesgo ya que apunta a trabajar con poblaciones de riesgo

Distinguimos 3 niveles de Prevención que se corresponden con las etapas de la Historia Natural de la Enfermedad (HNE):

- la PREVENCIÓN PRIMARIA
- la PREVENCIÓN SECUNDARIA
- la PREVENCIÓN TERCIAARIA

En las etapas que se suceden en cualquier proceso patológico desde su inicio hasta su resolución sin que intervenga la mano del hombre (HNE), se distinguen 2 períodos:

- Período Prepatogénico: corresponde a la etapa en que las personas están sanas, o sea existe un equilibrio HUESPED (herencia, inmunidad, etnia, sexo, edad, hábitos, etc) – AGENTE (físico, químico, biológico, social, etc) – AMBIENTE (socioeconómico, cultural, etc). La persona está expuesta a factores de riesgo, pero no ha enfermado.
- Período Patogénico: corresponde a la etapa en que las personas enferman o sea el equilibrio se rompe. A su vez este período se divide en 2 fases:
  1. ETAPA SUBCLINICA: existen cambios celulares y bioquímicos en el huésped, pero las personas están asintomáticas.
  2. ETAPA CLÍNICA: se inician las manifestaciones clínicas de la enfermedad, evolucionando espontáneamente a las complicaciones, secuelas y muerte.

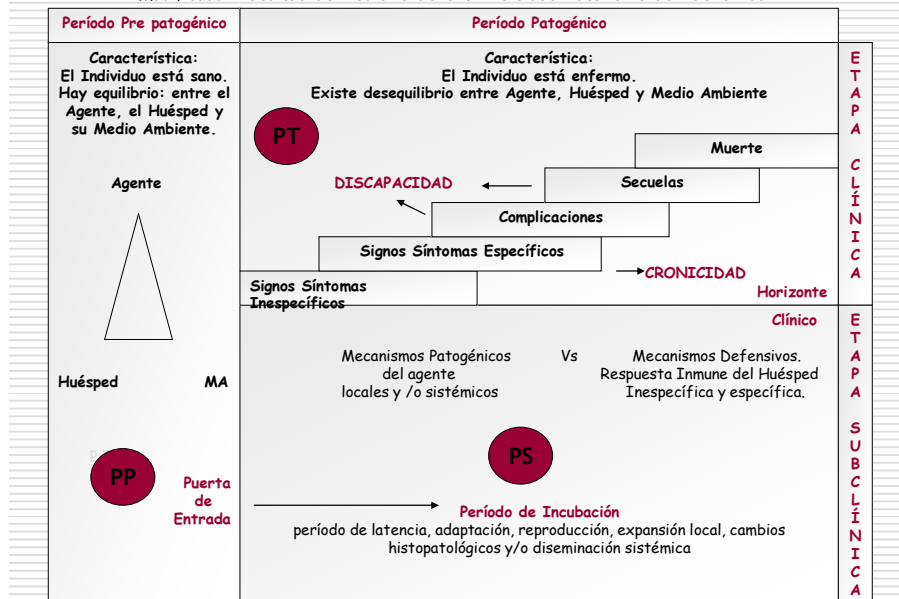
La PREVENCIÓN PRIMARIA (PP) se define como el conjunto de actividades que se aplican en el manejo del proceso salud - enfermedad antes que el individuo se enferme, o sea en el período Pre patogénico de la HNE. Su objetivo es limitar la incidencia de la enfermedad mediante el control de sus causas y de los factores de riesgo. Comprende la Inmunoprofilaxis, la Quimioprofilaxis y las actividades de Educación para la salud dirigida a controlar los factores de riesgo o comportamientos de riesgo.

La PREVENCIÓN SECUNDARIA (PS) comprende aquel conjunto de acciones destinadas a la detección precoz de la enfermedad antes que la misma de síntomas, o sea que se aplican en la etapa Subclínica del período Pre patogénico de la HNE. Su propósito es reducir la prevalencia de la enfermedad. Incluye las actividades de cribado o screening.

La PREVENCIÓN TERCIARIA (PT) se define como el conjunto de acciones de rehabilitación y de reinserción social, destinadas a favorecer la recuperación de las capacidades de los individuos enfermos, o sea que se aplican en la etapa Clínica del período Patogénico de la HNE. Su objetivo es reducir el progreso o las complicaciones de una enfermedad ya establecida. Incluye el tratamiento oportuno, medidas de rehabilitación y de reinserción social.

## LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Modificado - Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León.



EL TRABAJO EN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO implica una acción coordinada entre diversas personas, con un alto grado de compromiso hacia la realización de un propósito común, pero desde una forma particular de encuentro entre disciplinas. Interdisciplina viene del latín *inter* que significa “entre, en medio, entre varios”. Es un concepto que se refiere a la capacidad de poder trascender la mirada de cada disciplina generando un nuevo conocimiento. Cada disciplina pone a disposición de las otras sus esquemas conceptuales, prestándolos al interjuego de asimilación y reformulación de los mismos, resultando por consiguiente un nuevo esquema.

La Multidisciplina se refiere a otra forma de encuentro entre disciplinas (*multi* del latín significa “muchos”); pero es un encuentro donde cada una de ellas participa con su cuerpo teórico y metodológico específico sin modificarlo. No existe un verdadero intercambio, pues cada disciplina aporta individualmente una respuesta.

El trabajo en interdisciplina implica un verdadero desafío para los profesionales de la Salud, pero es una forma de vincularnos que debemos de aprender, practicar, corregir y disfrutar con miras a poder contribuir a responder de forma Integral a los problemas de Salud de nuestros pacientes y sus familias.

EL ENFOQUE FAMILIAR Y SOCIAL exige una nueva mirada de “zoom imaginario” que le permite al profesional acercarse a un problema individual concreto, alejarse para poder ver el funcionamiento familiar ante ese problema individual, y finalmente distanciarse aún más para entender y conocer las respuestas de la comunidad frente a esa situación; o a la inversa cuando partimos de la familia o la comunidad como “problema” y nos acercamos al individuo. Se trata de considerar a la familia y a la comunidad como determinantes del proceso – salud enfermedad, o sea como recursos claves a considerar en la práctica cotidiana.

LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: del latín “*participare*” significa tomar parte. El diccionario de la Real Academia Española define la participación como “la acción de tomar parte en algún asunto en el que se tiene parte”. “*La participación comunitaria es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto su salud y bienestar propios, y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y al comunitario*”.<sup>4</sup> Rifkin et. al (1988) definen la Participación Comunitaria como “un proceso social, donde grupos específicos con necesidades compartidas, que viven en un área geográfica definida, identifican activamente sus necesidades, toman decisiones y establecen mecanismos para solucionar esas necesidades”.<sup>5</sup>

\* En relación con el “cómo” se participa: se trata de incluir la participación de las personas en todas las fases del proceso de planificación de manera activa, diseñando y utilizando técnicas y estrategias que faciliten el proceso de “capacitación”, de “adiestramiento participativo” (significa que las personas se forman por medio de la práctica, es decir, la participación como método efectivo de desarrollar sus capacidades). Se ha de dar un proceso de enseñanza - aprendizaje en el que las personas deben “Saber - Querer y Poder” e intervenir en aquellos factores del entorno que están alrededor del problema, para facilitar el proceso de cambio; la dirección es hacia el “empoderamiento” de las personas y la comunidad

\* En relación con el “cuanto”, significa que todos los miembros de una comunidad o grupo comparten la toma de decisiones que afecten a la comunidad. No es equivalente a “colaboración comunitaria o la consulta a la comunidad o al grupo”. La participación comunitaria es mucho más que contribuir con trabajo o suministros; es participar en la toma de decisiones, para elegir un proyecto comunitario o grupal, planificarlo, implementarlo, gestionarlo, supervisar y controlarlo. El rol de los profesionales debe ser el de facilitador/a del proceso.

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: es una estrategia global, social y política que no concierne exclusivamente al sector sanitario. Definida en 1986 en Ottawa, “*es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla*.”<sup>6</sup>

Implica:

1. acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos,
2. acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas

El fin: mitigar el impacto en la salud pública e individual.

Se definen tres estrategias básicas para este proceso:

1. abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas
2. facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud
3. mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.

La Carta de Ottawa plantea cinco áreas de acción de la Promoción de Salud:

1. Establecer una política pública saludable
2. Crear entornos que apoyen la salud
3. Fortalecer la acción comunitaria para la salud
4. Desarrollar las habilidades personales
5. Reorientar los servicios sanitarios

<sup>4</sup> OMS. Conferencia sobre APS. Alma –Ata. 1978

<sup>5</sup> Rifkin SB, Muller F, Bichmann W. Primary health care: on measuring participation. Soc Sci Med 1988.

<sup>6</sup> OMS. 1ª Conferencia sobre Promoción de la Salud. Ottawa. 1986.



El Programa de Postgrado de MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina define a la especialidad como *“aquella que adquiere un clínico que ejerce en el área extrahospitalaria y que le permite interactuar con la comunidad con la que trabaja, coparticipando con ella y otros agentes sanitarios, con la finalidad de lograr el máximo nivel de salud para el medio”*. En el mismo se definen en términos generales, las competencias del especialista:

- Poseer criterios sanitarios y sociales para hacer de la salud de una comunidad su objeto de trabajo, a partir del impulso de las diversas estrategias conocidas (APS, Municipios Saludables, SILOS, etc.) de modificaciones o combinaciones de las mismas o introducción de nuevos diseños.
- Realizar un diagnóstico de condiciones de salud de la comunidad y de sus integrantes con criterios científicos, siendo capaz de manejar los métodos pertinentes y siendo capaz de gestionar el concurso de los profesionales correspondientes.
- Encarar la planificación, ejecución y evaluación del trabajo de conservación y acrecentamiento de la salud con la participación de las personas que integran la comunidad.
- Ser capaz de diseñar las estrategias de promoción y prevención primaria adecuados a esa realidad específica.
- Usar las herramientas de promoción y prevención establecidas en lo nacional y municipal (programas específicos y de educación para la salud) y los enfoques de riesgo para la realización del diagnóstico precoz.
- Tener capacidad de evaluar el funcionamiento, la calidad y adecuación de los servicios de salud existentes, con relación a la comunidad receptora.
- Ser capaz de impulsar su mejoramiento, la coordinación de ellos entre sí y con centros de mayor nivel, tendiendo a la construcción de un sistema local de salud.
- Poseer conocimientos clínicos sólidos que le permitan abarcar las problemáticas extrahospitalarias que se presentan más frecuentemente, haciendo de la referencia y la contrarreferencia un mecanismo responsable de solución de los problemas y una fuente inagotable de aprendizaje.

