

Monografía

INSERCIÓN de la FACULTAD de MEDICINA, DEPARTAMENTO de MEDICINA FAMILIAR y COMUNITARIA

En la Ciudad de Barros Blancos
Departamento de Canelones
(2008-2010)

Dr. Julio Braida - Dr. Simón Centurión

Tutor: Prof. Adj. Dra. Jacqueline Ponzo

Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria.
Facultad de Medicina
Universidad de la República

ÍNDICE

1) INTRODUCCIÓN

2) MARCO TEORICO

- 2.1 Concepto de salud
- 2.2 Salud comunitaria
- 2.3 Comunidad
- 2.5 Participación comunitaria
- 2.5 Atención primaria de salud
- 2.6 Promoción de salud
- 2.7 Equipo de salud del primer nivel de atención
- 2.8 Medicina familiar y comunitaria
- 2.9 Extensión universitaria

3) CARACTERIZACION del AREA

- 3.1 Características geográficas
- 3.2 Caracterización de la población
- 3.3 Servicios

4) CONTEXTO HISTORICO y SOCIO POLITICO

- 4.1 El sistema nacional integrado de salud
- 4.2 Reforma universitaria
- 4.3 Facultad de medicina
- 4.4 Unidad Docente Asistencial
- 4.5 Descentralización
- 4.6 Participación de la comunidad

5) OBJETIVOS

- 5.1 Propósito
- 5.2 Objetivo general
- 5.3 Objetivos específicos

6) RECURSOS

7) METODOLOGIA

- 7.1 Pensada desde el territorio
- 7.2 Planificación
- 7.3 Diagnostico
- 7.4 Priorización de problemas de salud
- 7.5 Coordinación interinstitucional
- 7.6 Coordinación intersectorial
- 7.7 Trabajo en red
- 7.8 Negociación
- 7.9 Interdisciplina
- 7.10 Resolución de problemas

7.11 Participación de la comunidad

8) RESULTADOS

Proceso enseñanza-aprendizaje

8.1 Actividad docente asistencial

8.2 Actividades de docencia directa

8.3 Investigación

8.4 Actividades comunitarias

Niñez

Adolescencia

Adulto y adulto mayor

Instituciones deportivas

Discapacidad

Semana del corazón

Medios de comunicación

8.5 Gestión

Centro Cívico Salvador Allende

Coordinación interinstitucional e
Intersectorial

Servicio Integral de Protección a la
Infancia y Adolescencia contra la
Violencia (SIPIAV)

Comité regional eje ruta ocho contra
la violencia domestica

Nodos

9) CONCLUSIONES

10) REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

11) ANEXO

1 Lista de Instituciones con las que se realizó coordinación

2 Convenio fundacional del Proyecto Unidad Docente
Asistencial del Centro Cívico Salvador Allende.

3 Proyecto de instalación de Dto. de Medicina Familiar y
Comunitaria en el Centro Cívico Salvador Allende

4 Equipo de trabajo

5 Imágenes (registro histórico)

1 INTRODUCCIÓN

La presencia del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria (DMFyC) en la Ciudad de Barros Blancos, concebida como proyecto en el año 2007, se orientó a brindar un servicio de asistencia, docencia en pre y postgrado e investigación en el marco de la extensión Universitaria.

La Ejecución de este proyecto fue viable por la confluencia de cambios que se procesaban en diferentes sectores de la sociedad generando una encrucijada de oportunidades:

- a) Una comunidad que exige un sistema sanitario con una perspectiva integral y holística.
- b) El nuevo sistema nacional integrado de salud.
- c) La descentralización de la Universidad de la Republica en el marco de la segunda reforma universitaria.
- d) El nuevo plan de estudio de la Facultad de Medicina. La nueva estructura del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria
- e) El proceso de descentralización de la Intendencia Departamental de Canelones (Comuna Canaria)

Barros Blancos es una ciudad ubicada en el departamento de Canelones dentro de la zona metropolitana, a 22 Km. del centro de Montevideo. Tiene una extensión de 7 Km. sobre la ruta 8 y 2 Km. a ambos lados de la ruta.

En la localidad de Barros Blancos, en el año 2007 la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) contaba con:

- Una policlínica con tres consultorios para un equipo de salud integrado por tres médicos generales, una pediatra, una ginecóloga, dos auxiliares de enfermería, una licenciada en nutrición.
- Cuatro consultorios distribuidos en la ciudad (3 de médicos de familia y 1 médico de área), estos 4 sin más personal que el médico de la policlínica.
- Una única farmacia para toda la ciudad

Los usuarios de ASSE se estimaban en el 50% de la población, es decir, 15.000 personas aproximadamente en contexto de alta vulnerabilidad, pobreza y una natalidad más elevada que el resto del Uruguay lo que justificaba ampliamente mejorar las prestaciones, abriendo nuevos servicios que tuvieran como objetivo primordial la calidad en la atención a la salud.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Concepto o definición de salud

La OMS en 1946, definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad. Esta definición ha recibido innumerables críticas como: estática, poco objetiva, utópica, sin tener en cuenta la realidad sociopolítica e histórica en que vivimos las personas.

La definición o concepto de salud de los Doctores Hugo Villar y Roberto Capotte se ajusta con mayor precisión a la realidad histórica, socio cultural y económico. *“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 esta condicionada al modo de producción y a cada momento histórico de la sociedad; es un derecho humano fundamental y constituye un inestimable bien social”*ⁱ

Esta definición complementa la que en 1964 Salvador Allende había hecho de la salud como un: *“Proceso dialéctico, biológico y social producto de la interrelación del hombre con el medio ambiente, influido por las relaciones de producción y que se expresa en niveles de bienestar físico, mental y social”*ⁱⁱⁱ

Es desde esta perspectiva que se debe desarrollar la atención a la salud y la formación de recursos para esa atención

2. 2. Salud comunitaria

La salud comunitaria representa un avance más en la evolución de la salud pública.

La salud comunitaria introduce la responsabilidad y participación de la comunidad en la planificación, la administración, la gestión y el control de las acciones que conducen a un óptimo estado de salud de sus integrantes. Es colectiva, se enfoca en la comunidad, de abordaje multisectorial y multidisciplinaria con la participación de la comunidad tanto en las decisiones como en la ejecución de éstas.

Según Conill y O'Neillⁱⁱⁱ la salud pública equivale a la salud comunitaria si se le añade el polo participativo de la comunidad.

2.3. Comunidad

Personas, familias, organizaciones sociales e instituciones que comparten problemas y percepciones sobre una realidad o situación común, pudiendo habitar o no en un sector geográfico determinado.^{iv}

2.4. Participación Comunitaria

Es el proceso consciente por el cual la comunidad siente, analiza y prioriza sus problemas para luego decidir y actuar para solucionar los mismos, asumiendo la responsabilidad que garantiza el proceso.

“La participación comunitaria es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios, de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y al comunitario”^v

La participación comunitaria es indispensable para que la estrategia de APS se desarrolle en cada comunidad.

Entendiendo que hay diferentes formas y niveles de participación, ser parte y tomar parte en los problemas de la comunidad es la forma de incidir para que las condiciones de vida mejoren en una comunidad.

La participación comunitaria puede considerarse como medida de la profundización democrática en la medida que lleva a democratizar la información, la producción de conocimiento y la toma de decisiones, en última instancia desarrolla el empoderamiento de la comunidad de sus derechos y responsabilidades respecto a su salud, lo que implica compartir el poder.

No hay procesos sustentables a largo plazo si no son patrimonio de la comunidad y esto solo es posible a través de la participación, esta no se decreta, se promueve, se incentiva se facilita.

2.5. Atención primaria de la salud

“Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”. Conferencia OMS sobre APS Alma Ata 1978.⁵

Es una estrategia que se aplica a todos los niveles de atención (primaria significa primordial- principal- esencial y no básica ni elemental como algunos técnicos la traducen) esta definición (en el marco de salud para todos en el año 2000) que tiene vigencia absoluta, requirió de ajustes para poder concretar los objetivos.

La renovación de APS esta centrada en el desarrollo de objetivos medibles que permitan

cuantificar el desarrollo de la estrategia. Esta se basa en tres pilares: valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en APS.

“Valores: derecho al mayor nivel de salud posible, equidad y solidaridad.

Principios: Intersectorialidad, participación, sostenibilidad, justicia social, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, orientación hacia la calidad, dar respuesta a las necesidades de salud de la población.

Elementos esenciales: Primer contacto, atención integral integrada y continua, orientación familiar y comunitaria, énfasis en la promoción de salud y en la prevención de enfermedades, cuidados apropiados, mecanismos de participación activa, marco político legal e institucional sólido, políticas y programas que promuevan la equidad, organización y gestión optimas, recursos humanos adecuados, recursos adecuados y sostenibles, acciones intersectoriales, cobertura y acceso universal.^{vi}

2.6. Promoción de Salud

La carta de Ottawa^{vii} establece que la promoción de salud es el proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud, ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla.

Se basa en los siguientes principios: Afecta a las personas en su vida cotidiana, pretende influir en los determinantes de la salud, combina métodos y enfoques que son diferentes pero complementarios. busca la participación de la población en su conjunto, los profesionales de la salud actúan como facilitadores de la promoción de la salud.

Para esto la carta de Ottawa establece cinco áreas de acción:

“Establecer una política publica saludable

Creación de ambientes favorables para la salud

El reforzamiento de la acción comunitaria

Desarrollo de las aptitudes personales

*Reorientación de los servicios sanitarios”*⁷

Este enfoque promueve que los profesionales de la salud reubiquen su mirada en forma integral pensando a las personas desde la salud y como colaborar a mantenerla y desarrollarla, además de capacitarse para prevenir y o tratar enfermedades exclusivamente. Implica no descuidar ninguno de los aspectos que hacen al equilibrio salud enfermedad en una persona, familia y comunidad.

La promoción de la salud como política pública debe contar con la decisión clara y firme de todas las áreas de gobierno y no solo de las autoridades sanitarias.

Los espacios donde se construye la promoción de la salud son desde las definiciones políticas al más alto nivel (definiciones sobre política económica, social, desarrollo), hasta las acciones cotidianas que apoyen las decisiones individuales a favor de la salud.

2.7. Equipo de salud del Primer Nivel de Atención

El equipo de salud lo entendemos como una estructura organizativa, funcional, flexible. Integrada por profesionales, técnicos, representantes de la comunidad, que desarrollan actividades de APS con el objetivo de contribuir a mejorar la salud de la comunidad.^{viii}

La actividad se desarrolla en el seno de una comunidad

Debe tener este equipo capacidad de articulación con los actores locales para optimizar los recursos que permitan el mejor desarrollo de la estrategia de APS. El equipo lo forman personas con saberes y funciones diferentes que deben tener objetivos comunes y una acción que interrelaciona a sus integrantes logrando que el resultado del proceso sea superior a la suma de la acción individual de cada uno de ellos.

El equipo de salud es por constitución multidisciplinario aunque el desarrollo que le permita llegar a la interdisciplina es un camino que enriquece a sus integrantes mejora los resultados de su trabajo.

El equipo de salud del primer nivel de atención es clave en el modelo de atención que asegura un sistema de salud accesible, continente, eficaz, eficiente. Debe ser la puerta de entrada al sistema y asegurar la longitudinalidad de la atención así como la integralidad de esta a través de una gestión local que también incorpore la investigación, la formación continua de sus integrantes, y la formación de recursos humanos para la salud.

En este equipo el medico de familia y comunitario ocupa un rol importante dada su formación como especialista medico en el primer nivel de atención. Su formación, para abordar los más diversos y complejos problemas de salud, en gestión, así como para trabajar en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, lo transforman en el profesional medico idóneo para integrar estos equipos de salud del primer nivel de atención.

Si bien la integración de los equipos de salud del primer nivel de atención varían de acuerdo a las particularidades de cada lugar y los recursos disponibles, debería haber en todo equipo un medico de familia y comunitario y personal de enfermería.

2.8. Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC)

Para Mc Whinney^{ix}, la MFyC posee un conjunto definido de conocimientos, habilidades, área de investigación y posee un espacio propio de actividades. Su ámbito de acción es el primer nivel de atención y la estrategia de APS y la promoción de salud encuentran en este el mayor espacio para su desarrollo. El enfoque comunitario le permite una valoración desde la medicina colectiva utilizando herramientas epidemiológicas, realizando diagnósticos de comunidades e interviniendo en las mismas. La organización mundial de médicos de familia (WONCA) la define como *“la especialidad medica que brinda cuidados integrales de salud al individuo a la familia y la comunidad”* y Lemus Elia Rosa^x la define como *“la especialidad efectora de la APS, que posee un cuerpo de conocimientos*

propios, con una unidad funcional conformada por la familia el individuo y la comunidad tiene como base el método clínico epidemiológico y social integrando las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta”.

El programa de postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Republica define 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. La MFyC incluye en sus contenidos a la medicina familiar tal como se entiende y ejerce en múltiples países, desde que la familia es la célula del entramado social. Asimismo desborda la medicina familiar en aspectos tales como Sociología, Antropología y Epidemiología, aplicadas al enfoque comunitario*”^{xi}. El profundo sentido humanista es una de las características del medico de familia y comunitario

El medico de familia y comunitario en nuestro medio es un recurso idóneo para impulsar el cambio de modelo de atención desde los equipos del primer nivel de atención. Su formación así como su inserción natural en la comunidad en la cual trabaja lo ubica en un lugar privilegiado para ser protagonista de este cambio de modelo que es uno de los pilares del Sistema Nacional Integrado de Salud. Este especialista suma a la definición de Mc Whinney la formación de recursos a través del proceso enseñanza–aprendizaje con estudiantes de pre y postgrado.

2.9. Extensión Universitaria

La definición de la extensión universitaria de la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay en la IX Convención “Universidad para el Pueblo en 1999” dice: “*no podemos concebir la función de la extensión universitaria, desvinculada de las otras dos funciones básicas, la enseñanza y la investigación. La extensión no solo es un proceso de formación integral a través del cual se co resuelven problemáticas sociales definidas con el aporte del conocimiento generado, sino que es fuente de información principal para la planificación de la enseñanza formal universitaria y para el direccionamiento de la investigación científica. Es por tanto la función que sirve de guía política a la institución, garantizando la pertinencia social del trabajo en el universidad*”^{xii}.

El documento propone la creación de una unidad académica que contribuya a desarrollar y fortalecer la función de extensión en la Facultad.