A estas competencias hay que sumar :

a) el conocimiento, las habilidades y actitudes que le permiten considerar a la familia como unidad de atención, incluyendo el manejo de herramientas específicas para su estudio, análisis y abordaje.

b) la actitud asumida frente al desafío de promover y reconocer los procesos participativos comunitarios.

Para lograr dichas competencias el programa propone una formación teórica - práctica con criterios de integralidad e interdisciplinariedad, en el área clínica y no clínica.

La presente monografía se centra en la actividad desarrollada en el marco de formación de la especialidad en el área clínica, en la Policlínica de San Antonio – Canelones, desde la perspectiva de un modelo de Atención Integral a la Salud.

## INTRODUCCIÓN.

A continuación se describen en términos generales algunas características demográficas de la comunidad donde se desarrolla el trabajo, para centrarnos luego en nuestro objeto – sujeto de trabajo que es la Policlínica de San Antonio del MSP y su población usuaria. Las actividades desarrolladas en la misma se extienden durante los tres años que comprenden la práctica de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria: abril 1999 – abril 2001.

San Antonio es un pueblo ubicado en el departamento de Canelones, a 57 km de Montevideo y a 25 km de la capital del departamento del mismo nombre. Está situado sobre la ruta 33 que comunica San Ramón con la ruta 7 a la altura de Toledo. El centro poblado más cercano lo constituye Santa Rosa. A 4km pasa la ruta 11, vía importante que comunica Canelones con Atlántida. (ver Anexo mapa1)

San Antonio cuenta con 3658 habitantes, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), aportados por el censo del año 1996. Esta cifra ha ido disminuyendo progresivamente en los últimos 20 años debido a la migración de los pobladores a la ciudad de Montevideo y a otros centros poblados del Departamento de Canelones en busca de fuentes de trabajo.

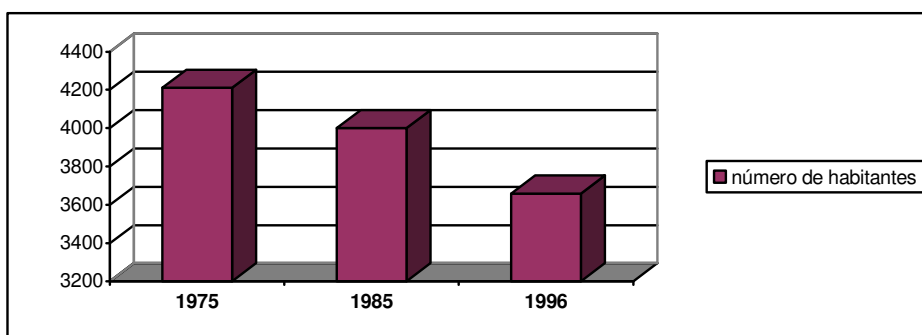


Gráfico 1.1 Población de San Antonio según Censo 1975 - 1985 – 1996. Fuente: Instituto Nacional de estadística.

San Antonio presenta una superficie total de 192 km<sup>2</sup>, contando la zona urbana con 30 manzanas aproximadamente. (ver Anexo mapa 2)

Respecto a la distribución de su población, la misma es más numerosa en la zona rural donde predomina la población masculina. En lo referente a su pirámide poblacional, la misma no difiere de las características demográficas del Departamento: pirámide poblacional en forma de bulbo, con un progresivo predominio de la población adulta (Ver Anexo Figura1)

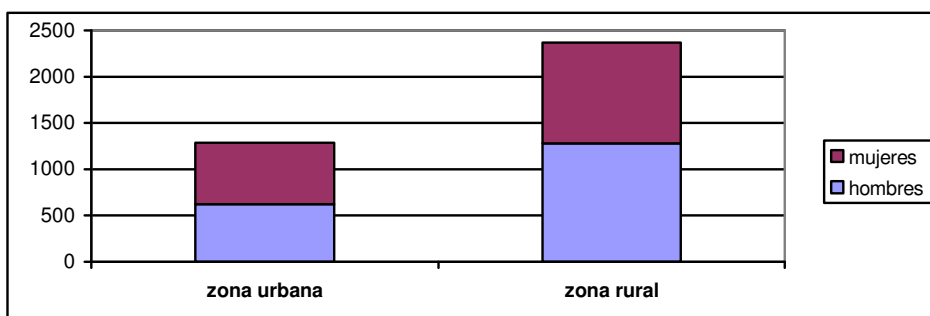


Gráfico 1.2. Distribución de la Población de San Antonio según zona y sexo. Fuente: INE. Censo 1996.

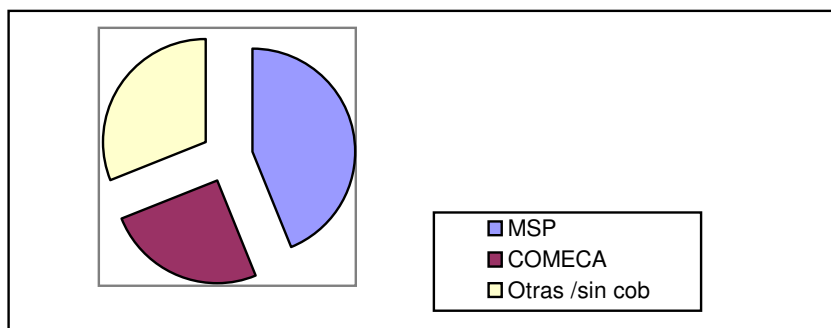
La principal fuente de trabajo de la población en el medio rural es la agricultura, y el principal cultivo el de zanahorias. Existe también ganadería y avicultura destinado al autoconsumo y la comercialización. En el sector urbano las principales fuentes de trabajo las constituyen las oficinas públicas: Comisaría, Correo, Juzgado, Junta Departamental, Salud Pública, Centros de Educación Primaria.

Si bien no contamos con datos precisos de las características de la vivienda del pueblo, el Sr. R. Martínez, director del último Censo en San Antonio, nos informó que aproximadamente el 55% de la vivienda es precaria. Existe saneamiento y agua potable solo en el sector urbano y en las viviendas de MEVIR, provenientes de manantiales de la zona.

Respecto a los Centros de Educación, existen cinco Escuelas Rurales y una en la zona urbana (Escuela Nº 121 Agustín Ferreira). Además existe un Liceo Público donde se cursa secundaria hasta 4º año, debiendo realizarse 5º y 6º año en otros centros poblados cercanos. También existen cursos móviles a cargo de la Universidad del Trabajo (UTU).

En lo que respecta a los medios de transporte, San Antonio se comunica con Montevideo y Canelones a través de cinco empresas de ómnibus, pasando en sus recorridos por varios pueblos y ciudades como Sauce, San Bautista y Santa Rosa. En términos generales, el primer ómnibus a Montevideo sale a las 6.15hs, llegando a la capital 8.30hs. El último ómnibus sale a las 20.30hs llegando a Montevideo a las 22.45hs. Existen líneas con una frecuencia aproximada de 45 minutos.

En lo referente al sector sanitario, datos actualizados a octubre 1999 provenientes de los registros de la Policlínica de San Antonio, destacan que el 44% de la cobertura de atención a la Salud de la población le corresponde al M.S.P por medio de su Policlínica; el 25% lo cubre la Cooperativa Médica de Canelones (COMECA) y el 31% de la población no presenta cobertura. Un bajo porcentaje de la población es usuaria de otras organizaciones mutuales, como la Sociedad Española Primera de Socorros Mutuos, CRAMI, IMPASA, Círculo Católico, Médica Uruguaya.



**Gráfico 1.3.** Cobertura sanitaria de la población de San Antonio. Octubre 1999. Fuente: datos Policlínica San Antonio.

LA POLICLÍNICA DE SAN ANTONIO DEL MSP se encuentra ubicada en la calle Rogelio Martínez s/n, a 2 cuadras de la Plaza principal del pueblo.

Fue construida sobre un terreno donado por un vecino.

El horario de atención de la Policlínica es de lunes a sábado de 7:00 a 12:00hs.

La infraestructura de la misma consiste en una construcción amplia, recientemente refaccionada (diciembre 1999), con una Sala de espera al frente iluminada, dos consultorios médicos y uno odontológico, baño para personal y usuarios, una enfermería y un depósito de materiales. También presenta un garage para ambulancia de traslados no especializados.

Cuenta con los siguientes recursos:

- a- humanos: una administrativa; una auxiliar de servicio; un chofer de ambulancia; dos enfermeras (una titular y una pasante); un médico general (Dra. Graciela Scudroni, directora de la Policlínica y tutora de las Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria); dos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (Dra. Isabel Malanga. Dra. Diana Doménech); un odontólogo; una vacunadora, y una partera que cesó sus funciones en diciembre de 1999.
- b- Materiales: historias clínicas individuales, computadora, horno incinerador para eliminación de residuos contaminados, esterilizador, esfigomanómetro de niños y adultos, otoscopio, carta E de Snellen, camilla ginecológica, heladera, balanza pediátrica y de pie, tallómetro, y demás materiales básicos de enfermería.

El área de cobertura de la Policlínica incluye San Antonio (tanto el sector urbano como rural) y la zona de influencia que se extiende hasta Santa Rosa, Canelón Chico y Sauce.

En la Policlínica se realiza extracción de sangre y recolección de muestras de orina y materia para la realización de hemograma, glicemia, ionograma, función renal, funcional y enzimograma hepático, rutinas de embarazo, perfil tiroideo, perfil lipídico, examen de orina completo, urocultivo y coproparasitario. Las mismas son analizadas en el laboratorio del Hospital de Canelones y en aproximadamente 15 días se obtienen los resultados. La realización de otro tipo de paraclínica, y las interconsultas con especialistas son referidas al establecimiento de 2º y 3er nivel de atención: el Hospital de Canelones.

El número de carnés de asistencia emitidos por la Policlínica a agosto del 2000, según registros de la propia Policlínica es de 1497, que se distribuyen de la siguiente manera:

- a- un tercio aproximadamente corresponde a niños y adolescentes entre 0 a 14 años. Este grupo en realidad es más numerosos si se incluyen aquellos niños asistidos con el carné de asistencia de la madre.
- b- Un tercio corresponde al grupo de adolescentes y adultos jóvenes comprendido entre 15 y 34 años inclusive.
- c- Un tercio integrado por adultos mayores de 35 años. Característicamente este grupo ha disminuido en el último tiempo por el ingreso a través del subsistema de seguridad social al ámbito mutual. Se destaca el bajo porcentaje de carné de asistencia emitidos a adultos mayores.

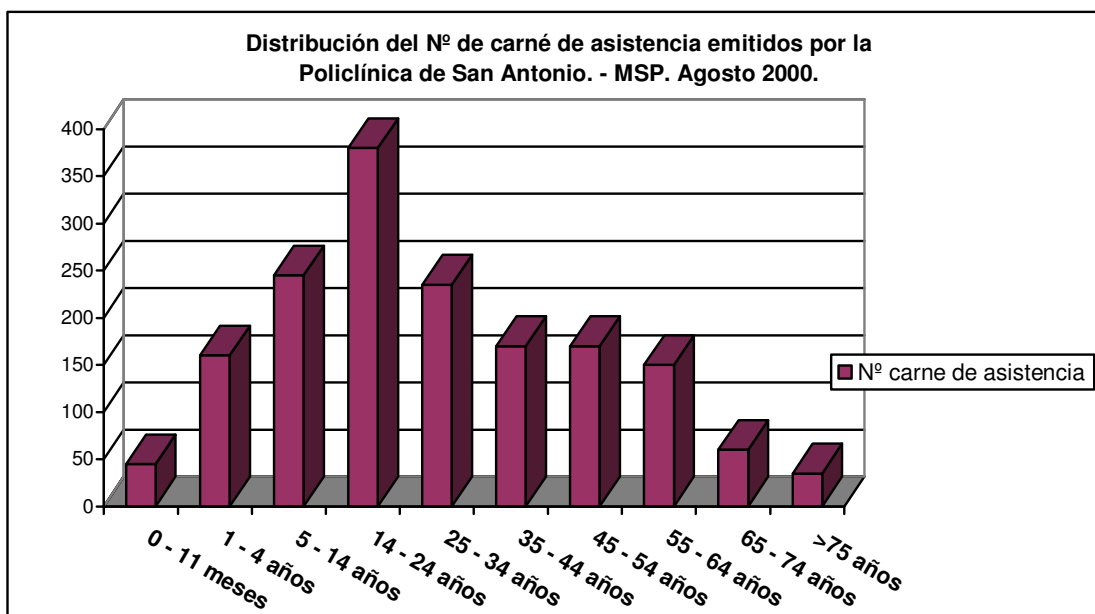


Gráfico 1.4. Fuente: Departamento de Estadística MSP

El promedio de consultas mensuales en la Policlínica es de 531, según datos obtenidos de registros de la misma, con un período de mayor demanda de consulta correspondiente a los meses que van de julio a noviembre.

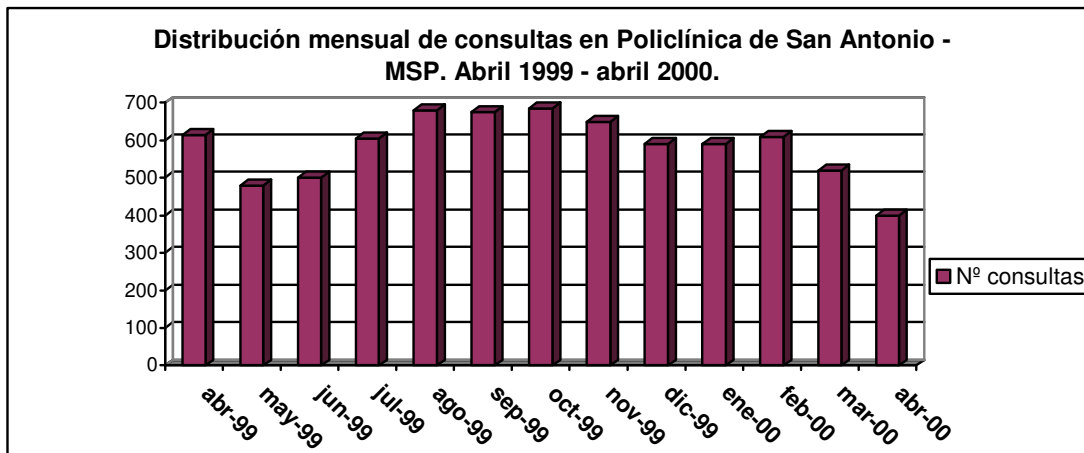


Gráfico 1.5. Fuente: registros Policlínica San Antonio. MSP

En el año 1998 el Departamento de Estadística del MSP procesó los motivos de consulta de los usuarios de la Policlínica de San Antonio a partir de los datos obtenidos de los registros de consulta externa y clasificó los mismos según frecuencia absoluta y grupos de patologías. Los siguientes gráficos muestran los resultados obtenidos.

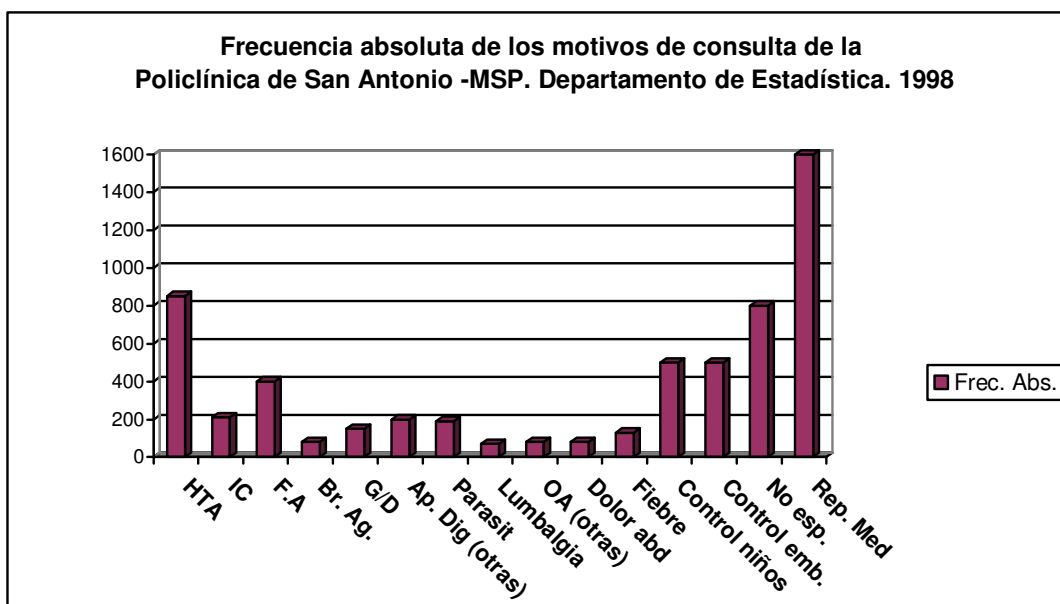


Gráfico 1.6. Fuente: Departamento de Estadística MSP

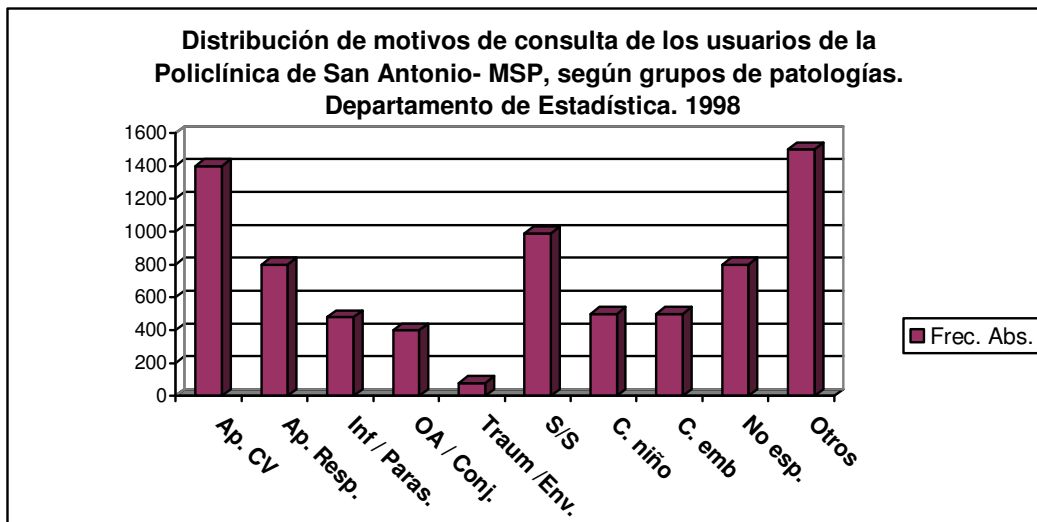


Gráfico 1.7. Fuente: Departamento de Estadística MSP

Luego de un año de práctica en el marco de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria en la referida Policlínica, recurrimos a los registros médicos de consulta externa correspondientes al período abril 1999 – abril 2000 para conocer el perfil de morbilidad de los usuarios de la Policlínica de forma más actualizada. En este sentido, y asesorados por la directora del Departamento de Estadística del MSP, elaboramos una muestra analizando los datos de los meses impares: mayo, junio, setiembre, noviembre 1999; enero, marzo 2000. Los datos obtenidos los agrupamos usando las mismas categorías usadas por el citado Departamento en el año 1998. A continuación se presentan los resultados obtenidos.