En la Facultad de Medicina las actividades que se desarrollan en el primer nivel de atención están enmarcadas en su inmensa mayoría dentro de la extensión universitaria. Si bien la docencia o proceso enseñanza aprendizaje y la investigación se organizan por separado respondiendo cada una de ellas a los fines de la Universidad, en la practica, muchas de las acciones de investigación en la comunidad como enseñanza aprendizaje en la clínica también forman parte de la extensión junto con la asistencia y las actividades comunitarias de promoción de salud, educación para la salud, prevención de enfermedades, coordinaciones interinstitucionales e intersectoriales, formación de grupos o equipos para abordaje de problemas complejos, trabajo en redes

3. CARACTERIZACIÓN del ÁREA de TRABAJO

La ciudad de Barros Blancos debe su nombre a la huella que dejaban las carretas cuando previamente habían transitado por esta localidad, esto ocurría por el tipo de suelo de este lugar. En 1963 recibió la categoría de “pueblo”, en 1994 se lo catalogó como ciudad, y por Ley N° 18.136 del 11 de Junio de 2007, la ciudad se llama Barros Blancos.

3.1. Características geográficas

El departamento de Canelones tiene una superficie de 4.536 kilómetros cuadrados.

Cuenta con 29 municipios

La Ciudad de Barros Blancos es uno de estos municipios, se encuentra ubicada al sur este del Departamento de Canelones, en el área metropolitana. se extiende desde el Km. 22 al Km. 29 de la ruta 8, limitando al sur con la ruta 101, al norte con el camino José Gervasio Artigas, al suroeste con el departamento de Montevideo y al noreste con la ciudad de Pando.

Es una ciudad extendida que no presenta un centro característico. Con los servicios básicos dispersos a lo largo de varios kilómetros. Muy pocos espacios sociales, recreativos, deportivos, comerciales y financieros para sus habitantes. Esta compuesta por un conjunto de villas, barrios y varios asentamientos irregulares. Las características de esta ciudad la transformaron en un lugar privilegiado para la construcción de un Centro Cívico que proporcionara el espacio físico para generar una centralidad local con el objetivo de mejorar el acceso a los diferentes servicios y propiciar la coordinación interinstitucional e intersectorial, cumpliendo además con ser un espacio de nucleamiento, recreación y actividad social en la zona.

Dentro de la ciudad de Barros Blancos están ubicadas las dos policlínicas que serán la referencia de este trabajo, son la policlínica del Centro Cívico Salvador Allende (CCSA) y la policlínica Entre Todos.

El área de influencia de las policlínicas de CCSA y Entre Todos se encuentra delimitada:
Al Norte Calle “Los naranjales” (Villa Manuela) y Ruta 8.

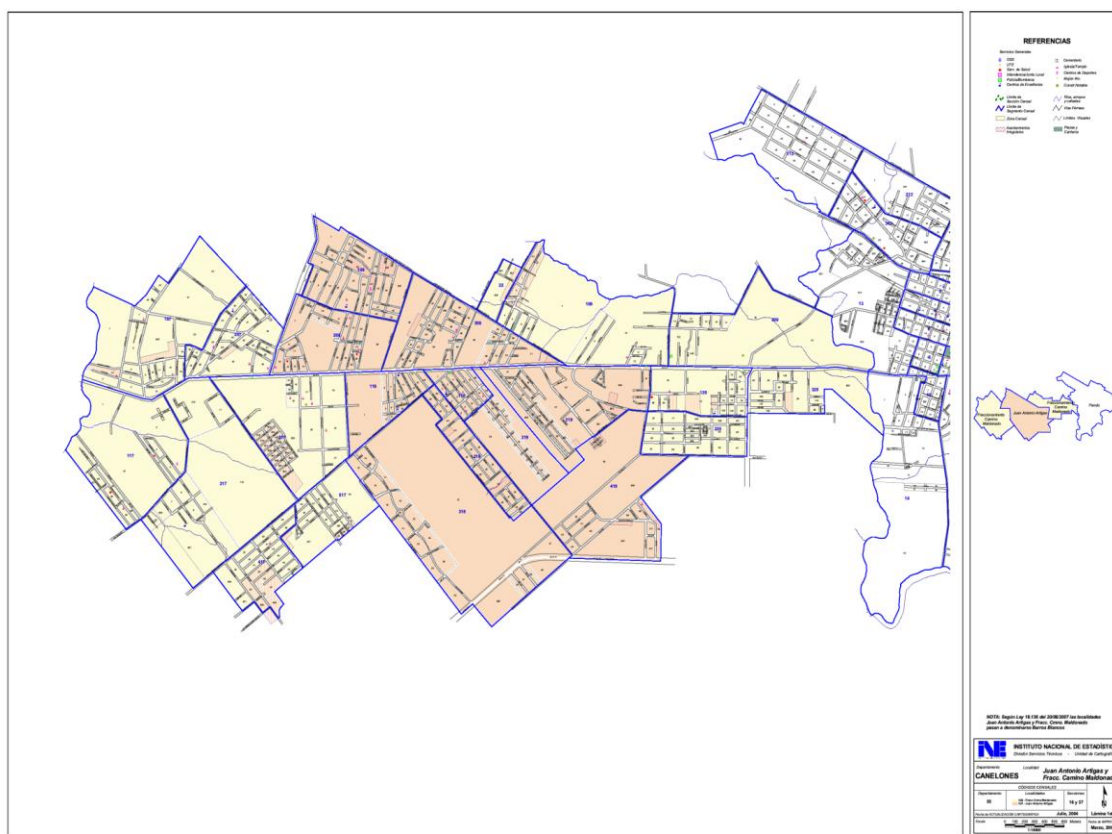
Al Sur la Ruta 101.

Al Este Ruta 74, Calle “Los paraísos”, Calle 21 de Setiembre.

Al Oeste el Arroyo Toledo, camino Paso Escobar, camino Arroyo Cuñapirú.

Las Villas de referencia son: Las Flores, Electrón, Universitaria, Bella Vista chico, Bella Vista Grande, Villa Altamira, Villa Manuela, La loma.

MAPA de la CIUDAD de BARROS BLANCOS



3.2. Características de la Población

El departamento de Canelones tiene una población total de 520.187 habitantes, 471.968 en zona urbana y 48.219 en zona rural, distribuidos en 29 municipios según censo 2011.

La ciudad de Barros Blancos contaba con una población de 28.610 habitantes con una distribución etárea más joven que la de todo el Departamento y la del País: (65 y más años: 9,6% para Barros Blancos, 12,25% para Canelones y 13,4% para todo el País) según datos del último censo

En el censo 2011 la población de Barros Blancos era de 31.650 habitantes.

3.3. Servicios de Barros Blancos

Se describe la situación de los servicios en el año 2008:

Transporte: contaba con servicios locales, departamentales e ínter departamentales de las compañías de ómnibus COPSA, Tala Pando Montevideo y CUTCSA.

Educación: la ciudad contaba con 8 escuelas públicas, una privada, un liceo (de primer y segundo ciclo), un centro UTU, 6 Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF) y varias instituciones privadas de educación preescolar

Recreación: contaba con nueve clubes sociales y deportivos, dos escuelas de samba entre otras instituciones.

Servicios de Salud: En el sub-sector público existía una red de 5 policlínicas de primer nivel de atención en Barros Blancos. Las Policlínicas coordinaban con Centro Auxiliar de Pando ubicado a 8 km de nuestra zona, (15 minutos en ómnibus aproximadamente) que brinda servicio de urgencia- emergencia 24 horas y especialidades básicas. Desde allí se coordina a un segundo y tercer nivel de atención, generalmente en Hospital Pasteur y Centro Hospital Pereyra Rossell (CHPR), servicios pertenecientes a ASSE. En el sub-sector privado existían 5 policlínicas de diferentes mutualistas y un servicio de emergencia móvil.

4 CONTEXTO HISTORICO Y SOCIO-POLÍTICO

La necesidad y oportunidad de desarrollar este proyecto se enmarca en las condiciones histórico-políticas generadas por un cambio de rumbo en el país a partir del año 2005 como consecuencia del proceso de acumulación de la sociedad uruguaya.

Al inicio de este proyecto coinciden varios procesos de reformas en diferentes instituciones, en la Universidad de la República (UdelaR), en Facultad de Medicina (FM), en el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria (Dpto. MFyC), en la Intendencia Departamental de Canelones (IDC) (Comuna Canaria), en el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la salud en general, debido a la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en el que influyeron definiciones de la 8ª Convención Médica Nacional (2004).

Desarrollaremos brevemente estos procesos.

4.1. El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

Creado por la (Ley N° 18211 publicada en diciembre de 2007) presenta como pilares el cambio en la gestión, en la financiación y en el modelo de atención a la salud, el eje de éste último pilar está basado en la estrategia de la Atención Primaria de Salud (APS) y la consolidación de un primer nivel de atención continente y resolutivo que permita una atención integral a la salud, promoviendo a su vez la participación comunitaria en defensa de la salud como un derecho.

La Ley 18.211 tiene como principios rectores del SNIS: a) la promoción de la salud b) la Intersectorialidad de las políticas de salud, c) la cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud, d) la equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones, e) orientación preventiva, f) la calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos, respete los principios de la bioética y los derechos humanos, g) respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su salud, h) elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios, I) la participación social de trabajadores y usuarios, j) la solidaridad en el financiamiento general, k) la eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales y l) la sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.^{xiii}

Promueve la participación de usuarios en sus instituciones, así en el capítulo II (Integración del SNIS) artículo 12 dice; *“para integrar el SNIS es preceptivo que las instituciones públicas y privadas cuenten con órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios”*¹⁵

La financiación se reorganiza a través de la creación de un Seguro Nacional de Salud que lo administra la Junta nacional de salud (JUNASA) creada en el capítulo III de la Ley 18.211. Se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA) por ley 18.131 que será administrado por el Banco de Previsión Social (BPS) y lo integran aportes de los trabajadores, de empleadores y del propio BPS.

Sobre el modelo de atención, el Capítulo IV, artículo 34, dice: *“El sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará al primer nivel de atención”*^{xiv} En este contexto se redimensiona ASSE como servicio descentralizado. A través de la Ley 18.161, Tiene entre sus cometidos: organizar y gestionar los servicios destinados al cuidado de la salud en su modalidad preventiva y el tratamiento de enfermos. *“Ejercer coordinación con los demás organismos del estado que prestan servicios de salud... formar parte del Sistema Nacional Integrado de Salud”*^{xv} (artículo 4).

4.2. Reforma Universitaria

El proceso de la segunda reforma Universitaria de la UDELAR tiene como uno de sus ejes fundamentales la descentralización de la enseñanza terciaria en el país.

En diciembre de 2006 el rector Rodrigo Arocena plantea que una de los problemas que identificaba como prioritario era la Universidad en el interior.

La reforma universitaria marcha hacia una nueva ley orgánica impulsada desde el rectorado junto a la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay (FEUU) y que la Asociación de Docentes de la Universidad de la Republica (ADUR) apoyara desde XIII convención, el 22 de mayo de 2010.

Entre los avances concretados, aún en el marco de la Ley Orgánica de 1958 se encuentra la curricularización de la extensión universitaria, haciendo que los fines de la Universidad, docencia, investigación y extensión, tengan el mismo nivel de jerarquía en la currícula universitaria.

Se crea el Instituto Universitario para el Primer Nivel de Atención (IUPNA) en el marco del Programa de integración Metropolitano (PIM) de la Universidad de la Republica.

La creación del IUPNA se basa principalmente en dos enunciados:

- a) el desafío para la Universidad y para las instituciones de la salud de orden público y privado de poder convivir en un ámbito interinstitucional destinado a generar una estrategia común de Atención Primaria en Salud, con la debida coordinación de programas de atención, enseñanza, investigación y extensión en todos los niveles , pero con especial énfasis en el primer nivel.
- b) el impostergable reconocimiento del primer nivel de atención y de la comunidad como espacios de jerarquía académica comparables a los otros niveles de atención. Esta unidad funcional surge de la necesidad de contribuir a:

- “ 1. *organizar de forma integrada y coordinada los servicios académicos y de atención a la salud en el primer nivel de atención.*
2. *promover una adecuada coordinación entre los responsables de dirigir los servicios de Salud y los responsables de la formación de los recursos para el sistema de Salud.*
3. *integrar, racionalizar y operativizar objetivos, recursos humanos, materiales y técnicos entre los servicios docentes del área Salud de la UDELAR y los efectores de salud, partiendo de la heterogeneidad de las experiencias ya existentes en éste ámbito.* ”^{xvi}

El IUPNA pretende contribuir a clarificar y ordenar el complejo panorama de los servicios universitarios que trabajan en el primer nivel, jerarquizando académicamente la práctica de la atención a la Salud, coordinando y fortaleciendo el desarrollo de las múltiples actividades desde una perspectiva interdisciplinaria y contribuyendo a favorecer una cultura de participación comunitaria

Para avanzar en la implementación del IUPNA, la Comisión Inter servicios propone en 2008, generar una micro experiencia que lleve a terreno los cometidos previamente citados, contribuyendo a demostrar de esta manera, la necesidad y factibilidad de la creación de un Instituto de estas características.

El **Programa Integral Metropolitano** fue creado en el marco del Plan Estratégico de la Universidad de la República 2006-2010 respondiendo a uno de sus objetivos más relevantes: el desarrollo de Prácticas Integrales, siendo implementado en el zonal 6 y 9 de la ciudad de Montevideo, desde marzo del 2008.

El equipo central de gestión del PIM, actualmente está integrado por los Pro Rectores de Enseñanza, Extensión e Investigación, la Directora del Programa APEX- Cerro, la FEUU y docentes de las Unidades Académicas de las Comisiones Sectoriales de Enseñanza, Extensión e Investigación. El equipo de campo reunió docentes de diversas disciplinas y formaciones, desplegando una forma organizativa por ejes territoriales y temáticos. Los territorios de incidencia de los equipos territoriales fueron delimitados por región geográfica: Malvín Norte, Maroñas, Bella Italia y Villa García, y en la zona del Departamento de Canelones, Barros Blancos.

4.3. Facultad de Medicina

Nuevo Plan de Estudios de la Facultad de Medicina

Basado en el perfil del egresado definido por la Asamblea del Claustro de la Facultad en abril de 1995 *“Un medico responsable, con sólida formación científica básico-clínica, capaz de realizar diagnósticos correctos, tomar decisiones clínicas precisas, capaz de comunicarse en su misión de prevenir, curar y derivar adecuadamente; profundamente humanista, critico, preparado para investigar, educar y educarse, dispuesto siempre a aprender, proporcionándole durante su preparación las herramientas metodologicas imprescindibles a tal fin; comprometido con la ética, preparado conscientemente para trabajar en un sistema que priorice la atención primaria de la salud, adiestrado para interactuar armónicamente con los otros profesionales de la salud, que es en definitiva lo que demanda nuestra sociedad”*.^{xvii}

El nuevo plan de estudios (NPE) es aprobado por el claustro de la Facultad de Medicina el 27 de diciembre de 2007.