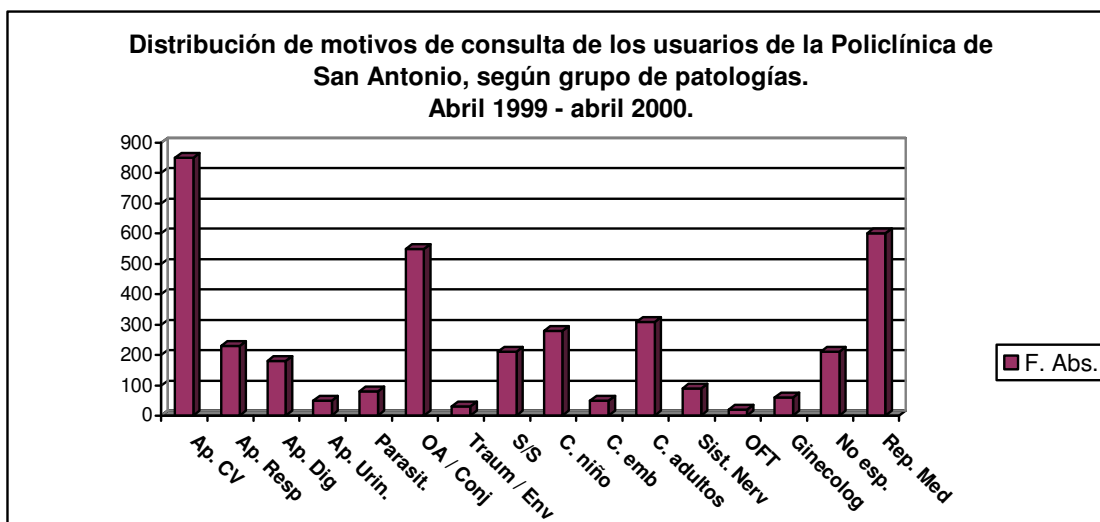
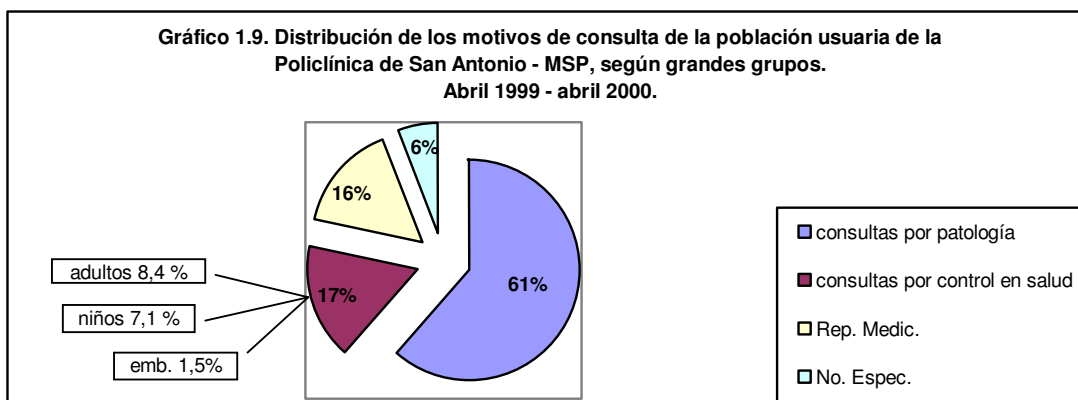


Gráfico 1.8. Fuente: Departamento de Estadística MSP

Estos datos, al igual que los procesados en el año 1998 muestran en la población usuaria de la Policlínica de San Antonio un perfil de morbilidad coincidente con el de la población nacional: la población adulta presenta un franco predominio de las enfermedades crónico – degenerativas, principalmente de la esfera cardiovascular y osteoarticular; la población infantil consulta por patologías agudas de tipo infecciosa (respiratoria, parasitosis) y por controles en Salud. Las consultas no especificables y la reiteración de medicación se analizarán posteriormente. Destacamos que la agrupación utilizada por el Departamento de Estadística del MSP deja fuera datos como adicciones (tabaquismo, etc), que resultarían de interés analizar.

Nuestra lectura de todos los datos previamente referidos, y luego de un año de trabajo en la Policlínica de San Antonio fue la siguiente:

- a) la Policlínica del MSP constituye el servicio que brinda mayor cobertura sanitaria a la población de San Antonio, por lo tanto es un referente claro en lo que al proceso de Salud – enfermedad se refiere-
- b) Si bien la población usuaria de la misma, según carné de asistencia emitidos, es predominantemente joven, no es la que más consulta en la Policlínica.
- c) Respecto al modelo de atención con el que trabaja el servicio de Salud, señalamos:
  - 1 La modalidad de trabajo es la **multidisciplina**, no existiendo instancias de intercambio entre los distintos técnicos que trabajan en el servicio de Salud
  - 2 La actividad que se desarrolla en la Policlínica es exclusivamente **asistencial**. Con excepción del consejo preventivo individual, no se realizan otras actividades de Prevención de enfermedades ni de Promoción de la Salud.
  - 3 La actividad se desarrolla **solo en consultorio**, no existiendo actividades en Sala de espera ni atención domiciliaria.
  - 4 Las actividades que se desarrollan en la Policlínica están fuertemente **orientadas al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad**, existiendo un gran predominio de consultas por patologías respecto a las consultas por control de Salud (55,4% vs 13,2% en 1998 – 61,3% vs 17% en 1999 – 2000)
  - 5 La consulta individual se realiza desde un **enfoque biopsicosocial**.
  - 6 Se promueve la **atención longitudinal y continua**
  - 7 La historia clínica que se utiliza, es de formato tradicional. No existe historia clínica familiar.
  - 8 Los registros de las actividades asistenciales muestran un importante porcentaje de consultas no especificables. En este grupo ingresan aquellos registros ilegibles o no registro, así como motivos de consultas no agrupables en otras categorías (10,5% en 1998 – 5,84% en 1999 – 2000).
  - 9 Existe un importante número de pacientes que reiteran medicación sin solicitar consulta con médico tratante. Esta actividad es registrada por el personal de enfermería en coordinación con el médico de medicina general (20% en 1998 – 15, 7% en 1999 – 2000).
  - 10 No existen instancias de coordinación de actividades con Instituciones de la comunidad.
  - 11 No existe un espacio de concertación y negociación en la comunidad, con comportamiento de cooperación y solidaridad. No existe trabajo desde una lógica de redes (patrón de interacción social: flexible, participativo, comprometido, democratizador, transformador)



### MATRIZ PROGRAMÁTICA.

PROPÓSITO	Contribuir a cambiar el modelo de atención a la Salud del Sistema Sanitario Nacional			
OBJETIVO GENERAL	Introducir cambios en el Modelo de atención de la Policlínica de San Antonio del MSP, aplicando los principios del Modelo de Atención Integral a la Salud, en el marco de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria, en el período abril 1999 – abril 2002.			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES	RECURSOS FINANCIEROS
1 - Organizar las actividades asistenciales de la Policlínica.	1 -1 implementación de la consulta por cita previa 1 -2 implementación de la consulta programada 1 -3 organización de las consultas urgentes	Dra. Isabel Malanga Dra. Diana Doménech Sra. Norma De León.	Registro de consulta externa Teléfono de la Policlínica	Propios de la Policlínica San Antonio – MSP.
2 – Implementar la atención domiciliaria	2 -1 implementación de la visita domiciliaria.	Dra. Isabel Malanga Dra. Diana Domenech	Transporte particular de las residentes de MFyC Fotocopias de HCF	Propios de las residentes de MFyC
3 -Introducir el enfoque familiar en la atención de Salud	3 -1 implementar el uso de la HCF	Dra. Isabel Malanga Dra. Diana Domenech	Fotocopias de HCF	Propios de las residentes de MFyC
4- Realizar actividades de educación para la Salud	4-1 implementación de talleres en Escuela Rural 4-2 implementación de talleres en sala de espera	4-1 Dra. Graciela Scudroni Dra. Diana Doménech 4 -2 Dra. Isabel Malanga Dra. Diana Domenech	4 -1 material didáctico: cartelería – folletería. 4 – 2 material didáctico: cartelería – folletería.	Propios de las residentes de MFyC
5 - Realizar actividades de prevención de enfermedades	5-1 cribado de cáncer de cuello uterino en Policlínica 5 -2 cribado de déficit sensoriales y dificultad de aprendizaje en Escuela urbana Nº 121 A. Ferreira.	5-1 Dra. Isabel Malanga Dra. Diana Domenech Sra. Norma De León 5 -2 Dra. Isabel Malanga Dra. Diana Domenech Dra. Graciela Scudroni.	5-1 portaobjetos y cepillo para toma endocervical; esterilizador; espéculos de metal y descartables, bajalenguas, alcohol rectificado, hojas de registro. 5-2 carta E de Snellen, linterna, fichas para recolección de datos, ficha para detección de dificultades elaborada en CRAMI, computadora.	5 -1 comisión de apoyo Policlínica San Antonio  5 -2 propios de las residentes de MFyC



### **PROPÓSITO.**

Contribuir a cambiar el modelo de atención a la Salud del Sistema Sanitario Nacional.

### **OBJETIVO GENERAL.**

Introducir cambios en el Modelo de atención de la Policlínica de San Antonio del MSP, aplicando los principios del Modelo de Atención Integral a la Salud, en el marco de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria, en el período abril 1999 – abril 2002.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

**1- Organizar las actividades asistenciales de la Policlínica de San Antonio** de manera de introducir en el usuario y en el equipo de Salud una modalidad de trabajo más planificada y anticipada, y no solo basada en la demanda espontánea.

**2- Implementar la atención domiciliaria** como herramienta fundamental y complementaria al enfoque biopsicosocial del paciente y de la familia.

**3- Introducir el enfoque familiar en la atención de la Salud**, incorporando instrumentos específicos para el mismo, de manera de fortalecer la práctica del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y mejorar la atención de la población usuaria de la Policlínica.

**4- Realizar actividades de Educación para la Salud** en la Policlínica y en Instituciones de la zona, contribuyendo a generar oportunidades de aprendizaje para mejorar el conocimiento de la población en relación con su salud y desarrollar habilidades personales que conduzcan a la salud individual y colectiva.

**5- Realizar actividades de Prevención de enfermedades** en la Policlínica y en Instituciones de la zona, anticipándonos a la aparición de enfermedades o enlenteciendo su progresión e introduciendo técnicas específicas de cribado en la actividad de la Policlínica y en otros ámbitos.

## ACTIVIDADES.

### Objetivo específico 1.

Favorecer la correcta atención de la Salud de la población asignada, conjuntamente con el logro de un alto nivel de satisfacción del usuario y de realización personal del profesional son objetivos básicos de la praxis de todo personal de la Salud.

La organización de la asistencia es un elemento fundamental que contribuye al logro de estos objetivos.

En la Policlínica de San Antonio la organización de la asistencia está basada en la consulta urgente que responde a la demanda espontánea. Respondiendo al objetivo planteado se realizaron las siguientes actividades:

*1 -1 implementación de la consulta por cita previa:* el usuario de forma anticipada, personal o telefónicamente solicita la consulta. Esto permite planificar la consulta diaria y a su vez introduce en el usuario el manejo de criterios relacionados con la urgencia frente a la presencia de problemas de Salud. La educación del usuario y la presencia de un equipo de Salud estable son elementos favorecedores de este proceso.

*1 -2 implementación de la consulta programada:* el equipo de Salud convoca la consulta. Se utiliza para organizar controles en Salud, control de patologías crónicas y seguimiento de patologías agudas. También contribuye a educar al paciente en la forma de utilizar los servicios de Salud.

*1 -3 organización de las consultas urgentes:* poder responder a la demanda no prevista con antelación por surgimiento de un problema de salud que debe ser resuelto en forma rápida, tiene que ser contemplado. No obstante no debe ser la base de la organización de la asistencia.

En términos generales, se acordó con el equipo de Salud, que la consulta a cargo de las residentes de Medicina Familiar y Comunitaria se implementaría de la siguiente manera:

16 números en la consulta diaria de 9 a 13hs, de los cuales solo 4 serían para consulta urgente, y el resto para consulta por cita previa y programada. Esto se manejaría con cierta flexibilidad en un inicio hasta lograr un entendimiento del nuevo sistema de organización por parte de los usuarios del servicio de Salud.