El (NPE) inicia su implementación en el año 2009. Tiene como conceptos centrales, la integración de la enseñanza básica con la clínica desde los primeros años de la carrera en forma simultánea. Incorporando la enseñanza en el primer nivel de atención desde el primer año y a lo largo de todos los años de la carrera.

Contempla una introducción precoz al proceso enseñanza-aprendizaje clínico desde el segundo año, desarrollándose en policlínicas del primer nivel de atención.

Este plan de estudios se estructura en tres etapas, dos trienios y un año final.

“El primer trienio establece las bases de la medicina comunitaria. En el se estudia la condición de salud y el continuo salud-enfermedad junto a los factores medioambientales, biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, que en el inciden y que amenazan el bienestar de las personas y las comunidades que integran...”

“El segundo trienio se identifica con la medicina general integral en la perspectiva de la persona enferma para su restitución a la sociedad. Se realizara el estudio básico de los agentes psicosociales, biológicos, físicos y químicos causantes de enfermedades que afecten al hombre alejándolo del estado de salud. Así mismo se estudiaran los fundamentos de las técnicas de diagnostico y tratamiento. Incluye la formación clínica de medico

general con especial énfasis en el primer nivel de atención y en la asistencia domiciliaria.”

“El tercer y último período de un año de duración corresponde al internado, un “practicum” que propone consolidar los rasgos del ejercicio preprofesional”

“El plan genera líneas curriculares que vertebradas por la clínica acompañaran al estudiante durante toda la carrera:

Una de ellas es la educación ética que deberá impregnar todos los contenidos y que adaptándose a cada ciclo sea contraparte tanto de los problemas comunitarios como de investigación o de los clínicos, diagnósticos y terapéuticos.

Otra permanencia estará dada por las tareas comunitarias y de del primer nivel de atención, donde se con juntaran los contenidos de las ciencias psicosociales con las biomédicas.

A su vez, estas ciencias biomédicas tendrán como marco de aplicación la integración básico-clínica en un gradiente pautado por las necesidades de cada etapa curricular.

Los créditos otorgados a la investigación, extensión y materias optativas en todos los semestres constituyen la garantía de la ubicuidad del enfoque metodológico”^{xviii}

Se introduce un **título intermedio de técnico en promoción de la salud y prevención de enfermedades**, en el cuarto año de la carrera. Este tiene como perfil: *“Un profesional integrado al equipo interdisciplinario de salud, versado en las disciplinas básicas de las ciencias medicas, con conocimiento cabal del método científico propio de la clínica y la epidemiología, lo cual lo faculta para realizar abordaje de problemas sanitarios de alto impacto en el desarrollo de las políticas de salud. Desarrolla tareas de promoción, educación para la salud, prevención de enfermedades y asistencia bajo la supervisión de un medico responsable mediante acciones en el individuo, la familia y la comunidad...”^{xix}*
anexo II del plan de estudios de la carrera de doctor en medicina aprobada por la asamblea del claustro el 27 de diciembre de 2007

En este marco el proceso enseñanza-aprendizaje tiene como centro el aprendizaje en grupo. Al aprendizaje de la clínica particularmente en semiología se introduce el taller de habilidades clínicas, modalidad en la cual se trabaja con situaciones simuladas en metodología de cambio de roles. En este sistema un estudiante hace el rol de paciente, otro de medico y un tercero controla con una grilla preestablecida, que se cumplan los pasos correctos en la entrevista clínica. Este proceso se desarrolla con la supervisión directa del docente clínico de cada grupo.

El aprendizaje en pequeños grupos basado en la discusión y resolución de problemas.

La incorporación del portafolio como instrumento de documentación y aprendizaje.

El trabajo en salud comunitaria a lo largo de casi toda la carrera.

Al tener como eje la continuidad del proceso en el primer nivel de atención durante toda la carrera permite dar continuidad al estudiante en una comunidad a la que aprende a conocer, a interactuar con ella complementando la actividad clínica y la comunitaria en un mismo territorio.

En el nuevo plan de estudios tiene un peso muy importante el proceso enseñanza-aprendizaje en el primer nivel de atención, y en este, particularmente del departamento de

medicina familiar y comunitaria. En este proceso se incorporan instrumentos como el taller de habilidades clínicas, el juego o intercambio de roles (ponerse en lugar del otro), el portafolio, el aprendizaje en pequeños grupos, que contribuyen a mejorar el aprendizaje en las áreas clínica y comunitaria así como en las materias básicas.

La coordinación de las materias básicas con las clínicas y el trabajo comunitario es otro de los pilares y novedad que tiene este plan de estudio.

A diferencia del plan 68 donde solamente en tres años los estudiantes tienen contacto con el primer nivel de atención, en el nuevo plan de estudios lo tienen a lo largo de toda la carrera, los primeros seis años y el internado.

El Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina (DMFyC) se ha ubicado como uno de los ámbitos centrales en la formación del egresado de la carrera de doctor en medicina y responsable del postgrado en la especialidad de MFyC.

La creación y desarrollo de este Departamento ha sido un proceso complejo que se inicia con la existencia previa de la residencia de MFyC y lleva a la transformación del Departamento de Docencia en Comunidad hasta el año 2004 al Departamento de MFyC desde el año 2007, con una estructura docente en la cual la mayoría de sus integrantes eran de la especialidad. Esta estructura permite orientar la docencia para generar un médico acorde con el perfil que definió el claustro de la Facultad de Medicina.

La residencia de MFyC surge desde el MSP y se inicia en el año 1997 con el ingreso de 4 residentes de la especialidad.

En el año 2001 se creó el postgrado de MFyC.

El número de cargos de residentes por año aumentó progresivamente hasta ser 40 en el año 2009.

En el marco de esta nueva estructura docente el DMFyC asume nuevas responsabilidades en la formación de pregrado (éstas incluyen el proceso enseñanza aprendizaje clínico y comunitario en el primer nivel de atención). En el año 2007 pasa de tener estudiantes de primer y sexto año de la carrera de Doctor en Medicina, a tener participación en la currícula de los estudiantes de primero, segundo, tercero, cuarto y sexto año.

A partir del año 2009, con la implementación del nuevo plan de estudios, se integran progresivamente estudiantes de pregrado durante toda la carrera, superpuestos a los estudiantes del Plan 1968, cuya presencia en el ámbito comunitario se había incrementado notoriamente.

4.4 Descentralización

Entendemos como descentralización un avance en la democratización de la sociedad generando mayor autonomía en la capacidad de decisión a nivel local, tanto en el ámbito político nacional, en el departamental como en el ámbito académico universitario

La descentralización tanto política como administrativa implica la necesidad de generar nuevas centralidades locales que viabilicen dicha autonomía y la capacidad de decisión

Esto lleva a que la comunidad tenga mas posibilidades de tomar parte en las decisiones que la involucran.

El proceso de descentralización en América Latina tiene un fuerte impulso desde la década del '90 cuando comienzan a consolidarse las democracias post dictaduras en nuestro continente.

Esto aparece como respuesta a la tradición centralista de los gobiernos democráticos latinoamericanos hasta la década del 60

La descentralización no debe confundirse con desconcentración que es solo una forma de organizar los servicios y la administración. Descentralización implica transferir recursos y capacidad de decisión al ámbito local

Este proceso se viene dando no solo a través de las estructuras políticas de gobierno, también en la Universidad de la Republica.

En Uruguay se inicia un proceso a nivel departamental en Montevideo, y ya en el siglo XXI a partir del año 2005 en todo el país se establece la creación de los Municipios como tercer nivel de gobierno, transformándose las juntas locales en Municipios cuyas autoridades son elegidas directamente por los ciudadanos mediante el voto directo. La primera elección para el tercer nivel de gobierno fue en 2010.

La Comuna Canaria, en el primer gobierno de izquierda de Canelones, inicia un proceso de descentralización orientado a fortalecer la gestión y la participación de la ciudadanía. en este marco de lo que se dio en llamar *la nueva matriz institucional*, se desarrollan la política de Centros Cívicos como herramientas para el desarrollo local en diferentes ciudades y localidades del departamento.

En Barros Blancos, en el año 2008, se instala el Centro Cívico Salvador Allende (CCSA), primer Centro Cívico del Departamento de Canelones y del país.

Centro Cívico Salvador Allende, ubicado en el predio conocido como La Loma por las características de estar en una zona alta desde donde la visual domina un amplio territorio de la ciudad de Barros Blancos, fue originalmente el casco de un establecimiento rural que fue donado a la iglesia católica. Desde el año 1967 se desarrollaron diferentes actividades de seminaristas, retiros matrimoniales, funciona aún la capilla, también diferentes actividades de capacitación con talleres de cocina, corte y confección, carpintería, así como centro de socialización para los vecinos y lugar donde se reunían para coordinar acciones en defensa de la democracia durante la dictadura en Uruguay (1973-1984).

Luego de un periodo en que no se pudo sostener económicamente el lugar y había quedado en condiciones muy precarias, se llega a un acuerdo entre la Diócesis de Canelones y la Comuna Canaria para cesión de este predio para uso público, bajo administración del Gobierno Departamental.

En octubre de 2007 se firma el acuerdo que incluye el pase en comodato del predio a la Comuna Canaria. La firma del acuerdo se realiza en el propio predio, por parte del Intendente de Canelones, Dr. Marcos Carambula y Monseñor Romero por la Diócesis de Canelones. Es significativa la presencia en este acto del entonces Decano de la Facultad de Medicina, Prof. Dr. Felipe Schelotto, que deja en evidencia la decisión política de la Facultad de Medicina, de participar desde el inicio en este proyecto de desarrollo local que vislumbraba posibilidades para el desarrollo de las políticas universitarias y de salud en ese momento histórico, en el marco de la descentralización.

La Comuna Canaria concibe el Centro Cívico como un espacio que permita instalar y

concentrar servicios y prestaciones públicas hasta entonces dispersos o inexistentes en la ciudad de Barros Blancos. Con esto promueve una nueva centralidad urbana en una ciudad de carácter lineal, carente de espacios comunes.

El CCSA, ubicado en el kilómetro 23.500 de Camino Maldonado, Ruta 8, ofreció condiciones ideales para el desarrollo de un proyecto de inserción del Departamento de MFyC con actividades docente-asistenciales y de salud comunitaria.

Permitió por su ubicación geográfica coordinar estratégicamente con el resto de los efectores de salud así como establecer una coordinación intersectorial, interinstitucional e interdisciplinaria inédita en el país, ya que en el CCSA se concentraron diferentes instituciones que se fueron incorporando durante los dos primeros años de funcionamiento: Centro de atención Ciudadana (CAC) donde se realizan todo tipo de trámites públicos (municipales, contribución, patente, libreta de conducir, UTE, OSE, ANTEL, BPS, CORREO), Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) con su Servicio de Orientación Consulta y articulación Territorial (SOCAT), Ministerio del Interior a través de policía comunitaria, Ministerio de Educación y Cultura (MEC) a través del Centro Educativo de Capacitación y Producción (CECAP) y del Centro MEC, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) e través del centro público de empleo (CEPE), Instituto de la Niñez y la Adolescencia de Uruguay (INAU), Sala Digital y Biblioteca (Dirección de Cultura de la Comuna Canaria), Grupo interinstitucional especializado en dificultades de aprendizaje (INTERIN) integrado por acuerdo de ASSE-MEC-MIDES, Oficina de la Junta Local de la Comuna Canaria, junta de ediles locales de Barros Blancos, Dirección general de Desarrollo Social de la Comuna Canaria, Servicio de salud docente-asistencial por convenio tripartito entre Facultad de Medicina, ASSE y la Comuna Canaria.

El Espacio de Formación e Información Ciudadana (EFIC), Proyecto autolimitado para apoyo a la instalación del CCSA, acuerdo entre el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Comuna Canaria cumplió un rol muy importante en el proceso de instalación y consolidación del CCSA.

Otras instituciones y programas articularon con y desde el CCSA, como Canelones Crece Contigo, Asociación de Discapacitados y Familiares, Centro Uruguayo de Tecnologías Apropiables (CEUTA), Grupo de Usuarios del Servicio de Salud.

La primera institución que abrió sus puertas en el CCSA (junto al CECAP) fue la policlínica a cargo del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria (FM-UDELAR), viabilizada por el acuerdo tripartito mencionado. Ocurrió el 5 de agosto de 2008, culminando así un periodo de coordinación y acondicionamiento del espacio físico para concretar la instalación del servicio.

4.5. Participación de la comunidad

La comunidad estuvo presente en este proceso de diferentes formas, apoyando a las autoridades y facilitando la concreción del proyecto a través de una comisión de apoyo a la formación del Centro Cívico. Este proceso de participación fue determinante en la instalación de una nueva policlínica en Barros Blancos.

El trabajo de vecinos organizados de los barrios Bella Vista y Paso Escobar, junto al equipo del SOCAF (Servicio de Orientación Consulta y Atención a la Familia) Juntos Somos Mas, en el reclamo de un servicio de salud que mejorara la accesibilidad a quienes vivían en esa zona de Barros Blancos, generó la priorización de una policlínica por parte de ASSE. La policlínica Entre Todos se construyó en la calle Canelones esquina Toledo en el barrio Bella Vista al sureste de Barros Blancos y a dos kilómetros del CCSA. Fue construida por ASSE. La mano de obra surgió de un convenio de ASSE con el Sindicato Único de la Construcción y ramas Afines (SUNCA) y se inauguró en abril de 2008.

Es en esta policlínica, seguida pocos meses después por la policlínica del CCSA, donde se inicia la actividad docente y asistencial de medicina familiar y comunitaria en Barros Blancos.

4.6. Unidad Docente Asistencial

Las Unidades Docente Asistenciales (UDA) se concretan a partir de un convenio entre Facultad de Medicina (FdeM) y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) que desarrolla un programa destinado a la formación de recursos humanos orientado al Sistema Nacional Integrado de Salud y a resolver necesidades en áreas críticas por carencia de recursos. El primer nivel de atención fue el área de mayor prioridad. Las Unidades Docente Asistenciales del primer nivel de atención fueron las primeras en ponerse en marcha y desarrollan su actividad basadas en las particularidades de cada territorio potenciando el desarrollo local para mejorar las prestaciones y la calidad de la asistencia a usuarios de ASSE. Estas UDAs, sujetas a un compromiso de cumplimiento de metas asistenciales vinculadas a la actividad docente y sujeta a evaluación permanente, lo que permite el seguimiento del compromiso e incluso la continuidad de cada UDA en particular. La presencia académica promueve la docencia-aprendizaje de la medicina garantizando la calidad de los servicios. Esto se enmarca en la segunda reforma universitaria y el nuevo plan de estudio de la Facultad de Medicina.