Los recursos humanos (RRHH) que implementaron esta actividad fueron las residentes de Medicina Familiar y Comunitaria: Dra. Malanga y Dra. Doménech, y la técnica administrativa Sra. De León que concretó con los usuarios esta forma de organizar la consulta. Esta actividad contó con la aprobación de la Dra. Scudroni, directora del servicio de Salud.

Respecto a los recursos materiales (RRMM), se usó la misma hoja de registro de consulta externa que se usaba previamente. La Policlínica cuenta con teléfono para la concertación de cita de forma telefónica.

Los recursos financieros (RRFF) que cubrieron los materiales referidos provinieron de la Policlínica de San Antonio – MSP.

### Objetivo específico 2.

La atención domiciliaria constituye una de las actividades básicas de los equipos de Salud del primer nivel de atención, y una de las herramientas que hace posible la implementación de un Modelo de Atención Integral

Consiste en un proceso de atención holístico e interdisciplinario en el que se realizan funciones asistenciales y preventivo - promocionales en el hábitat de la persona – familia. No es específica de una patología concreta ni de un grupo de edad y requiere del apoyo de la familia y la red social para que pueda desarrollarse.

Dentro de la atención domiciliaria distinguimos la asistencia domiciliaria y la visita domiciliaria.

La *visita domiciliaria* es una propuesta de atención domiciliaria, cuya principal característica es que permite consolidar la relación con el paciente y la familia y profundizar el conocimiento de las creencias, pensamientos y temores respecto al proceso Salud – enfermedad. Trabaja fundamentalmente desde la educación para la salud

Destacando estos aspectos que no se contemplaban en la Policlínica de San Antonio es que se realizó la siguiente actividad:

*2 -1 implementación de la visita domiciliaria:* con una frecuencia semanal, y luego de la consulta, se realizaban visitas domiciliarias siguiendo los siguientes criterios:

- solicitud del equipo de Salud por algún problema específico de la esfera biológica – social – familiar de un paciente / familia.
- Captación por parte de las residentes de MFyC de problemas encontrados en la consulta o seguimiento de algunos casos.

Todas las visitas se realizaban con el consentimiento previo del paciente.

En cada instancia se realizaba un promedio de 2 visitas domiciliarias tanto en el ámbito urbano como rural.

Las visitas en concreto constaban de las siguientes etapas:

- a) planteo del “caso” que motivaba la visita y discusión del mismo
  - b) planificación de la visita: definición de objetivos y de aspectos prioritarios a indagar.
  - c) Ejecución de la visita: los ejes principales de la misma eran la profundización del “caso” que motivaba la visita y la realización de una HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR (HCF). La duración de esta instancia era de 50 min aproximadamente.
  - d) Evaluación de la instancia
  - e) Definición del seguimiento: en consultorio o en domicilio.
- La HCF realizada se adjuntaba a la historia de la Policlínica.

Los RRHH que implementaron esta actividad fueron las residentes de Medicina Familiar y Comunitaria: Dra. Malanga y Dra. Doménech. El equipo que participaba de la captación o planteo de “casos” eran la Sra. De León y la Dra. Scudroni.

Respecto a los RRMM se usó para la realización de las visitas el auto particular de las residentes de MFyC y fotocopias de la HCF

Los RRFF que cubrieron los materiales referidos los aportaron las residentes de MFyC.

### **Objetivo específico 3.**

El Médico de Familia y Comunitario considera la familia como una unidad de atención. Esto implica considerar que la familia es un subsistema social abierto en constante interacción con el medio, compuesto por individuos que asumen su pertenencia al sistema, reciben y prestan apoyo y comparten recursos. Desde esta perspectiva la familia se constituye en una unidad generadora de Salud o perpetuadora de enfermedad.

La atención familiar cuenta con numerosas herramientas que permiten su práctica. Una de ellas es la HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR (HCF).

La HCF es un documento médico legal que integra el sistema de registros que se utilizan en el primer nivel de atención, y que tiene la particularidad de cumplir con las siguientes funciones:

- a) la atención individual
- b) la atención familiar
- c) el control de calidad y la monitorización las actividades clínicas
- d) el registro de las actividades comunitarias
- e) ser fuente de datos para la investigación
- f) ser elemento básico para la docencia.

La HCF no consiste en un archivo de historias clínicas individuales de las personas que comparten un mismo hogar, sino que debe incluir el registro de datos que posibiliten el abordaje familiar.

Dado que este aspecto no estaba incluido en la atención de la Policlínica de San Antonio, se realizó la siguiente actividad:

*3 -1 implementación del manejo de la HCF:* la misma se realizaba en el marco de la visita domiciliaria.

Si bien existen muchos modelos de HCF, se utilizó el modelo empleado por el Departamento de Docencia en Comunidad de la Facultad de Medicina, al que se le introdujeron algunas modificaciones (Ver anexo – material 1)

La HCF usada contiene la siguiente estructura:

A – Carátula: figuran datos del entrevistado (nombre – dirección – teléfono); datos del entrevistador (nombre – condición); fecha, dirección.

B – Hoja N° 1 y N° 2: contiene datos de la familia ( familiograma – tabla con composición de la familia – tipo – capacidad económica – ámbito sociocultural – ámbito jurídico – estilos de vida) y datos del domicilio.

C – Hoja N° 3: historia clínica individual pediátrica

D – Hoja N° 4: historia clínica individual adulto

E – Hoja N° 5: registro de actividades de control de Salud en niños

F – Hoja N° 6: registro de actividades de control de Salud en adultos

G – Hoja N° 7: lista de problemas individuales - familiares.

Las hojas N° 3 y 4 se reiteraban según el número de integrantes del grupo familiar.

Los RRHH que implementaron esta actividad fueron las residentes de Medicina Familiar y Comunitaria: Dra. Malanga y Dra. Doménech

Respecto a los RRMM se usaron fotocopias de la HCF del Departamento de Docencia en Comunidad modificada.

Los RRFF que cubrieron los materiales referidos los aportaron las residentes de MFyC.

#### **Objetivo específico 4**

La Educación para la Salud es un proceso a través del cual se crean conscientemente oportunidades de aprendizaje que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la Comunidad.

La Educación para la Salud no es solamente transmisión de información; es fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.

Es una de las herramientas de la Promoción de Salud, por tanto no centra su intervención sobre el cambio de los comportamientos en las personas exclusivamente.

Sin embargo la Educación para la Salud en muchas ocasiones se ocupa fundamentalmente de dar explicaciones a las personas sobre cuales son los comportamientos que deberían tener para enfermar menos.

Desde esta perspectiva se realizaron en la Policlínica de San Antonio las siguientes actividades:

*4-1 implementación de talleres en Escuela Rural:* a solicitud de la dirección de la Escuela Rural de Canelón Chico, en el mes de mayo del año 2000 se planificó y ejecutó un taller sobre ALIMENTACIÓN EN LA EDAD ESCOLAR, dirigido a padres y niños de 5º y 6º año.

Objetivo del Taller: reflexionar en conjunto padres – niños y técnicos, sobre los hábitos alimenticios de los niños en la edad escolar.

Participantes del taller: directora de la escuela; 2 maestras (de 5º y 6º año respectivamente); 7 padres y 15 niños de ambos grupos. Dra. Scuadroni. Dra. Doménech.

Metodología: utilizado una metodología participativa y a través de material gráfico se discutió en conjunto la alimentación saludable basada en la pirámide alimenticia. Se hizo especial hincapié en el consumo de lácteos. Se reflexionó acerca de los hábitos alimenticios de la población de la zona (chaceros y productores con alto consumo de carnes y embutidos salados de origen casero). Se intercambiaron opiniones acerca del “peso adecuado para estar saludable”. Se discutieron sobre mitos y creencias.

Duración del taller: 1hs aproximadamente

Evaluación: si bien no se utilizó ningún método específico de evaluación, es de destacarse la participación permanente y la inquietud de los participantes tanto adultos como niños durante toda la instancia.

*4-2 implementación de talleres en sala de espera:* la Sala de espera constituye un ámbito propicio para realizar actividades de Educación para la Salud, pues cuenta con un número importante de usuarios en cada consulta y porque el tiempo en la sala de espera muchas veces es mayor que en el propio consultorio. En la Policlínica de San Antonio se implementaron los siguientes talleres:

a) INFECCIONES RESPIRATORIAS EN NIÑOS (junio – julio 2000)

Objetivo: informar y discutir en conjunto con los usuarios, las características generales de las Infecciones respiratorias altas y bajas en niños y enfatizar la detección de signos de peligro.

Participantes del taller: usuarios en la Sala de espera, aproximadamente 15 adultos; Dra. Malanga, Dra. Doménech.

Metodología: utilizando metodología participativa, y a través de material didáctico se intercambia información sobre las infecciones respiratorias: epidemiología, síntomas, tratamiento y signos de peligro. Se discute sobre mitos (uso de antitusígenos, entre otros).

Duración del taller: 20 min aproximadamente.

Evaluación: no se utilizaron métodos específicos para evaluar el taller. Se destaca la entusiasta participación de los usuarios.

b) PREVENCIÓN DEL CANCER GENITO MAMARIO (noviembre – diciembre 2000)

Objetivo: intercambiar con los usuarios información acerca de la importancia de la realización de actividades de cribado del cáncer de cuello de útero y de mama, en vistas al inicio de la realización de Papanicolau (PAP) en la Policlínica de San Antonio.

Participantes del taller: usuarios en la Sala de espera, aproximadamente 15 adultos; Dra. Malanga, Dra. Doménech.

Metodología: utilizando material gráfico se intercambia información sobre el cáncer de cuello de útero y de mamas. Se enfatiza la importancia de la realización de PAP, examen de mamas y mamografía. Se informa sobre la realización de PAP en la Policlínica a partir de enero del 2001.

Duración del taller: 20 min aproximadamente.

Evaluación: no se utilizaron métodos específicos para evaluar el taller. Se destaca la entusiasta participación de los usuarios

Los RRHH y RRMM ya fueron señalados para cada taller.

Los RRFF que cubrieron los materiales referidos los aportaron las residentes de MFyC.

### **Objetivo específico 5.**

Incorporar la dimensión preventiva es uno de los pilares de la práctica del Médico de Familia y Comunitario y uno de los principios de la Atención Integral.

En la Policlínica de San Antonio se implementaron 2 actividades de Prevención secundaria.