El programa considera prioritario:

- 1) *“Formar los RRHH necesarios orientados al cambio de modelo de atención, a la vez que se contemplan especialmente aquellas especialidades de demanda crítica para ASSE*
- 2) *Fortalecer la formación en gestión de los profesionales responsables de los equipos docente-asistenciales.*
- 3) *Mejorar los niveles de satisfacción y calidad de atención de los usuarios de los servicios de salud del subsector público.”^{xx}*

En este contexto se inició y desarrolló este proyecto que da un gran impulso al primer nivel de atención en Barros Blancos, en el marco de la extensión universitaria y basado en los principios de la Medicina Familiar y Comunitaria.

En este proceso se consolida la presencia del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria y se transforma este espacio en su primer subsede fuera de Montevideo en el departamento de Canelones.

La coordinación con la Comuna Canaria, en particular con; su Dirección de Promoción de la Salud que impulsaba la política departamental de desarrollo del SNIS mediante el apoyo y fortalecimiento a los prestadores públicos y los convenios de complementación, con el área de descentralización que impulsaba el desarrollo de los Centros Cívicos, y con la junta local (que luego se transformaría en municipio) y fue factor fundamental para mantener el espacio físico en condiciones para trabajar en el.

En el servicio que se instala en el CCSA se inicia una experiencia inédita junto a ASSE de gestión compartida del servicio.

La actividad asistencial se gestionó desde el DMFyC, teniendo como característica esencial la longitudinalidad e integralidad de la atención desde la estrategia de Atención Primaria de Salud

Esta gestión se caracteriza, por incorporar a la asistencia la enseñanza-aprendizaje tanto de estudiantes de pregrado como de médicos residentes en su postgrado lo que enriquece la calidad de la atención. También incorpora la participación de la comunidad a las diferentes actividades del servicio incluyendo las reuniones de equipo de trabajo.

En este proceso ASSE aportaba personal de enfermería, administración y servicio e incorpora durante el año 2009 medico ginecólogo, los insumos de funcionamiento y parte del equipamiento. Comienza con recursos y equipamiento escasos, donde solo funcionaban 2 consultorios al inicio de las actividades.

Este trabajo busca documentar ese proceso de la Universidad, la Facultad de Medicina y el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria en el territorio de Barros Blancos en ese momento tan particular de la historia de Uruguay y de Canelones,

5 OBJETIVOS

5.1 PROPOSITO DEL PROYECTO

Brindar a la población de Barros Blancos un servicio integral, longitudinal y de alta calidad con la presencia de la Facultad de Medicina.

La presencia y desarrollo de la Universidad de la Republica en Barros Blancos.

5.2 OBJETIVO GENERAL

Instrumentar el desarrollo de un servicio docente – asistencial en el primer nivel de atención en coordinación y complementación con la Comuna Canaria y ASSE, que permita el abordaje integral a la salud de la comunidad dentro del SNIS

5.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Coordinar con ASSE, MSP y COMUNA CANARIA los recursos a utilizar
- 2) Instrumentar el desarrollo de una subsede del Departamento de MFyC para esta zona del Departamento de Canelones.
- 3) Desarrollar actividades asistenciales, docentes, de investigación y extensión dirigidas a alumnos de pre y postgrados y hacia la comunidad.
- 4) Realizar un diagnostico de Situación de Salud Comunitario Participativo en el área de influencia de el Centro Cívico Salvador Allende, “La Loma”
- 5) Coordinar con otras Facultades y Escuelas la complementación del proceso enseñanza aprendizaje en el 1er nivel de atención.
- 6) Desarrollar actividades de promoción de salud en la población del área de

influencia de los Servicios de Salud (CCSA, Entre Todos)

- 7) Trabajar coordinadamente los programas prioritarios del MSP
- 8) Promover la participación comunitaria en todas las etapas del proceso salud-enfermedad.
- 9) Promover una adecuada coordinación interinstitucional e intersectorial con las diversas organizaciones e instituciones de la zona.

6. RECURSOS

Estructura Física de las 2 policlínicas desde las que se desarrolla la propuesta:

CCSA: 3 consultorios, enfermería, administración, farmacia, sala de reuniones, sala de espera

Entre Todos: 3 consultorios, enfermería compartida con administración y farmacia, sala de espera

En CCSA sala de conferencias para 100 personas de uso compartido con todas las instituciones del centro cívico y también de barros blancos.

Recursos Humanos. De las dos policlínicas desde donde se inicio la implementación del proyecto y la instalación del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria durante el periodo 2008-2010

Estos son: 1 médico asistente del departamento de MFyC (FM), 1 medico de área de ASSE que se transforma en el año 2009 en cargo de MFyC con extensión horaria cargo de asistente del departamento de MFyC (cargo financiado por la Comuna Canaria los dos primeros años como parte del convenio, luego de este lapso la FM debía asumir la financiación de estos cargos), 4 médicas residentes de MFyC 2 el primer año y 4 en el segundo, 1 médica ginecóloga en 2009, 1 psicólogo, 1 psiquiatra (1 vez al mes) desde 2009, 1 nutricionista, 1 partera, 3 auxiliares de enfermería, 2 administrativas, 2 auxiliares de servicio, 9 docentes tutores para la actividad comunitaria del primer año de la carrera de medicina.

Nutricionista, partera, psicólogo y ginecóloga en policlínica Entre Todos. Psiquiatra 1 vez al mes en CCSA

Recursos (competencia y cargo)	Horas semanales en entre todos	Horas semanales en allende	TOTAL de horas semanales en el proyecto docente-asistencial
MFyC de ASSE	30		30
MFyC FM (horas docentes, Grado 2)	20 Financiación Comuna Canaria	30 (2008) 40 (2009)	60
MFyC residente	30	30	60
Ginecología / ASSE		4	4
Psicología / ASSE	10		10
Psiquiatría / ASSE		4 horas al mes gestionado por F Medicina	1
Nutricionista/ASSE	4		4
Partera/ASSE	4		4
Enfermería/ASSE	72	36	108
Administrativo/	30	30	60
TOTAL	200	141	341

Gestión.

La gestión del servicio surge del acuerdo entre la Facultad de Medicina y ASSE, implementando un estilo de conducción democrático, con organigrama que establece responsabilidades específicas a los integrantes del equipo, promoviendo la comunicación directa, flexible, horizontal y multidireccional.

En la policlínica del CCSA la gestión compartida ASSE- F de Medicina tenía un protagonismo mayor, marcado por el convenio que la puso en funcionamiento.

La coordinación interinstitucional es una característica esencial de este servicio tanto en la actividad comunitaria como en la atención del usuario.

7 Metodología

1. Pensada desde el territorio
2. Planificación
3. Diagnostico
4. Priorización de problemas de salud
5. Coordinación interinstitucional,
6. Coordinación intersectorial
7. Trabajo en red
8. Negociación
9. Interdisciplina
10. Resolución de problemas
11. Participación de la comunidad

1 Pensada desde el territorio: La gestión del servicio tuvo una fuerte impronta territorial, centrada en las necesidades locales, adaptando programas nacionales y directivas centrales a estas necesidades y no en sentido inverso.

Este proceso implicaba coordinar recursos y objetivos de tres instituciones: Facultad de Medicina, Comuna Canaria y Administración de los Servicios de Salud del Estado, pero pensados y reelaborados desde el ámbito local o territorial lo que requirió capacidad de negociación, creatividad y esfuerzo de concreción durante este proceso.

2 Planificación: El servicio se planificó como docente asistencial, lo que enmarca las acciones realizadas en la extensión universitaria de la Universidad de la Republica y de la Facultad de Medicina.

Las actividades de enseñanza-aprendizaje así como la investigación se desarrollaron en el marco del SNIS y la reforma universitaria, fortaleciendo el primer nivel de atención como lo propone el sistema para avanzar en el cambio de modelo de atención.

Esta característica marcó la planificación con instituciones, programas y referentes locales, así como con otros servicios de la UDELAR: Enfermería, Trabajo Social, Psicología y en el marco del IUPNA con Odontología, Nutrición y Psicología

La enseñanza-aprendizaje en la actividad clínica impulsó el protagonismo del estudiante tanto de post, como de pre grado. Se trabajó en grupos pequeños en la consulta para favorecer la relación con el paciente cuidando siempre el espacio de reserva y el derecho del mismo a decidir sobre la presencia de estudiantes en su consulta.

3 Diagnóstico: En el primer año se realizó un diagnóstico de situación de salud, en el que participaron docentes del departamento de MFyC, médicos residentes, estudiantes de medicina y de psicología, integrantes de la comunidad y equipos de salud de las dos policlínicas. Se utilizaron diferentes métodos para recoger la información tanto de fuentes primarias como secundarias.

Este diagnóstico no fue posible hacerlo previo al inicio de las actividades ya que el comienzo perentorio del año lectivo simultáneo con la elaboración e inicio del proyecto llevó a que el diagnóstico de situación de salud fuera parte de los objetivos a priorizar en el primer año de implementación.

4 La priorización de problemas de salud para planificar su abordaje surge del diagnóstico y de la interacción con las instituciones que se coordinó, centrando esfuerzos en la población mas vulnerable.

5 Coordinación interinstitucional: Para llevar a la práctica este proceso se desarrolló la coordinación interinstitucional tanto a nivel local como a nivel de sus autoridades.

A nivel local las coordinaciones se implementaron con los tres organismos y más de 20 instituciones o programas de éstos.

Con las tres instituciones firmantes del acuerdo se desarrollaron instancias de coordinación, con las respectivas autoridades (Intendente de Canelones, Dirección. de ASSE, Decano de la facultad de Medicina).

6 Coordinación intersectorial: Con el sector educación fue con quien se desarrollaron las coordinaciones intersectoriales de mayor frecuencia.

7 Trabajo en redes tanto institucionales y no institucionales, formales y no formales, marcó el estilo de trabajo en el territorio. Las redes se transformaron en instrumento imprescindible para el abordaje y resolución de problemas de salud en la comunidad. Esta metodología de trabajo concebida en red, interinstitucional, intersectorial y con referentes locales posibilitó desarrollar la multiplicidad de acuerdos, actividades, y también la creación de dispositivos locales que potenciaron la capacidad resolutive de las instituciones participantes. Esto favoreció el desarrollo del proyecto al mismo tiempo que favorecer su continuidad.

8 Negociación: Con cada una de las instituciones locales con las que se trabajó, se realizó la coordinación directa. Luego de las presentaciones, se explicitaban los objetivos de enseñanza aprendizaje para los grupos de estudiantes de la Facultad de Medicina y otras disciplinas de la Universidad con las que compartimos el trabajo en comunidad. Luego se contemplaban las necesidades de las instituciones con las que se trabajó y sus objetivos para lograr un mutuo beneficio en la ejecución de las propuestas que se acordaron. De acuerdo a las características de cada institución con la que se coordinó y de los técnicos que las integraban se implementaban con mayor o menor participación de éstos en la planificación y ejecución de las actividades.

También en la consulta medica (como ya se explicó), la negociación basada en el respeto a la decisión del paciente, la reserva y la confidencialidad determinaba la presencia de estudiantes en ésta.

9 Interdisciplina: Fue constante el esfuerzo por desarrollar la interdisciplina en la planificación y abordaje de los diferentes problemas de salud, tanto individuales, familiares como comunitarios, desde los equipos de salud como en actividades de enseñanza aprendizaje con otras disciplinas

10 La resolución de problemas fue parte de la metodología aplicada tanto en el proceso enseñanza aprendizaje como en las situaciones que se abordaron con los equipos de salud o en forma interinstitucional.

11 Participación de la comunidad: En ese marco se hizo un esfuerzo permanente para que la comunidad pudiera integrarse a este proceso.

En la actividad comunitaria se desarrollaron diferentes métodos y herramientas para facilitar la comunicación e intercambio de conocimientos o saberes, como ejemplo: talleres, teatralización, representación, lúdicas, competitivas, conferencias, Para las diferentes actividades la creación de los instrumentos o recursos era parte del aprendizaje de los estudiantes.

Todas las actividades pretendían tener herramientas de educación para la salud y se centraban en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

También se trabajó en difusión de los derechos del usuario y en convocar a sus representantes y coordinar instancias de encuentro entre los mismos.

8 RESULTADOS

Procesos enseñanza aprendizaje 2008-2010

Por razones descriptivas lo ordenaremos en actividades: asistenciales, docentes, de investigación y comunitarias. En la práctica de la medicina familiar y comunitaria, son dimensiones del proceso enseñanza-aprendizaje inseparables y fuertemente arraigadas al territorio por lo tanto parte de la extensión universitaria.

Lo realizado corresponde a los dos servicios que compartieron el trabajo en ese período: policlínicas Centro Cívico Salvador Allende y Entre Todos

8.1. Actividad Docente-Asistencial

Consulta médica: Inseparable de la actividad docente ya que en muchas consultas participaban estudiantes de pregrado de todos los ciclos clínicos incluido el internado, con sus docentes y médicos residentes. Se desarrollo combinando la consulta tanto programada como a demanda con espacio diario para ambas, visita domiciliaria, consulta en otro nivel de atención cuando el paciente lo requiere.

La atención integral a la salud se desarrolló bajo los principios de la Atención Primaria de Salud, y marco de actuación de la Medicina Familiar y Comunitaria: Longitudinal, continua e integral.

La atención integral centrada en la persona se enmarcó en los programas prioritarios del MSP, con un enfoque familiar y comunitario regido por el criterio epidemiológico local. Se desarrollaron los siguientes programas: control de embarazo, plan Aduana control del niño menor de 3 años, control del niño, del adolescente, del adulto, del adulto mayor, salud sexual y reproductiva, acompañamiento del paciente oncológico y su familia, planificación familiar.

La gestión de la consulta programada en policlínica, en la que se realizaron controles de la persona sana de todas las edades así como el seguimiento de patologías crónicas por médicos y residentes de MFyC incluyeron el control adolescente a los 60 estudiantes del CECAP.

Funcionó policlínica de atención al adulto mayor con residentes de MFyC.

La consulta se complementaba con las actividades poblacionales preventivas, jornadas de screening que se hicieron en escuelas, liceo de la zona y CECAP.