#### *5-1 cribado del cáncer de cuello uterino (enero 2001 – marzo 2002)*

La Citología vaginal exfoliativa o técnica de Papanicolau (PAP) es una técnica simple, de bajo costo y riesgo que ha permitido disminuir considerablemente la prevalencia de cáncer de cervix invasor porque detecta la enfermedad en la etapa subclínica. Es una técnica con claros criterios de indicación en las mujeres de nuestro país.

En San Antonio, para realizarse el PAP, las usuarias del MSP debían de realizar los siguientes pasos:

- 1º pedir en la Policlínica pase a Ginecólogo
- 2º concurrir al Hospital de Canelones a sacar hora para el especialista
- 3º solicitar al ginecólogo la orden para realizárselo
- 4º realizarse el PAP
- 5º concurrir a buscar el resultado
- 6º llevar el resultado al Ginecólogo

Estos pasos implicaban para las usuarias costos de diversa índole:

- a) económicos: hacerse el PAP y llevar el resultado al Ginecólogo del H de Canelones implicaba un total de 10 boletos de ómnibus (promedio de \$100)
- b) tiempo, con esperas múltiples: en Policlínica de San Antonio, en la parada del ómnibus, en el Hospital de Canelones
- c) de organización: para las mujeres con hijos implicaba encontrar espacios alternativos para el cuidado de los niños si el horario no coincidía con la Escuela. Si la mujer trabajaba fuera del hogar implicaba días de empleo no cobrados (la ley solo concede 1 día libre para la realización del examen; las mujeres de San Antonio usaban 6 días para hacerse el PAP)

En suma, una técnica sencilla y sin costo se convertía en una situación compleja y costosa para las usuarias.

Fue por eso que bajo el asesoramiento del Dr. Hugo Dibarbure a partir de enero del 2001 y hasta marzo del 2002, con una frecuencia semanal (los jueves) se destinaron los primeros 4 números de la consulta para la realización de PAP a usuarias con cita previa. Las muestras eran recepcionadas los viernes de tarde en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital de Clínicas. El resultado era retirado por las residentes de MFyC un mes después.

Los RRHH que implementaron esta actividad fueron las residentes de Medicina Familiar y Comunitaria: Dra. Malanga y Dra. Doménech. La Sra. Norma De León era quien registraba las citas de las pacientes y organizaba la consulta de esos días teniendo en cuenta esta variable. La actividad contó con la aprobación de la Dra. Scuadroni.

Respecto a los RRMM se usaron portaobjetos y cepillo para la toma endocervical; esterilizador; 5 espéculos de metal; espéculos descartables de distinto tamaño, bajalenguas, alcohol rectificado, hojas de registro de la Policlínica de Citología de la Clínica Ginecológica "B".

Los RRFF que cubrieron los materiales referidos provinieron de la Comisión de Apoyo de la Policlínica y de la propia Policlínica de San Antonio. Se destaca que la nurse a cargo del centro de materiales del Hospital Pereira Rossell donó la mayoría de los espéculos descartables.

#### *5 -2 cribado de déficit sensoriales y dificultad de aprendizaje en la Escuela urbana N° 121 Agustín Ferreira. (Mayo – junio 2001).*

Los sistemas sensoriales son esenciales en el desarrollo cognitivo y en la maduración del Sistema nervioso central. La visión y la audición son los sentidos por excelencia de la relación social, del aprendizaje y la comunicación. El médico de Familia y Comunitario tiene la oportunidad de evaluar a los niños en múltiples ocasiones incluyendo el cribado de déficits auditivo – visuales según pautas de control del niño sano.

No obstante en San Antonio instrumentamos una actividad específica de este tipo en la Escuela urbana N° 121 Agustín Ferreira en los alumnos de 1º año escolar por las siguientes razones:

- a) el consultorio de la Policlínica no cuenta con el tamaño adecuado para la realización del cribado, por lo tanto el mismo se realiza de forma incompleta
- b) no se realizan en la consulta pruebas específicas de detección de dificultades de aprendizaje
- c) es relevante la detección precoz de estos déficits, pues su tratamiento oportuno es determinante en la función visual, auditiva, en el habla, en el aprendizaje.

A partir de marzo del 2001 comenzaron una serie de entrevistas con la dirección de la Escuela y con las maestras de 1º año, para plantear y discutir la realización de esta actividad. Una vez aprobada la misma por parte de la Institución de Primaria, se elaboró una nota dirigida a los padres de los escolares explicando la actividad a realizar, solicitando algunos datos de interés y el consentimiento firmado. (se adjunta en Anexo – material 2).

Posteriormente se elaboraron 2 tipos de fichas para recolección de datos: una individual y otra general (se adjunta en Anexo – material 3).

En mayo comenzó la actividad específica, concurriendo con una frecuencia semanal a la Escuela durante el horario de clase (14hs aproximadamente). En un salón escolar seleccionado por sus características físicas adecuadas en iluminación, tamaño y silencio, se realizaron las pruebas de cribado.

Se valoraron los siguientes aspectos:

- a) agudeza visual. Se usó la carta E de Snellen para su detección.
- b) alineación de ejes visuales. Se exploró a través del Test de Hirschberg o reflejo corneal a la luz y del Cover – uncover test, la presencia de Estrabismo: alineación incorrecta del eje visual.
- c) hipoacusia. Se exploró a través de pruebas subjetivas sencillas: voz cuchicheada – hablada – gritada. Para mejorar la valoración de este aspecto se le solicitó a los padres en la nota de consentimiento, el carnet de control del niño, resúmenes de alta u otros certificados médicos que constataran patologías por los que el niño haya estado en tratamiento. La finalidad era valorar la presencia de factores de riesgo para hipoacusia.
- d) Dificultad de aprendizaje inespecífica y global. Se exploró la dificultad cognitiva general a través de una batería mínima de acciones:
  - 1 – repetición de una frase
  - 2 – repetición de números
  - 3 – copia de figuras simples
  - 4 – cálculos sencillos

Se valoraron un promedio de 10 niños en cada instancia. El tiempo insumido de forma individual era de 15 min. aproximadamente. El déficit de aprendizaje era cribado en un salón complementario, lo que permitió la valoración de 2 niños de manera simultánea. Total de niños evaluados: 35.

Una vez terminada la actividad, se comunicó a cada uno de los padres o tutores de los niños, a través de una nota, el resultado de la misma. En los casos en los que se detectaron anomalías o déficits, las residentes de MFyC coordinaron personalmente la interconsulta con el especialista en el Hospital Pereira Rossell: Policlínica de Oftalmología, de Otorrinolaringología y Neuropediatría.

Los RRHH que implementaron esta actividad fueron las residentes de Medicina Familiar y Comunitaria: Dra. Malanga, Dra. Scudroni y Dra. Doménech.

Los RRMM utilizados fueron: carta E de Snellen, linterna, fichas para recolección de datos, ficha para detección de dificultades elaborada en CRAMI (servicio de Neuropediatría), computadora.

Los RRFF que cubrieron los materiales referidos provinieron de las residentes de MFyC.

## RESULTADOS Y ANÁLISIS.

A continuación se expondrán los resultados de las actividades realizadas durante el período mayo 2000 – marzo 2002.

La reorganización de la asistencia en la Policlínica, así como la implementación de las visitas domiciliarias y de actividades de educación para la Salud, resultó en cambios en términos de motivos de consulta en la Policlínica.

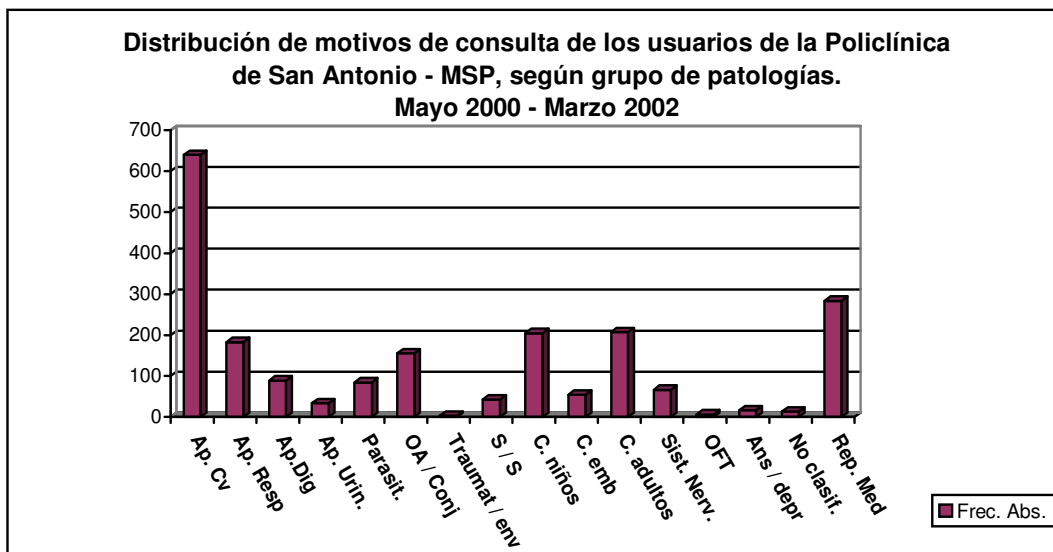
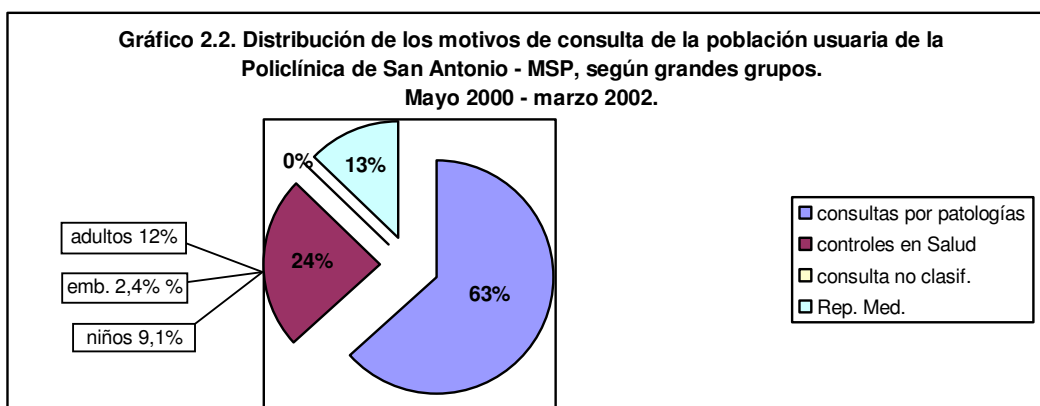


Gráfico 2.1. Fuente: Departamento de Estadística. MSP.