Se desarrollaron jornadas de toma de muestra para la técnica de Papanicolau, además de la toma en la consulta. Se creó el grupo de adultos Generaciones que desde la educación para la salud complementaba las tareas asistenciales.

Registros: Se utilizó como registro la historia clínica familiar por ser el instrumento de registro idóneo para la actividad asistencial en el primer nivel de atención, dado que facilita y orienta la atención longitudinal con el enfoque familiar y comunitario. Este sistema de registro continúa en las dos policlínicas en la actualidad.

Producción: En el periodo 2008-2009 se abrieron 370 historias clínicas familiares y se superaron los 1000 usuarios en el CCSA. 500 1500 usuarios en historias clínicas familiares en policlínica Entre Todos.

Se realizaron más de 8000 consultas desde agosto de 2008 hasta mayo 2010. 50 extracciones mensuales para estudios paraclínicos desde abril de 2009 hasta mayo 2010 , Se realizaron vacunaciones mensualmente en cada servicio y electrocardiogramas y ecografías en CCSA también con una frecuencia mensual.

8.2. Actividades de docencia directa

Tipo de actividad: La actividad docente incluyó, tutoría de postgrado de MFyC, docencia clínica en la consulta con pacientes y en las visitas domiciliarias tanto a estudiantes de pregrado como de postgrado, realización de seminarios, ateneos, talleres en relación con los temas del programa curricular de cada ciclo. En particular en el Ciclo de Iniciación a la Medicina Integral (CIMI) cuarto año del plan 68 de FM se realizó en el CCSA el taller de habilidades clínicas sobre violencia doméstica como problema de salud. A este taller concurrían todos los estudiantes de la generación que cursaba ese año (aproximadamente 400 estudiantes) en grupos de 35 estudiantes aproximadamente, actividad que se realizaba 12 veces en el año, pasaron mas de 1000 estudiantes por esta actividad.

Se realizó, la coordinación con instituciones de la zona, la inserción en la comunidad y trabajo con estudiantes de pregrado de medicina, psicología, trabajo social, enfermería y postgrado de medicina familiar y comunitaria en la zona.

Actores del proceso: participaron dos docentes asistentes del DMFyC, con la supervisión de profesora adjunta del departamento y cuatro tutores del trabajo de campo del ciclo básico.

Dirigido a: las cinco residentes de la misma disciplina, estudiantes de pregrado, de primer año, (Ciclo Básico), de segundo y tercer año Estudio de las Funciones Normales (ESFUNO), de cuarto año (CIMI) y de sexto Ciclo de Clínica y Patología (CICLIPA) del plan 68.

En el año 2009 se suman los estudiantes del Nuevo Plan de Estudios de la FM en su primer año.

Actividades: En el año 2008 dos médicas iniciaron la residencia de MFyC en la zona, comenzando la actividad de postgrado en el servicio.

En ese año la enseñanza de pregrado se inició desde la policlínica Entre Todos con 19 estudiantes de sexto año de la carrera de Doctor en Medicina distribuidos en 3 grupos, que desarrollan su actividad clínica y comunitaria en el primer nivel de atención, 22 estudiantes

de CIMI distribuidos en 3 grupos de estudiantes por rotación de 7 semanas cada uno y 57 estudiantes de primer año de medicina distribuidos en 4 grupos. El 5 de agosto de 2008 se inauguró la actividad en la policlínica del CCSA, hacia donde se trasladó la mayor parte de las actividades docentes.

En total 98 estudiantes en el año 2008 tuvieron su actividad en el primer nivel de atención en la zona. A estos se le suman los 400 de CIMI que pasaron en forma puntual.

Tres estudiantes de Psicología coordinaron su actividad con los docentes de MFyC de la zona y participaron en el diagnóstico de situación de salud que se inició en el año 2008.

En el año 2009 se incorporaron tres nuevas residentes de MFyC. 24 estudiantes de CICLIPA II, 9 estudiantes de CIMI por rotación 27 en total, 120 estudiantes del ciclo introductorio del nuevo plan de estudios de medicina que se inició ese año. En total 171 estudiantes en el año 2009 que desarrollaron su curso en el primer nivel de atención.

Se inició también la experiencia de trabajo con estudiantes de psicología (5) y medicina (9) en un mismo grupo dentro del Instituto Universitario para el Primer Nivel de Atención (IUPNA) que desarrolla sus actividades en el marco del Programa de Integración Metropolitana (PIM) de la UDELAR. Este grupo inició su actividad abordando la discapacidad desde una perspectiva interdisciplinaria.

IUPNA incluyó las facultades de Medicina, Psicología, Odontología, Nutrición y participaron también del Instituto Superior de Educación Física (ISEF. En CCSA cursaron 5 estudiantes de psicología junto a 11 de medicina en esta experiencia.

Hicieron pasantía por el CCSA 8 estudiantes de enfermería y 3 de trabajo social orientadas por sus docentes de facultad y coordinando el trabajo con docente de MFyC del servicio.

En setiembre de este año se realiza el primer ateneo del DMFyC en el CCSA.

En el año 2010 aumenta el número de estudiantes del ciclo introductorio a 175 y sumado a los otros ciclos llevo a 231 el total de estudiantes de medicina en la zona.

Simultáneamente se implementa el segundo año del nuevo plan de estudios de la facultad de medicina, Ciclo Básico Clínico Comunitario (CBCC). Este inicio marca un cambio radical en la formación del estudiante ya que inicia su contacto con la clínica desde su segundo año en la carrera y lo hace en el primer nivel de atención. Es aquí donde inicia sus conocimientos en semiología. Al estar en marcha dos años del NPE sumado al plan 68 se incremento exponencialmente el número de estudiantes en el territorio ya que con el NPE se inicia la clínica en los servicios del primer nivel de atención y no en el hospital.

La unidad docente contribuye a la implementación y la continuidad del nuevo plan de estudio en el área metropolitana.

La actividad docente se ha extendido también a pasantías de estudiantes de las licenciaturas de Enfermería, Trabajo Social y Psicología, con la supervisión de sus respectivos docentes.

Año	Pregrado FM ciclo Introduc torio	FM ES FU NO	FM CI MI	FM CI CLI PA	FM NPE CBCC	Faculta PSICO LOGIA	Facultad ENFER MERIA	F Ciencias Sociales TRABAJO SOCIAL	F M POST GRADO MFyC	Total 4
2008	57		22	19		3			2	103
2009	120 NPE		27	24		5	8	3	6	193
2010	175		23	21		3			9	231
Total	352		72	64		11	8	3	9	527
			1200 THC Viole ncia Dom estic a							

8.3. Investigación

Diagnóstico de situación de salud

Uno de los principales objetivos específicos del proyecto era realizar el diagnóstico de situación de salud participativo, herramienta indispensable para planificar el desarrollo de un servicio. Este nos permitiría identificar las características de la comunidad, los problemas de salud más importantes para iniciar un abordaje de los mismos, promoviendo la participación de la comunidad desde el mismo diagnóstico.

Se inicia la planificación en abril de 2008, entre junio y octubre se realizan las instancias de recolección de información en fuentes secundarias y culminando con la encuesta en el mes de octubre en la que participaron 52 personas y se obtuvieron datos de 848 personas.

Área de intervención: Canelones, Barros Blancos, georreferencia de las policlínicas del Centro Cívico Salvador Allende (CCSA), Entre Todos y Villa Manuela. Se realizó en el periodo mayo 2008 agosto 2009.

Metodología empleada: Para la recolección de los datos se utilizaron fuentes secundarias y primarias:

Fuentes secundarias: El Instituto de Nacional de Estadísticas (INE), Unidad Ejecutora 0.50 de ASSE (Pando), Junta Local de Barros Blancos, servicios de salud de la zona policlínicas Ventura y huracán Sire (ASSE), Ministerio de Salud Pública (MSP), diagnóstico de Paso

Escobar realizado por el SOCAT Juntos Somos Mas.

Datos recolectados por estudiantes de CICLIPA II del año 2008.

Fuentes primarias: Encuesta a referentes de la comunidad y encuesta en una jornada comunitaria a 231 hogares (848 personas). Muestra seleccionada para poblaciones heterogéneas de forma aleatoria en base al programa Epi info. Con el cual se construyó una base de datos.

Participaron en la elaboración 4 vecinos, 23 estudiantes de medicina, 3 estudiantes de psicología, 2 técnicos, 6 médicos, 1 analista programador y el mismo fue corregido por el Departamento de Medicina Preventiva y Social (Epidemiología) y el de MFyC. Planificado y coordinado por los docentes locales.

En la Ejecución de la encuesta participaron 52 personas, a quienes participaron en la elaboración se sumaron integrantes de los equipos de salud de ambas policlínicas, la medica de policlínica V Manuela y estudiantes de Ciclo Introductorio a la Medicina Integral de Facultad de Medicina (que solo participaron en esta etapa)

De los datos obtenidos surgieron características demo epidemiológicas y sanitarias:

Se encontró una población joven con carácter progresivo que se acercaba a las características de una población adulta.

Un alto índice de pobreza 54% (se considero pobreza a un individuo con ingresos mensuales insuficientes para cubrir las necesidades básicas, equivalente a menos de 6.000 pesos uruguayos por persona en el año 2008) y de indigencia 21% (se considero indigencia a personas con ingresos mensuales insuficiente para cubrir las necesidades alimenticias, equivalente a menos de 2.000 pesos uruguayos en 2008), índices muy superiores a los de Uruguay. Cifras del Instituto Nacional de Estadísticas año 2008

Un bajo nivel educativo: 15 % tiene primaria incompleta.

Las patologías médicas crónicas más frecuentes detectadas en la encuesta fueron: hipertensión arterial (HTA) 12%, asma 7%, diabetes mellitus (DM) 4 %, lo cual si lo comparamos con las estadísticas nacionales se encuentran por debajo de los valores esperados para el Uruguay (HTA 34%, DM 7%). Lo que podría explicarse por un subdiagnostico, baja percepción de la enfermedad o ambas cosas.

Comparados con las cifras de la primera etapa del estudio CESCAS año 2012 sobre factores de riesgo y enfermedad cardiovascular y respiratoria hecho en la zona (Barros Blancos, Pando) la diferencia es muy grande. En este estudio que abarca una población de 1580 participantes entre 35 y 74 años, se obtuvo como resultado un 44% de personas con HTA, un 12% sufre diabetes y un 11,3% tiene enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

En cuanto a hábitos, se constataron cifras muy elevadas de sedentarismo 71 %, baja ingesta de frutas y verduras y el hábito tabáquico 31%, estas cifras se acercan mas a lo detectado en el estudio CESCAS que constato un 55% de personas que hacen poca actividad física, 71% come pocas frutas y verduras y un 32% fuma.

Enfermedades percibidas por la población encuestada: diarrea aguda, Parasitosis intestinal, enfermedades respiratorias.

Problemas priorizados e identificados tanto por la comunidad como por el equipo técnico:

En lo medio ambiental; alto índice de pobreza e indigencia, falta de saneamiento (manejo inadecuado de las excretas humanas), de seguridad ciudadana, de espacios disponibles para actividades físicas y recreativas (y la poca utilización de los que hay), de iluminación, de caminería (aunque se reconocen en estos dos últimos importantes avances en los últimos tres años).

Asistencial; falta de acceso a la consulta de urgencia y emergencia (sobre todo en la noche), falta de profesionales en salud mental y odontología.

La inaccesibilidad cultural y de horarios hace dificultoso el vínculo de adolescentes y hombres adultos con los servicios de salud.

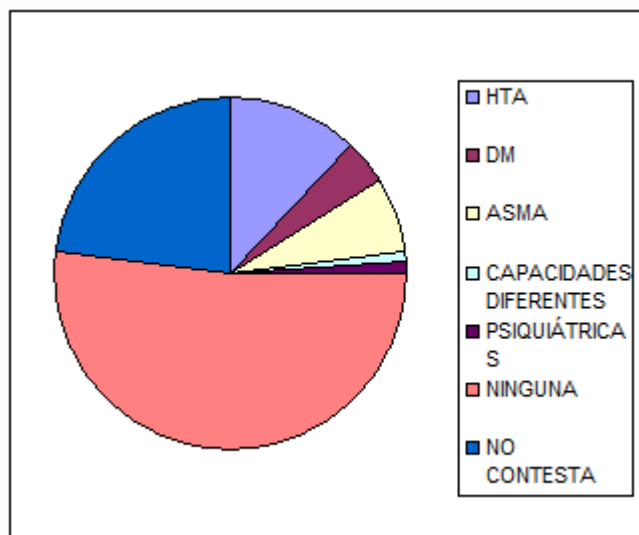
Dificultad para realizar ínter consultas con especialistas (particularmente en oftalmología, urología y neurología con demoras mayores a 6 meses).

La accesibilidad a las vacunas estaba limitada, solamente una vez al mes venia vacunador a la zona e incluso en forma irregular.

La accesibilidad también al carne de asistencia tenía la limitante de que solo 1 vez al mes se podía tramitar en la zona siendo este necesario para acceder a la consulta en la institución.

Enfermedades crónicas más frecuentes en la población encuestada en el diagnostico en octubre 2008

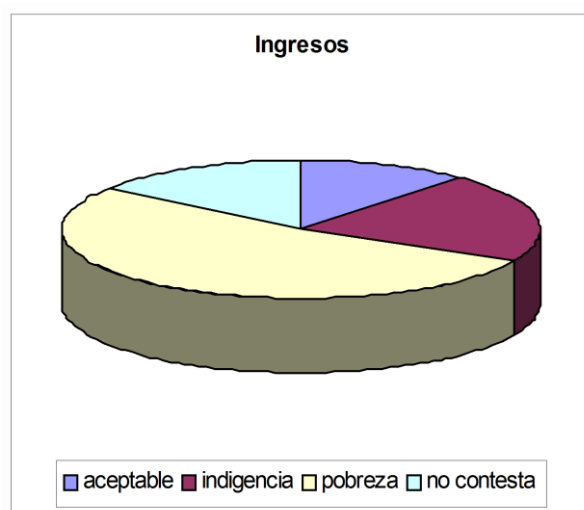
Grafica



DM Diabetes Mellitus, HTA hipertensión arterial, Asma, capacidades diferentes, psiquiátricas.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION POR INGRESO FAMILIAR

Grafica



Pobreza 51% , Indigencia 21%

Participación en el Proyecto de manejo adecuado de los efluentes, excretas y residuos domiciliarios.

El Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria apoya el anteproyecto presentado por la ONG. CEUTA en el año 2008 cuyos objetivos eran el desarrollo educativo y la construcción de sistemas sanitarios alternativos y/o complementarios (baños secos) para el manejo responsable de los residuos domiciliarios (aguas, excretas y residuos sólidos) en un contexto suburbano de ausencia o precariedad sanitaria.

Parte de los equipos de salud de las policlínicas Entre Todos y Centro Cívico Salvador Allende participamos en la plataforma de lanzamiento del proyecto, junto con usuarios, docentes de enseñanza primaria y secundaria de la zona y representantes del SOCAT, realizando talleres sobre lo determinante que es el manejo responsable de las excretas humanas en la salud. Fue ésta una rica experiencia de aprendizaje sobre el manejo de residuos domiciliarios, hecho junto con la comunidad.

Desde la plataforma se colaboró con la convocatoria a los vecinos y con la realización de talleres de educación para la salud en los que se reflexionaba sobre el vínculo entre salud y saneamiento como problema de la comunidad.

En este marco surgió la necesidad desde el DMFyC de incorporar a este proceso una investigación dirigida a determinar la efectividad del compostaje y el sistema sanitario utilizado, como barrera en la transmisión fecal-oral de determinados parásitos.

En esta investigación participan el DMFyC, Dto. Parasitología, estudiantes de Medicina del ciclo CICLIPA II (6º año), CEUTA y vecinos beneficiarios del proyecto que brindaron su consentimiento para participar de la investigación. Esta incluye análisis del proceso de compostación, de los suelos de las viviendas, exámenes coproparasitarios y espátulas adhesivas de los integrantes las familias.

En la construcción de baños seco para la vivienda, participaron 8 familias a las que se integraron 10 nuevas a inicios del año 2010.

Este proceso fue la base para la presentación del proyecto de investigación de diagnóstico socio ambiental en tres micro cuencas de Barros Blancos. (“Diagnóstico socio ambiental orientado al estudio de las Parasitosis intestinales y zoonosis: una experiencia de investigación participativa en un contexto de alta vulnerabilidad social en Ciudad de Barros Blancos Canelones-Uruguay”) presentado a la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) y aprobado y financiado por esta, así como su publicación finalizada la investigación.

8.4. Actividades comunitarias

La interacción del servicio con la comunidad de Barros Blancos era de los objetivos más importantes de la propuesta, esta incluyó actividades de promoción de salud, educación para la salud desarrolladas en la comunidad y con participación de esta.

Las actividades comunitarias se entrelazaban con las docentes y abarcaron los diferentes grupos etáreos

En niñez y adolescencia se priorizó la coordinación con instituciones educativas, desde la educación inicial hasta secundaria, incluyendo instituciones del sector no formal.

Niñez

En primer paso fue realizar las coordinaciones con las instituciones y su caracterización.

El propósito era contribuir con los equipos de trabajo de los centros educativos, en actividades que promuevan estilos de vida saludables con los escolares, preescolares, educación inicial y sus familias.

La metodología de trabajo incluyó diferentes técnicas para generar conocimientos en forma interactiva, lúdica, que fomentara la participación de los alumnos en cada actividad, donde se combinaban diferentes dinámicas de intercambio de conocimiento. Los instrumentos que se utilizaron en las diferentes actividades fueron creados por los grupos de estudiantes: ellos fabricaron los juegos y crearon las representaciones que se utilizaron en cada actividad. Entre otros se elaboraron juegos con preguntas y puntajes, juegos de mesa gigantes con dados de 15 centímetros de lado y tableros de juego de 1 metro cuadrado, simulación de lotería gigante con preguntas, puzzles, juegos en la pizarra, láminas de reconocimiento de diferentes situaciones y de la anatomía del cuerpo humano, juego de roles, representaciones, teatralizaciones, talleres con padres, reflexión y auto observación, entre otros. Evaluación de cada actividad previa a la planificación de la siguiente

Esta forma de trabajo generó un impacto muy positivo en los niños y los maestros de los grupos con los que se trabajó, este acercamiento de la facultad de medicina a los centros educativos generaba que cuando los niños venían a los controles en la policlínica se sentían muy cómodos con la presencia de estudiantes en la consulta.

Trabajo en centros CAIF: Con los estudiantes de FM que se encontraban cursando el primer año del nuevo plan de estudios y sus tutores realizamos un programa de promoción de salud y prevención de enfermedades, abordando temas que contemplaban las necesidades sentidas por los actores locales en la ciudad de Barros Blancos durante el periodo de marzo-diciembre del 2009.

Participaron 40 estudiantes de medicina y 4 tutores en estas actividades

El trabajo se desarrolló en los Centros de Atención a la primera Infancia y la Familia (CAIF) “Peques”, “Aprendiéndonos” y “AUIPI de Villa Manuela” en los que no había experiencia de trabajo previo desde la Facultad de Medicina.

La población con la que se trabajó era de 120 niños y sus familias, aunque es importante aclarar que la participación de familiares en las diversas actividades planificadas no superó el 20 % de las previstas de acuerdo al número de niños que concurren a los CAIF.

Las actividades incluyeron: jornada de mediciones antropométricas. Talleres con los padres sobre gripe, higiene, prevención de accidentes domésticos, sexualidad, endoparasitosis, ectoparasitosis, primeros auxilios y alimentación saludable; este último realizado en conjunto con los grupos de Uruguay Integra (programa educativo del Ministerio de Desarrollo Social que favorecía la inserción laboral), conservación de alimentos(adultos), juego de reconocimiento de alimentos saludables (niños).

Trabajo en las Escuelas: Se trabajó en las escuelas 175 (Villa Manuela), 187 (Villa Universitaria), de Barros Blancos durante el período 2008-2009 y 171(Dinamarca) en Empalme Nicolich y 155 (Alemania) en Colonia Nicolich durante el año 2008. En las cuatro instituciones se trabaja en el año 2010 en el que además se suman nuevas instituciones de primaria en Barros Blancos.

En estas actividades participaron 40 estudiantes en el año 2008 y 45 en el 2009, distribuidos en 4 y 5 grupos respectivamente cada uno con su tutor (que eran practicantes de medicina o Residentes de MFyC), coordinados por docentes del Departamento de MFyC en la zona

Las actividades se desarrollaron con escolares de tercero a sexto año de las diferentes escuelas abarcando un total de 300 alumnos por año; con diferentes temas priorizados en cada institución de acuerdo a los diagnósticos hechos por estudiantes de medicina, sus tutores, docentes de la escuela y alumnos de las mismas.

Los temas abordados fueron: alimentación, ejercicio, higiene, consumo inadecuado de sustancias psicoactivas, salud bucal, salud sexual y reproductiva, derechos de la infancia y la adolescencia, Seguridad vial, Convivencia (participando en jornada de “un trato por el buen trato”) También se organizaron y realizaron jornadas de screening en las escuelas, complementario del control del niño que se realiza en los centros de salud.

Adolescentes

En función del diagnóstico de situación de salud se definió como una de las prioridades el trabajo con adolescentes, donde se complementa la atención específica centrada en el control adolescente con el trabajo comunitario en las instituciones educativas y deportivas de la zona. Esto contribuye a sostener y desarrollar espacios de acercamiento adolescentes que unen el componente de salud con las actividades que desarrollan en el área educativa, deportiva y recreativa.

En este proceso se combinaron la planificación de actividades y jornadas con el trabajo sobre temas identificados como prioritarios en diagnósticos hechos en algunas

instituciones.

Trabajo en el Centro de Educación Capacitación y Producción (CECAP)

El CECAP se crea en Montevideo en 1981, en la órbita de la Dirección de Educación del MEC. En 1993 se abre un segundo centro en la ciudad de Rivera. En 2008 en la ciudad de Barros Blancos en el CCSA comienza a funcionar el CECAP local, con el fin de ofrecer una propuesta educativa flexible y amplia, a jóvenes de entre 15 a 20 años que no estudian en el sistema educativo formal, no trabajan y se encuentran en situación de vulnerabilidad social, basándose en el Programa Nacional de Educación y Trabajo (PNET). El programa atiende a 1.200 jóvenes en todo el país y 60 en Barros Blancos con el objetivo de contribuir a brindar educación integral a adolescentes y jóvenes, favoreciendo la inclusión social y laboral, reinserción educativa y participación ciudadana desde una postura crítica y reflexiva.^{xxi}

Esta modalidad cuenta con una propuesta educativa que se desarrolla mediante actividades de espacio grupal, acompañamiento personal (referentes educativos) y participación en los diferentes espacios de CECAP realizados en diferentes áreas de trabajo, tales como: conocimientos básicos, diferentes formas de comunicación, lenguaje oral y escrito, lógica matemática. Brinda capacitación profesional a través de talleres experimentales y laborales, a través de la experiencia en el mundo del trabajo y no solo teórico. Busca la conceptualización mediante en análisis y reflexión de las experiencias laborales de los adolescentes. Se trabaja también en expresión artística, diferentes formas expresivas, técnicas y corrientes como música, danza, expresión plástica, teatro, etc.; en informática, herramienta de comunicación e información y trabajo. La educación física, recreación y deportes apunta al desarrollo del cuidado del cuerpo y la utilización del tiempo libre, la cooperación y la inserción en el grupo.

Con los estudiantes del CECAP además del trabajo comunitario se realizaba en la policlínica el control en salud de todos los jóvenes que concurrían a la institución.

Varios residentes de MFyC y uno de los grupos de estudiantes y su tutor trabajaron con el CECAP. Con ellos trabajo una psicóloga que trabaja como agente socioeducativa en Barros Blancos

La metodología de trabajo en forma de taller incorporó diferentes tipos de dinámicas (de presentación, de compartir conocimientos), con actividades lúdicas.

Los temas abordados se centraron en derechos del adolescente en el marco de los derechos en salud sexual y reproductiva, información sobre métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual. El apoyo a la elaboración de la propuesta y participación en la Ejecución del concurso Arrímate a la Salud y Arrímate al Deporte, programas del ministerio de desarrollo social.

También incluyeron debate sobre la historia clínica de control adolescente, el control en salud y el carné adolescente.

Trabajo en el Liceo de Barros Blancos: En el liceo se desarrollaron distintas líneas de trabajo, talleres sobre depresión y sobre Diferentes temas de la adolescencia, así como control de salud del adolescente.

En el 2008 se abordó el tema depresión en el adolescente que fue elegido en conjunto con el equipo de medicina familiar y comunitaria, docentes del liceo y delegados estudiantiles

de 4^a año y 1 grupo de 5^a orientación artístico y comunicación del liceo.

La elección del tema fue a partir de una encuesta hecha entre los estudiantes de esos cursos quienes definieron depresión en el adolescente como tema de mayor preocupación para ellos.

El trabajo se desarrolló en forma de talleres en los que participaron (en su armado y ejecución) docentes de medicina familiar y comunitaria, psicólogo, psiquiatra, agente socio educativa, docentes del Liceo, residente de MFyC, estudiantes de sexto año de medicina (CICLIPA II) estudiantes de liceo de los grupos involucrados.

Se planificaron una serie de talleres en cuanto a: definiciones (adolescente y depresión) síntomas y signos, importancia del tema, factores de riesgo y protectores y como pueden los talleristas incidir en estos factores, desmitificación, recursos con los que se cuenta en la zona para poder abordar este problema.

En el último taller se identificaron las conclusiones y con éstas se elaboró el contenido de medios de comunicación para los estudiantes de todo el liceo (volantes, posters, etc.) transformándose los adolescentes en informantes calificados (productores de información de calidad).

En el 2009 se abordó el tema adolescente como una crisis normativa del individuo, considerando a ésta como una oportunidad para la adquisición de estilos de vida saludables.

Para ello se trabajaron diferentes temas priorizados a partir del diagnóstico hecho con docentes y estudiantes del liceo: higiene, salud sexual y reproductiva, consumo problemático de sustancias psicoactivas, seguridad vial, alimentación saludable, importancia del control en salud, embarazo adolescente, actividad física.

Los temas se desarrollaron en forma de talleres, incorporando dinámicas que hacían énfasis en la producción de conocimiento a través de actividades recreativas.

En estas actividades participaron 150 estudiantes del ciclo básico del liceo, 35 estudiantes de primer año de medicina con sus respectivos docentes tutores del Dto. de MFyC

Control en Salud Adolescente en jornada en un liceo: Para esta actividad se realizó una jornada de control en salud y entrega de carne adolescente a 96 estudiantes de primer año del liceo de Barros Blancos socios de ASSE y de CAAMEPA en la cual participaron docentes y administrativos del liceo, Facultad de Medicina, ASSE, CAAMEPA, Comuna Canaria, SOCAT (servicio orientación consulta y articulación territorial) un total de 20 estudiantes de medicina, 11 médicos, 4 enfermeras, 2 licenciadas en enfermería, 3 psicólogos, recreadores del SOCAT y recreadores de la Comuna Canaria.

Instituciones Deportivas:

Trabajo en el club ciclista COPSA que tiene su sede en el kilómetro 25 de la ruta 8. Se trabajo con 23 integrantes del club que incluyeron niños, adolescentes y adultos. Se trabajo con dinámicas de presentación, rompehielos, integración, centrado en los temas de alimentación saludable y adecuada para el deporte, hidratación.

En el club Villa Manuela, desde la necesidad de trabajar con jóvenes y adolescentes de la zona surge la posibilidad de vincularse con el club Villa Manuela. La iniciativa de la propuesta surge de la relación del equipo de salud con directivos del club. El planteo fue compartido por las tutoras de dos grupos del Ciclo Introductorio, desarrollando esta propuesta y elaborando con los estudiantes de medicina un proyecto de trabajo que fue discutido con la directiva y los entrenadores del club quienes lo apoyaron totalmente.

Se trabajo con jóvenes de las divisiones formativas del equipo de fútbol de la institución, alcanzando a un total de 100 jóvenes entre 13 y 19 años.

El objetivo de trabajar con este grupo de jóvenes es contribuir al conocimiento de prácticas saludables entre jóvenes deportistas en la zona, vinculando a los grupos de Facultad de Medicina con la institución deportiva, lo que contribuye a la experiencia de trabajo de jóvenes con edades muy cercanas y diferentes proyectos de vida

Se realizan actividades sobre diferentes temas: deporte y salud, sexualidad, violencia, consumo inadecuado de sustancias, educación vial, alimentación saludable, salud mental, proyecto de vida, y actividades que propicien la red social del club.

Se trabajó en talleres, con tareas grupales.

Las actividades se realizan en las instalaciones del club coincidiendo con días de entrenamiento de los jóvenes como forma de incorporar naturalmente los talleres con su actividad deportiva.

Knock out a las drogas: se trabajo con jóvenes que pertenecen al grupo del programa Knock out a las drogas que funcionaba en el club Villa Manuela, Se trabajo temas pedidos por el grupo de deportistas, estos fueron sobre la gripe H1N1, sobre tabaquismo, salud bucal, lesiones en el deporte. Se trabajo en formato taller con diferentes dinámicas de acuerdo al tema.

Adultos y adulto mayor

Grupo Generaciones: definimos la actividad grupal como medio para promover ámbitos saludables que permitan desarrollar acciones colectivas de promoción de salud a través de la co-responsabilidad del equipo de salud y el usuario en inclinar la balanza hacia la salud en el complejo proceso salud enfermedad del individuo y la comunidad en la que habita.

La educación para la salud es uno de los pilares fundamentales para lograr el empoderamiento de las comunidades, que les permita trabajar por su salud.

El trabajo grupal y la riqueza de la vida social se consideran el cuarto pilar terapéutico en patologías crónicas.

Por lo cual, desde abril 2009, conociendo la demo- epidemiología de la localidad de Barros Blancos y la zona de influencia del CCSA, se comenzó a trabajar con un grupo de adultos con patologías crónicas, a través de la participación social en el control de su salud.

Se justifico el trabajo en grupo ya que en éste se establece un proceso de comunicación, intercambio de opiniones, socialización, relaciones afectivas, mejor adherencia al tratamiento, sentimiento de pertenencia, y herramientas de aprendizaje para el cuidado de la salud. El trabajo en grupo enfatiza la interacción personal y la asunción individual de responsabilidades de sus miembros. Suelen proporcionar ayuda material o emocional y promueven valores a través de los que sus miembros pueden reforzar su autonomía. La experiencia de trabajo en grupo en las policlínicas de, Los Ángeles, Corralón del Tigre y Talar se constituyeron en referencia para la planificación y conformación del grupo.

.

El trabajo se coordinó con estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina, que iniciaban su carrera intentando un acercamiento a la comunidad. Este grupo consta de un docente tutor, médicos residentes de medicina familiar y comunitaria, y once estudiantes, bajo la orientación y supervisión de docente de MFyC. La actividad de grupo se desarrolló junto a los estudiantes desde abril a diciembre de 2009 y luego se mantiene dicho trabajo grupal con médicos residentes de medicina familiar y comunitaria que están integrados al equipo de salud.

El grupo estaba compuesto por personas de diferentes edades aunque la mayoría de los integrantes son adultos mayores; éstos representan un sector vulnerable de la población, ya que no cuenta con ninguna institución o grupo que realice actividades para ellos. La composición multietaria del grupo es la que le da el nombre (Generaciones), elegido entre varios por sus integrantes. La integración genera un intercambio de experiencias y aprendizaje entre sus miembros, el equipo de salud y los estudiantes de medicina.

Dentro de los temas tratados a lo largo del año desde la existencia de este grupo, se destacan: hipertensión arterial, como problema de alta prevalencia y factor de riesgo para varias patologías crónicas, se realizan varios talleres donde se pone el énfasis en los estilos de vida saludables, aprenden también el auto control de la presión arterial (toma de presión arterial)

Alimentación. Se priorizó este tema ya que influye directamente sobre la salud por lo cual fue trabajado en varios encuentros, con el objetivo de intercambiar información y aprendizajes sobre los buenos hábitos alimentarios. Sobre día alimentario, A través de técnica collage se creó el plato saludable conocido por los participantes, para luego reforzar la correcta utilización de los alimentos basándonos en los grupos básicos y sus porciones siempre de acuerdo a las posibilidades económicas hábitos de cada persona. Los integrantes del grupo crearon un recetario saludable con la información producida en los talleres, aportando recetas caseras, económicas y saludables. Estos recetarios se distribuyeron en la comunidad y en la exposición de la “Semana del Corazón”.

Otros temas tratados fueron Salud Mental, centrándose en depresión en el adulto y el adulto mayor, ejercicio físico, salud bucal, diabetes, formación de los estudiantes de FM en la comunidad, concepto de salud-enfermedad, promoción de salud, trabajo en grupo, entre otros.

La metodología aplicada en el trabajo en grupos se basa en diferentes técnicas participativas, de las que se destacan: taller, discusión grupal, teatro, juegos, juego de roles, canciones, torbellino de ideas, etc. También participamos en jornadas regionales sobre diabetes, interactuando con otros grupos de la misma comunidad.

Actividad de Promoción de Salud y Discapacidad: desde la experiencia de trabajo de estudiantes de medicina y psicología en el marco del IUPNA se trabajó en la zona sobre el problema de la discapacidad coordinando actividades y contenidos con la Asociación de Familiares y personas con Discapacidad de Barros Blancos y con equipo de la Facultad de Psicología especializado en el tema.

A partir de coordinaciones iniciadas en el año 2008 se decidió trabajar en este tema a solicitud de la asociación de familiares de personas con discapacidad en Barros Blancos y ante una propuesta del Programa de Integración Metropolitana (PIM) de la Universidad de la Republica.

El grupo estaba compuesto por 11 estudiantes de medicina y 5 estudiantes de psicología con la coordinación y dirección de dos docentes (uno de cada disciplina)

El objetivo de la actividad fue contribuir a la difusión de la situación de las personas con discapacidad en Barros Blancos, la sensibilización sobre este problema de salud y la capacitación del grupo IUPNA sobre dicho problema y el uso del instrumento utilizado para encuesta de detección de diferentes niveles de discapacidad en la población.

Las actividades realizadas luego de la elaboración del marco conceptual y la planificación del trabajo, fueron: encuentros con docentes de psicología con experiencia en el tema, barriadas casa por casa en la ejecución del cuestionario como parte del diagnóstico, talleres de sensibilización con vecinos y familiares (donde se practicaron actividades en las que teníamos limitaciones para desarrollarlas plenamente por ejemplo, pelar fruta con la mano menos hábil, dibujar a través de un espejo sin mirar directamente lo que se hacía, desplazarse con los ojos vendados, responder a un dialogo que no se escucha etc.) de personas con discapacidad y técnicos del equipo de salud.

Trabajo en la Semana del Corazón Barros Blancos 2009: En la Semana de la Salud Cardiovascular, se desarrolló una jornada en el Centro Cívico Dr. Salvador Allende el 2 de octubre de 2009. En ella se realizaron actividades enfocadas en la Promoción de Salud Cardiovascular y de tamizaje. En la misma participaron vecinos, estudiantes de Medicina, equipo de Medicina Familiar y Comunitaria de las diferentes policlínicas del área. La actividad se inicio con una caminata desde la escuela 130 ubicada en el Km. 25 hasta el CCSA y dentro de este se circulaba por estaciones de nutrición, recreación, antropometría, estimación del riesgo de padecer diabetes a los 10 años.

Hubo dos estaciones más, pero esta vez con pacientes pre-seleccionados, a quienes se les realizó el estudio de espesor íntima media carotídea y electrocardiograma realizado por el

grupo de Salud Arte que tiene a su frente docente de fisiología de la facultad de medicina. En cuanto a la primer estación, se realizó la difusión de un Recetario Saludable, elaborado por los integrantes del grupo de adultos Generaciones, una mesa de alimentos que contenían conservas ecológicas y otros productos, a cargo de integrantes del SOCAT capacitados por una profesora de UTU, otra mesa con muestras de alimentos saludables elaborados por escolares que participan de talleres temáticos en su escuela. Las actividades recreativas estuvieron a cargo de los adolescentes del grupo CECAP al inicio de la jornada y luego recreadores de la Comuna Canaria.

En otra estación se realizaron controles de presión arterial, hemoglucotest (HGT), peso, talla, índice de masa corporal y cintura abdominal y cálculo de la probabilidad de desarrollar diabetes en los próximos 10 años de vida.

En esta actividad hubo fuerte participación de los estudiantes de primero, cuarto y sexto de Facultad de Medicina.

Presencia en medios de comunicación: Programa en radio comunitaria ventura FM 90.7 semanal de una hora coordinado por Dr. Simón Centurión, con participación de docentes de MFyC como invitados y programas preparados por estudiantes de CICLIPA (sexto año de la carrera) coordinados con estudiante de ciencias de la comunicación y radio universitaria durante el año 2008.

Se participo también en programas como invitados en radios comunitarias Kairos de Barros Blancos, Contenedor de empalme Nicolich.

En artículos en diario El Tiempo.

Apariciones en reportajes sobre las actividades que se realizaban en canal 6 cable.

Coordinación con los usuarios organizados: Desde el inicio de las actividades se convoco a los usuarios de los servicios a participar en defensa de sus derechos a la salud. Propiciando los encuentros de los cuales fuimos organizadores en ese periodo sin interferir en la independencia del usuario tanto en el intercambio como en las resoluciones que ellos tomaran.

Se organizaron (desde el equipo de salud) reuniones con sus representantes tanto en el directorio de ASSE, como del movimiento de usuarios departamental en las que participaron más de treinta vecinos en cada una de ellas.

También encuentros permanentes con los usuarios que se organizaban a nivel local y en periodos participando estos en la reunión de equipo de la policlínica.

8.5. Actividades interinstitucionales-intersectoriales:

Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia (SIPIAV): Desde el equipo de trabajo de la Facultad de Medicina-ASSE se participo en la creación del SIPIAV de Barros Blancos se inicia en el año 2009 junto al INAU (institución convocante) y referente de descentralización y centro cívico de la comuna canaria. Contó con el apoyo del equipo del SIPIAV Ciudad de la Costa que ya venia funcionando.

Desde el año 2010 se incorpora Técnico de otras policlínicas de ASSE, Desarrollo social de la Comuna Canaria, SOCAT, policlínica comunitaria.

Es el primer SIPIAV que cuenta con la integración formal de un servicio de la Facultad de

Medicina a través del departamento de MFyC.

Se trabajo en las tres líneas de acción definidas por SIPIAV central:

- a) Formación y sensibilización del equipo, otras instituciones y la comunidad. Así en noviembre de 2009 se realiza una primera actividad de Sensibilización y difusión en el CCSA dirigido a referentes de distintas instituciones.
- b) Modelo de atención en esta etapa se trabajo en definición del modelo e iniciar el abordaje de las primeras situaciones.
- c) Revisión legislativa

Comité Regional de lucha contra la Violencia Doméstica: Integramos también desde el ultimo trimestre del año 2008 el comité regional contra la violencia domestica. A partir del año 2009 las reuniones mensuales se desarrollaban en forma alternada en Pando y Centro Cívico Salvador Allende en Barros Blancos.

Desde este espacio se coordinaron seguimientos de situaciones complejas de violencia con otras instituciones de la zona, INAU, MIDES, Poder Judicial, Policía comunitaria, Desarrollo social de la Comuna Canaria.

Se participo como expositor en el encuentro anual del comité regional, realizado en noviembre 2009 en CAAMEPA, Pando que convoca a todas las instituciones publicas y privadas involucradas con este tema.

Desde la fecha nuestros servicios, (junto a otras instituciones) han sido referentes en seguimiento y apoyo a personas victimas de situaciones de violencia domestica.

Nodos: Se participó en los diferentes nodos que funcionaban en la zona particularmente el de educación y luego en el nodo Barros Blancos que confluían todas las instituciones gubernamentales y ONG de la zona.

Centro Cívico Salvador Allende: Se participó activamente del Comité Interinstitucional del CCSA, este comité lo integran las instituciones presentes en el y es el responsable de la gestión de los espacios comunes.

Se participo de grupos de trabajo y de los Diálogos Ciudadanos que se desarrollaron durante 2008-2010 como parte de la integración del CCSA a la red social y comunitaria de Barros Blancos.

Desde la presencia en el CCSA se coordinaron abordajes de situaciones complejas que afectaron la salud de personas y familias con INAU, SOCAT, INTERIN, Canelones crece contigo.

La presencia en el CCSA de un servicio que complementaba la docencia con la asistencia lo fue transformando en referencia para la zona y paulatinamente en la ciudad de Barros Blancos.

El equipo de la policlínica jugo un papel destacado como institución de referencia en el CCSA en ese periodo.

9. CONCLUSIONES

El objetivo de crear un servicio de atención a la salud y un espacio universitario en el CCSA, ciudad de Barros Blancos se cumplió ampliamente. En este sentido la inserción del Departamento de Medicina Familiar y comunitaria en esta ciudad brindó un servicio de asistencia, docencia en pre y postgrado, actividades de educación para la salud con la comunidad y diferentes instituciones.

Esta propuesta se desarrolló desde el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria y se coordinó con ASSE y la Comuna Canaria. Se sustentó en los cambios que se vienen procesando en diferentes sectores de la sociedad que se mencionaron al comienzo de este trabajo:

Una comunidad que exige un sistema sanitario con una perspectiva integral y holística.

El nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud que prioriza el primer nivel de atención.

El nuevo plan de estudios de la Facultad de Medicina y su desarrollo en Canelones.

El proceso de descentralización de la Intendencia Departamental de Canelones, con la creación del Centro Cívico Salvador Allende.

Dos años de desarrollo y crecimiento de este proyecto nos acercan a la consolidación de la propuesta.

La implementación de un servicio de gestión compartida entre dos instituciones resultó una experiencia muy rica y positiva que permitió el crecimiento de ambas complementándose y potenciándose mutuamente.

Los usuarios e instituciones en poco tiempo incorporaron como referente la propuesta de este proyecto.

La integración al CCSA facilitó las coordinaciones interinstitucionales y el abordaje interdisciplinario de situaciones complejas en el ámbito individual, familiar y comunitario, desarrollándose encuentros de discusión, seminarios y ateneos en situaciones que ameritaban abordajes interdisciplinarios con el aporte del enfoque académico.

Esta propuesta contribuyó a mejorar la atención de los usuarios mediante la implementación de un sistema planificado de consultas programadas, a demanda y en domicilio, también actividades de promoción y educación para la salud y de prevención de enfermedades en más de 15 instituciones, junto a la formación de recursos humanos a través de las actividades de enseñanza-aprendizaje. Las actividades se orientaron por los programas prioritarios del Ministerio de Salud Pública y la implementación de la estrategia de APS.

Se instaló un sistema de registro en formato de historia clínica familiar (en el período 2008-2009 se abrieron 1000 historias clínicas familiares en las policlínicas del CCSA y Entre Todos, que incluían el registro de la atención a 3000 usuarios). Este sistema de registro iniciado con la instalación de este proyecto tiene continuidad hasta el día de hoy

La incorporación de una metodología de trabajo en red permitió un abordaje desde diferentes miradas coordinadas entre los servicios que se crean en este periodo (policlínica Entre Todos de ASSE y la policlínica de CCSA que nace como Unidad Docente Asistencial), con los servicios de ASSE que existían y otras instituciones de la zona (centros CAIF, escuelas, liceo, SOCAT, MIDES, INAU, INTERIN, CECAP, Comuna Canaria, Policía Comunitaria etc.) lo que resulta en una mejora de la atención a usuarios de ASSE.