Los datos graficados fueron extraídos de los registros de consulta externa aportados por el Departamento de Estadística del MSP, a partir de una muestra elaborada con datos de los meses impares del referido período: julio – setiembre – noviembre 2000; enero – marzo – mayo – julio – setiembre – noviembre 2001; enero 2002.

Agrupamos los resultados en base a grandes grupos, a fin de comparar con el período previo a la implementación de estas actividades.





Del análisis de estos datos y de la comparación respecto a los registrados en el período 1999 – 2000, podemos ver que:

- la *consulta por patología* continua siendo la prevalente, registrándose un aumento respecto al período anterior ( 61,3 % período 1999 – 2000 vs 63 % período 2000 – 2002)
- El *perfil de morbilidad* no ha cambiado en términos generales, aunque se agregó una nueva categoría referida a síntomas de ansiedad – depresión.
- Las *consultas por control en Salud* aumentaron un 6, 6 % respecto al período anterior. Dicho aumento fue más acentuado en el grupo de control en Salud de adultos (4%), siendo de un 2% en el control de niños y de un 0,9% en el de embarazo.
- No existió prácticamente variación en *la consulta por repetición de medicación* (15, 7% en el período 1999 – 2000 vs 13 % en 2000 – 2002).
- Se registró una marcada disminución del porcentaje de *consultas no clasificables*: de un 5, 84 % a un 0,6 % en el último período.

Las *visitas domiciliarias* e *HCF* se realizaron de la siguiente manera en el citado período:

Meses	Julio – Nov. 00	Dic. 00 – Febr. 01	Marzo – Nov. 01	Dic. 01 – Marzo 02
<b>Nº de visitas domiciliarias.</b>	18	6	30	2

Si bien el total de visitas domiciliarias es de 56, el número de familias visitadas es menor, ya que muchas visitas se reiteraban en el marco del seguimiento de algún problema de Salud en particular.

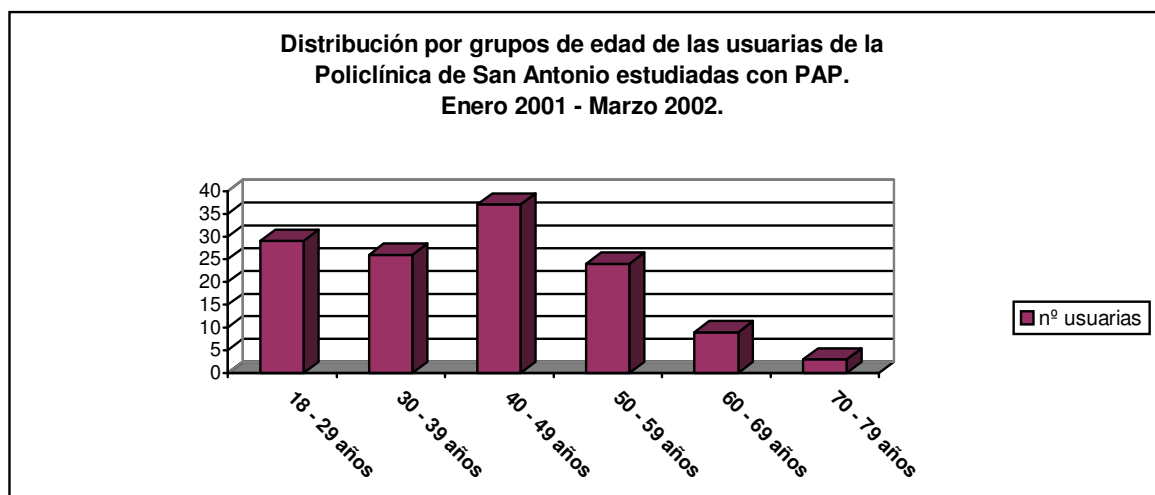
Respecto a las actividades de cribado, los resultados obtenidos, se grafican y analizan de la siguiente manera:

- Cribado del cáncer de cuello uterino en mujeres usuarias de la Policlínica de San Antonio. Enero 2001 – marzo 2002.*

Se realizaron un total de 128 PAP, distribuidos en el citado período de la siguiente manera:

Meses Año	01 01	02 01	03 01	04 01	05 01	06 01	07 01	08 01	09 01	10 01	11 01	12 01	01 02	02 02	03 02
<b>Nº PAP</b>	10	18	12	12	10	8	18	13	11	4	6	1	0	3	2

La distribución de la población estudiada por grupos de edad fue la siguiente:



**Gráfico 2.3.** Fuente: registros Policlínica San Antonio.

Las usuarias que por primera vez se realizaban un PAP fueron 32 (25% del total de estudiadas), predominando en el grupo comprendido entre 18 – 29 años (14 mujeres) y entre 40 – 49 años (7 mujeres). En el resto de los grupos, el número de usuarias que por primera vez se realizaban el estudio osciló entre 1 – 3. No contamos con este dato en 4 registros.

Respecto a los resultados de los PAP realizados, 4 fueron extraviados en el servicio de Anatomía Patológica del HC, debiendo de ser reiterados.

Siguiendo la clasificación del Sistema Bethesda, clasificamos los datos de la siguiente manera:

- calidad de la muestra:
  - a) 6 tomas de PAP presentaron muestras insatisfactorias por ausencia o escasez de material endocervical
  - b) 8 tomas de PAP resultaron satisfactorias para evaluación, pero limitadas por hemorragia y/o inflamación.
- Límites normales:
  - a) 17 tomas de PAP fueron informados como G I
  - b) 94 tomas de PAP fueron informados como GII.

Estos 111 resultados presentaron grados variables de cambios celulares benignos asociados a inflamación, infección o atrofia.

- Anormalidades en las células epiteliales:
  - a) 2 tomas de PAP presentaron ASCUS (células pavimentosas atípicas de significado indeterminado)
  - b) 1 toma de PAP presentó AGUS (células cilíndrica de significado incierto)

No se constataron lesiones intraepiteliales escamosas de bajo y alto grado ( L - SIL y H - SIL)

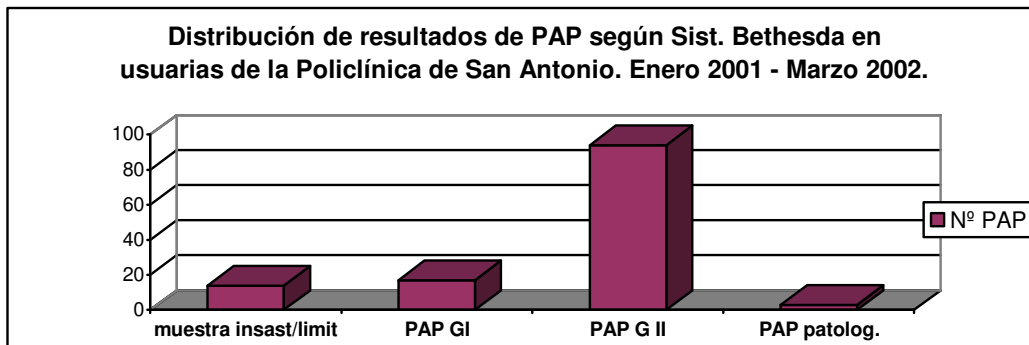


Gráfico 2.4. Fuente: registros Policlínica San Antonio.

Siguiendo la clasificación anterior fueron derivadas a Ginecólogo aquellas mujeres que presentaron células epiteliales anómalas. La tasa de derivación al especialista fue del 2,3%.



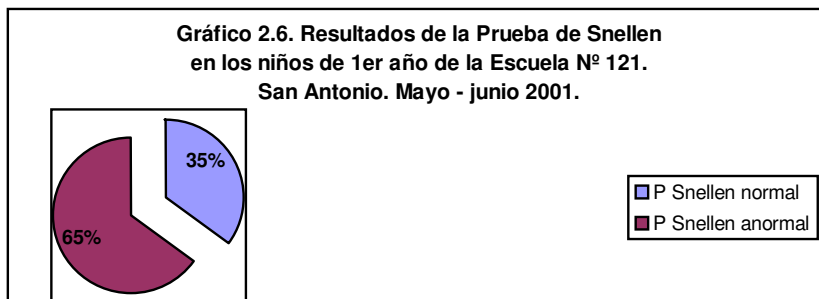
Gráfico 2.5. Fuente: registros Policlínica San Antonio

*B) Cribado de déficit sensoriales y dificultad de aprendizaje en niños de 1º año escolar de la Escuela urbana Nº 121 Agustín Ferreira. Mayo – junio 2001.*

Se estudiaron un total de 35 niños distribuidos de la siguiente manera:

- por edad: 29 niños de 6 años y 6 niños de 7 años.
- Por sexo: 17 varones y 18 mujeres.

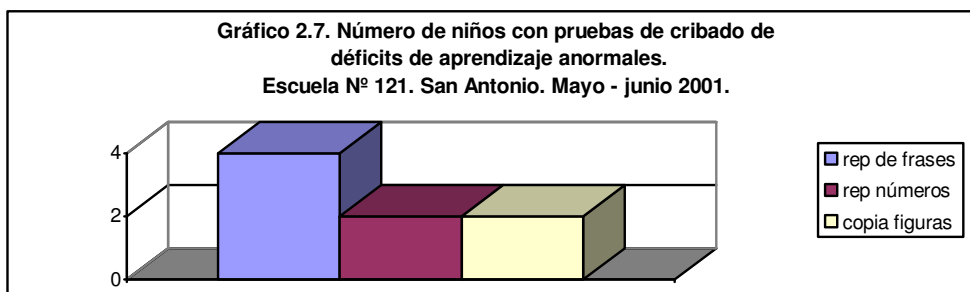
La prueba de Snellen resultó patológica en la población estudiada en un 65% de los niños (25 niños), predominando la disminución de la agudeza visual en varones (88%), respecto a las niñas (44%)



Respecto al cribado de Estrabismo, el cover – uncover test mostró un solo niño con dificultad en la acomodación del ojo derecho, mientras que el Test de Hirschburg fue normal en todos los casos.

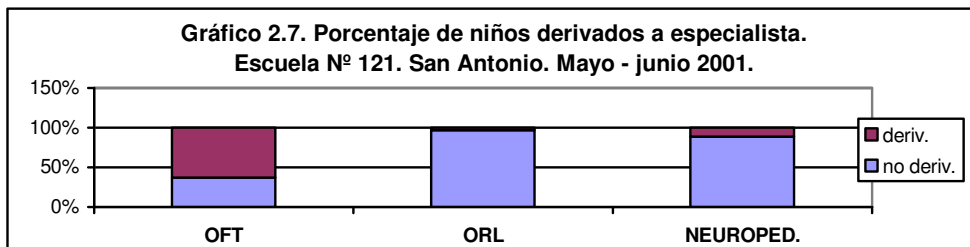
Las pruebas audiométricas subjetivas no mostraron resultados patológicos, y solo un niño debió ser derivado a ORL para valoración por contar con factores de riesgo para hipoacusia.

Respecto al cribado de dificultades de aprendizaje, los resultados de las pruebas arrojaron los siguientes resultados:



Los niños que debieron ser derivados a Neuropediatría fueron 4, ya que 2 de ellos presentaron las 3 pruebas anormales y los otros 2 solamente la repetición de frases.

De este estudio resultaron las siguientes derivaciones a especialistas:



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

La presente monografía ha pretendido demostrar que los principios que sustentan la práctica del Médico de Familia y Comunitario contribuyen de manera sustantiva a la implementación de un Modelo de Atención Integral a la Salud.

En la Policlínica de San Antonio y durante 3 años (1999 – 2001), las residentes de Medicina Familiar y Comunitaria realizamos una serie de acciones tendientes a demostrar lo anteriormente citado.

De este trabajo queremos destacar fortalezas y debilidades.

### FORTALEZAS:

- a) se logró una comprensión y acompañamiento del perfil de trabajo propuesto por parte del equipo de Salud que trabajaba en la Policlínica, lo que facilitó ampliamente la concreción de las actividades. Es de destacarse la tarea de la Sra. Norma De León, determinante en este sentido. Contamos en todas las instancias con la autorización de la Dra. Scuadroni.
- b) La población usuaria de la Policlínica acompañó y participó en la implementación de las actividades realizadas.
- c) Se introdujeron cambios sustanciales en la organización de las consultas. En este sentido aumentó el número de controles en Salud, destacando que los controles de embarazos de bajo riesgo eran realizados prácticamente en su totalidad por las residentes de MFyC (no contábamos con partera). También fue significativo el descenso en las consultas no clasificables lo que demuestra el compromiso del equipo de Salud por mejorar la calidad de los registros. Las consultas por patologías aumentaron, contribuyendo a esta situación la consulta médica del usuario que antes reiteraba la medicación sin realizar dicha instancia, y la mejora en los registros de los partes diarios. La reiteración de medicación indiscriminada descendió muy poco, lo que refleja la dificultad de cambiar conductas que se vienen realizando de forma rutinaria desde hace mucho tiempo. A esto debe de agregarse que este grupo de pacientes lo constituyen en su mayoría adultos mayores con dificultades para el traslado a la Policlínica, por lo que la repetición muchas veces la realiza un familiar o un vecino.
- d) Se introdujo por primera vez en la Policlínica la atención domiciliaria, bajo la modalidad de visita domiciliaria y la realización de la HCF. Esto permitió profundizar en el conocimiento del paciente, de su familia y valorar ese contexto a la hora de resolver problemas de Salud. Pensamos que parte del “nuevo grupo de síntomas de ansiedad – depresión” en el registro de consultas por patologías se debió a este mejor acercamiento a la dimensión psico – socio –familiar. Se fortaleció con esto la atención longitudinal y continua.
- e) Las actividades de Educación para la Salud “abrieron” las puertas del consultorio al intercambio con la gente. Tuvieron una muy buena recepción de la población en todos los casos. Particularmente en las realizadas en los talleres en Sala de espera, los usuarios preguntaron e intervinieron mucho, comentando al equipo la aplicación de ciertas medidas conversadas en el manejo de la enfermedad de sus hijos. También fueron un componente importante previo al inicio de la realización de PAP en la Policlínica.
- f) Respecto a las actividades de cribado realizadas, la baja tasa de derivación de los problemas de Salud encontrados destaca la importancia de un 1er nivel resolutivo y la capacitación de los profesionales que trabajan en el mismo.

#### DEBILIDADES:

- a) si bien se logró un verdadero trabajo en equipo, no todas las disciplinas se sumaron a la propuesta. Enfermería y odontología no participaron de las actividades realizadas. En este sentido debemos de mirar que tanta participación se dio a estas disciplinas o si solo se conformó el equipo con aquellas que tenían directa ingerencia en las actividades a realizar. El trabajo perdió la oportunidad de enriquecerse de otras miradas.
- b) La participación de la población se limitó a la implementación de la actividad, donde los mismos se sumaron de forma muy activa. No obstante este no es el sentido de la participación comunitaria como proceso que involucra a la gente en todas y cada una de las etapas de la planificación de acciones en Salud, interviniendo y aportando en la elaboración de estrategias, en la toma de decisiones. Diríamos que lo que se logró fue una adecuada "colaboración de la comunidad" frente a iniciativas (también válidas, pero no las únicas) del equipo de Salud.
- c) El enfoque familiar se centró en el manejo de uno de sus instrumentos: la HCF. Si bien esta no es una herramienta menor, la misma debe poder ser utilizada también en el consultorio, y debe de complementarse con otros instrumentos del abordaje familiar: el appar familiar, el cuestionario MOS, entre otros. Pensamos que estos son pilares identificatorios de la Medicina Familiar y Comunitaria, por lo tanto deben ser priorizados en una práctica de Residencia.
- d) La Educación para la Salud se debe plantear como un proceso dentro de una intervención social y en Salud integrada por actuaciones a todos los niveles (político, social, familiar, individual). Sin embargo, en este trabajo la Educación para la Salud se plantea como una actividad única, es decir no integrada dentro de un programa de intervención, en la que básicamente se intercambié información entre profesionales y un grupo de población. La metodología pedagógica utilizada para trabajar la EPS es determinante a la hora de crear y recrear espacios de participación. No se trabajó desde la estrategia de promoción de salud que plantea la tríada inseparable de la EPS, la comunicación social y la participación comunitaria
- e) Hay una gran debilidad en la realización de acciones en el marco de la estrategia de Promoción de Salud, con integración de otros sectores, además del sector Salud y Educación. La lógica del trabajo en red implica una manera diferente de circular el poder a nivel de las instituciones de la zona y permite una mejor racionalización en el uso de los recursos. Pensamos que en este sentido la comunidad de San Antonio podría haber sido un ámbito fértil para el desarrollo de esta estrategia.

Como reflexión final cabe preguntar que pasó luego de abril 2002.....

La participación de la comunidad en su sentido más genuino y orientada al empoderamiento, permite que las acciones que se emprendan sean vividas y tomadas como propias. Por ende reclamarán frente a su falta o construirán más allá de los técnicos y profesionales.

En suma, este trabajo pretendió demostrar desde sus fortalezas y debilidades, la importancia del trabajo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en el marco de un Modelo de Atención Integral a la Salud, cuya finalidad última es contribuir a la mejora en la calidad de vida de la población.

**CRONOGRAMA.**

	ABRIL - JULIO 99	AGOS - NOV. 99	DIC 99 - MARZ 00	ABRIL - JULIO 00	AGOS - NOV. 00	DIC 00 - MARZ 01	ABRIL - JULIO 01	AGOS - NOV. 01	DIC 01 - MARZ 02
<b>ETAPA DIAGN</b>									
<b>OGANIZAC. ASISTENCIA</b>									
<b>ATENCIÓN DOMICILIARIA</b>									
<b>ATENCIÓN FAMILIAR</b>									
<b>EDUCACIÓN PARA SALUD</b>									
<b>PREVENCIÓN PAP</b>									
<b>PREVENCIÓN ESCUELA</b>									

## BIBLIOGRAFÍA.

- OMS - Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Canadá, 1986.
- OMS. Salud para todos. Glosario de Términos- adaptación. Ginebra, 1998.
- Piedrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª edición. MASSON. Barcelona, 2000.
- Etchebarne L, Bozzo E, Garay M. Programación participativa en Salud Comunitaria. PROPAS. Comisión Sectorial de Educación Permanente. UDELAR. Abril, 2005.
- De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la Atención Familiar. DOYMA. Barcelona, 1994.
- Garay M, Tuzzo, R Díaz A. Emergencias emocionales, abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención. FEFMUR. Montevideo. Marzo 2006.
- Scocozza M. Interdisciplina: un encuentro más allá de las fronteras. Montevideo. Revisión 2002.

<http://www.dem.fmed.edu.uy/Unidad%20Psicopedagogica/Documentos/documentos.htm>

- XXXVIII GMC. GLOSARIO DE TÉRMINOS COMUNES EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MERCOSUR. Buenos Aires, 28/VI/00
- Poder Legislativo. Cámara de diputados. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. Texto aprobado. Montevideo. Noviembre 2007.
- Etchebarne L. Temas de Medicina Preventiva y Social. Cátedra de Medicina Preventiva y Social. ARENA. Montevideo, 2001.
- Zurro M, Pérez C. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 3ra edición. MOSBY - DOYMA. Barcelona, 1995.
- Rubinstein A, Terrasa S. Medicina Familiar y práctica ambulatoria. 2º edición. PANAMERICANA. Argentina, 2006.
- Restrepo H. Curso Internacional de Promoción de Salud. La Promoción de la Salud y la Prevención de Riesgos y de Enfermedades: Un debate presente. Documento para foro. CLAEH. EVES. Universidad de Antioquia. FLACSO. OPS. Mayo 2007.
- Restrepo H. CIPS. Promoción vs Promoción de la Salud. Documento para foro. CLAEH. EVES. Universidad de Antioquia. FLACSO. OPS. Mayo 2007.
- Hernandez, J. Curso Internacional de Promoción de Salud. La participación. CLAEH. EVES. Universidad de Antioquia. FLACSO. OPS. Mayo 2007.
- 8va Convención Médica Nacional. Informe de la Comisión de Sistema de Salud. Montevideo. Agosto 2004. <http://www.convencionmedica.org.uy>.
- Muñoz MJ. La reforma de la Salud en el Uruguay. ADUR. Hospital de Clínicas. Montevideo. Setiembre 2006.
- ESCUELA DE GRADUADOS. FACULTAD DE MEDICINA - DEPARTAMENTO DE DOCENCIA EN COMUNIDAD. Prof. Dr. Hugo Bielli. PROGRAMA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. Julio 2003.
- OPS - OMS. Herramientas de comunicación para el desarrollo de entornos saludables. Serie Paltex. Washington, 2006.
- Área Salud. Modelos de Atención en Salud. Curso niveles de atención. 2007.
- PROFAM. Introducción a la práctica de la Medicina Familiar. <http://www.foroaps.org/files/introduccion.pdf>
- Schelotto, F. Doménech, D. Instituto de Atención Primaria de Salud. Facultad de Medicina. Montevideo. Setiembre 2006.
- Schelotto, F. Doménech, D. Instituto de Atención Primaria de Salud. Facultad de Medicina. Modificado. Montevideo. Setiembre 2007.