Particularmente en problemas de salud muy complejos como la violencia domestica, esta metodología permitió por ejemplo: la construcción del SIPIAV Barros Blancos (Servicio Integral, de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia).

En materia de docencia, en el periodo agosto 2008-julio 2010, cursaron más de 500 estudiantes de pregrado de FM en actividad semanal de 8hs y 1000 en actividades puntuales. Estudiantes de Psicología, Licenciatura de Enfermería y Trabajo Social. Se incorporaron 6 médicos residentes de MFyC junto al equipo docente de la especialidad, transformándose en un gran impacto para la zona en varios aspectos, desde su presencia, el aporte educativo, el asistencial. La presencia de estudiantes en las diferentes instancias tanto clínicas como de trabajo en la comunidad ha sido incorporada en forma natural y muy positiva por los usuarios de los servicios, las instituciones de la zona y la comunidad en general.

La relación con los usuarios y la contribución a su organización como parte del Sistema Nacional Integrado de Salud es preocupación permanente, lo que se traduce en 4 encuentros de usuarios de salud de la zona, 3 de ellos con sus representantes en el directorio de ASSE. La participación local se impulsa en cada servicio, en algunos se inició la participación en reuniones del equipo del servicio. Esto es un proceso que no logro consolidarse.

Los objetivos de la propuesta se cumplieron en su totalidad generando condiciones para la sustentabilidad de este y un desarrollo que sigue en permanente crecimiento.

Para esto contribuyen:

a) El fortalecimiento del primer nivel de atención desde el trabajo local.
b) La acreditación de la FM en el sistema ARCO-SUR facilita la continuidad del nuevo plan de estudios. Este asegura la docencia en el primer nivel de atención en todos los años de la carrera, lo que favorece la formación de un medico mas calificado para desarrollar la estrategia de APS. Este proceso se da en el marco del impulso regional del que es parte la FM para los cambios curriculares

c) El programa de las Unidades Docentes Asistenciales (UDA) permite dar continuidad a los cargos generados con fondos de la Comuna Canaria y además ampliar los cargos

A partir de la implementación del programa UDA en el año 2010 en la zona comienza a funcionar la UDA Canelones al Este. Esta garantiza la continuidad y sobre todo el desarrollo del proceso a partir de lo consolidado en los años iniciales 2008-2010 al incorporar recursos propios nuevos que se suman a los existentes (que pasan a formar parte de la UDA), lo que permitió ampliar una articulación fluida y sistemática con todas las instituciones de la zona.

El funcionamiento de las UDAs del primer nivel de atención garantiza también la

implementación del nuevo plan de estudios de la facultad de Medicina que introduce la enseñanza en este nivel de atención durante todos los años de la carrera, tanto en la actividad clínica como en la comunitaria.

A partir de esta realidad se incorporaron 12 médicos (con diferente carga horaria especialistas en MFyC, Pediatría y Ginecología) y 1 Psicólogo.

Este proceso fortaleció lo hecho y favoreció un gran salto en cantidad y en calidad incorporando además un énfasis importante en las actividades de investigación que eran las de menor desarrollo durante los dos primeros años. Mejora el número de estudiantes por docente y la disponibilidad de horas para la docencia.

Se amplían los espacios disponibles al incorporarse a partir del segundo semestre del año 2010 tres policlínicas de Barros Blancos y policlínicas en Mígues, Pinar y Colonia Nicolich, a las actividades de la UDA.

El equipamiento e infraestructura se amplían a través de varios mecanismos, recursos propios UDA, espacio físico cedido por la Comuna Canaria, convenios con plan Cuenca Arroyo Carrasco, investigación: Centro de Excelencia en Salud Cardio Vascular Para el Cono Sur (CESCAS)

La presencia creciente de Médicos Residentes de MFyC son parte del proceso (siendo 9 en el año 2010) han contribuido a su desarrollo y sostenimiento, también su formación se enriquecerá con el crecimiento de recursos docentes en la zona.

La concreción de este proyecto es una demostración de lo posible cuando el interés de las instituciones confluye con las necesidades locales y los esfuerzos del equipo de trabajo formado por integrantes de las tres instituciones.

La importancia de pensar, ejecutar y gestionar un proyecto desde lo local atendiendo y respetando las particularidades del territorio y quienes en él viven o desarrollan parte de su vida.

La creación de un servicio de atención a la salud que se transformó en referencia para la ciudad de Barros Blancos, por el que pasaron mas de 700 estudiantes universitarios durante el periodo 2008-2010, que coordinó con mas de 25 instituciones, comunitarias, no gubernamentales, gubernamentales, educativas y otras, para el desarrollo de las funciones universitarias y la atención a la salud orientada por la estrategia de Atención Primaria de Salud, muestran la validez del proceso iniciado a partir del convenio acordado en el año 2007.

En el año 2013 ya son más de 5000 los usuarios de ASSE y más de 2000 estudiantes universitarios que han pasado por estos servicios.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Villar H. La salud, una política de estado. Montevideo: Edición del autor; 2002
- 2) Pérez W, García A. Semiología pediátrica. Montevideo: Oficina del libro. Facultad de Medicina; 2010
- 3) Conill y O' Neill. La notion de sante communautaire: elements de comparaison. Internationale. Canadian Journal of public Health 1984; 15:166-175.
- 4) Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. Planificación local participativa: Metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe. Serie paltex para ejecutores de programas de salud N° 41. 1999
- 5) Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de la Salud, Ginebra, 1978. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaracion_sp.pdf
- 6) Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud de las Americas. Documento de posición de la OPS-OMS. Washington D. C. biblioteca sede OPS.
- 7) Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Primera conferencia internacional de promoción de salud. Ottawa 1986. disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.
- 8) Zurro M, Cano Pérez JF. Atención primaria Conceptos, organización y práctica clínica. 4ª edición. Harcourt Bruce: Madrid; 1999.
- 9) Mc Whinney, Ian. A introduction to family medicine. Oxford University Press: Nueva York; 1981.
- 10) Lemus E, Borroto E. Medicina familiar y educación medica. Biblioteca de medicina. Cuba Volumen X. 1981.
- 11) Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay. Declaración de la IX convención. Universidad para el pueblo. Extensión Universitaria. Montevideo. 1999.
- 12) Asamblea del claustro de la Facultad de Medicina. Definición perfil del egresado. Asamblea del claustro de la Facultad de Medicina de la Republica Oriental del Uruguay. Resolución Abril 1995. disponible en: <http://www.fmed.edu.uy/institucional/perfil-del-egresado>.
- 13) Claustro de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Republica. Nuevo Plan de Estudios. Plan de estudios de la carrera de doctor en medicina acta n° 43, 27 de diciembre de 2007
- 14) Claustro de la Facultad de Medicina de la Republica Oriental del Uruguay. Técnico en promoción de salud y prevención de enfermedades, titulo intermedio. anexo II del nuevo plan de estudios. Aprobado en asamblea del claustro acta n° 43 del 27 diciembre; 2007
- 15) Parlamento uruguayo. Programa para la formación y fortalecimiento de los recursos humanos de los prestadores públicos de los servicios de salud. Ley de rendición de cuentas n° 18.362; 2008.

- 16) Parlamento uruguayo. Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación. Ley 18.211 publicada en el diario oficial n° 27.248 del 13 de diciembre de 2007.
- 17) Parlamento uruguayo. Creación del fondo nacional de salud (FONASA). Ley 18.131. publicado en el diario oficial n° 27248 Cáp. IV Art. 34. del 31 de mayo 2007
- 18) Domenech D, Blanco S, Gandolfi A, Vignolo J, De la Cuesta P, Bianchi D, Umpierrez G, Gómez J, Otegui J, Sabaris V. Pasantía interdisciplinaria en el primer nivel de atención a la salud. X Congreso Iberoamericano de Extensión Universitaria-Encuentro Uruguayo de Extensión Universitaria. EXTENSO 2009.
- 19) Ministerio de Educación y Cultura. Republica Oriental del Uruguay, Educación no formal. Disponible en: <http://www.mec.gub.uy>

ANEXO 1

Instituciones programas y servicios con quienes se coordinaron actividades y trabajo en red:

- 1 Canelones Crece Contigo. Programa Comuna Canaria-Ministerio de Desarrollo Social.
- 2 Casa Joven
- 3 CECAP (Centro de Capacitacion y Producción) dependiente del Ministerio de Educación y Cultura
- 4 Centro de Atención Ciudadana. (Organización de Planeamiento y Presupuesto)
- 5 Centros CAIF (Aprendiéndonos, Peques y AUPI Villa Manuela)
- 6 Centro Público de Empleo (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social)
- 7 Centro de Estudios Uruguayo de Tecnologías Apropriad (CEUTA) (ONG)
- 8 Club Ciclista COPSA
- 9 Club deportivo Villa Manuela
- 10 Comisión de familiares de personas con discapacidad
- 11 Comuna Canaria: Dirección General de Desarrollo Social, Dirección de Promoción de Salud.
- 12 Escuela de fútbol de Barros Blancos.
- 13 Escuelas Públicas nº 175, 187 y 130.
- 14 Instituto Nacional de la Niñez y la Adolescencia (INAU), Equipo Barros Blancos
- 15 INTERIN (acuerdo interinstitucional entre MEC, ASSE, MIDES, INAU)
- 16 Junta Local de Barros Blancos, Comuna Canaria.
- 17 Knock-out a las drogas.
- 18 Liceo de Barros Blancos
- 19 Poder Judicial: Juzgado de Familia, Sede Pando.
- 20 Poder Judicial: Juzgado de Paz, Sede Barros Blancos
- 21 Policía Comunitaria
- 22 Radios comunitarias
- 23 SOCAT (Servicio de Orientación Consulta y Articulación Territorial) dependiente del Ministerio de Desarrollo Social
- 24 Uruguay Trabaja (Trabajo por Uruguay). Programa del Ministerio de Desarrollo Social.



Administración de los Servicios
de Salud del Estado

CONVENIO

Centro Cívico "Dr. Salvador Allende"

-Intendencia de Canelones

-Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)

-Universidad de la República-Facultad de Medicina (UDELAR)

En la ciudad de Montevideo el 17 de marzo de 2010, entre **POR UNA PARTE:**

La **Dra. JACQUELINE PONZO** y el **Mr. ABEL OROÑO** en sus calidades de Directora de Promoción de la Salud y Director del Area de Descentralización y en nombre y representación de la **INTENDENCIA DE CANELONES**, con domicilio en la calle Tomás Berreta n° 370 de la ciudad de Canelones; **POR**

OTRA PARTE: EL **Dr. FELIX GONZALEZ** y el **CR. OSCAR GESTIDO** en sus calidades de Presidente y Vicepresidente respectivamente y en nombre y representación de la **ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO (A.S.S.E.)**, con sede en la Avda. 18 de Julio número 1892 de la ciudad de Montevideo; **Y POR OTRA PARTE:** El **DR. RODRIGO AROCENA**

en su calidad de Rector y en nombre y representación de la **UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA (UDELAR)** y el **DR. FELIPE SCHELOTTO** Decano de la **FACULTAD DE MEDICINA**, con domicilio en la Avenida 18 de julio 1824 de la ciudad de Montevideo; Quienes acuerdan celebrar el siguiente convenio específico, referido al Centro Cívico "Dr. Salvador Allende", en el contexto de la instalación y desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), en

PRIMERO. ANTECEDENTES:

- a) La Intendencia de Canelones y la Universidad de la República, suscribieron un convenio de cooperación en el mes de octubre de 2005, por el cual las partes se proponen avanzar en la elaboración y ejecución de proyectos comunes que permitan complementar sus respectivas actuaciones.-----
- b) La Intendencia de Canelones y el Ministerio de Salud Pública, celebraron, en noviembre de 2005, un convenio de cooperación, por el cual las partes se proponen la elaboración y ejecución de proyectos comunes que permitan dentro de sus respectivas competencias, fortalecer la atención primaria de la salud.-----
- c) La Universidad de la República y el Ministerio de Salud Pública celebraron un Convenio Marco Interinstitucional en el mes de diciembre de 1998 por el cual las partes acuerdan complementar las acciones de sus prestaciones en el marco de sus respectivas competencias.-----
- d) La Intendencia de Canelones y la Universidad de la República –Facultad de Medicina suscribieron, en este mismo acto, un acuerdo marco inscripto en el convenio de cooperación aludido en el punto uno.-----
- e) Por medio del Convenio celebrado en la ciudad de Canelones, el día 5 de octubre de 2007, entre la Iglesia Católica Apostólica y Romana Diócesis de Canelones y la Intendencia de Canelones, ambos organismos acordaron celebrar contratos de permutas de distintos bienes. Entre ellos se encuentra el bien inmueble padrón nº 372 y todas sus instalaciones, ubicado en la localidad catastral Juan Antonio Artigas (hoy Barros Blancos) Ruta nº 8 km 23.800, del Departamento de Canelones. El mismo pasará a ser propiedad de la Intendencia de Canelones una vez culminada la tramitación correspondiente.-----
- f) Con la misma fecha la Iglesia Apostólica y Romana, Diócesis de Canelones da en Comodato a la Intendencia de Canelones el bien relacionado hasta que se concrete la suscripción de la documentación

necesaria para que la Intendencia adquiriera el bien, según lo acordado en el Convenio aludido ut supra salvo que esta documentación no llegare a suscribirse.-----

g) De la cláusula sexta del citado contrato surge que la Diócesis de Canelones autorizó a la Intendencia expresamente a compartir el uso del predio cedido en comodato, a título oneroso o gratuito, con otros organismos públicos o privados, que estime conveniente. -----

h) Por ley número 18161 de fecha 29 de julio de 2007, se creó con el nombre de Administración de los Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E) un servicio descentralizado que se relacionará con el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública. Este servicio descentralizado sustituye al órgano desconcentrado de igual denominación. Es persona jurídica, tendrá su domicilio principal en la capital de la República sin perjuicio de las dependencias instaladas o que se instalen en todo el país y tendrá la administración de los servicios hospitalarios.-----

SEGUNDO: OBJETIVOS: Los objetivos del presente Convenio son los siguientes:-----

Contribuir en el desarrollo:-----

- I) Del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).-----
- II) De la Unidad Docente Asistencial entre Facultad de Medicina y ASSE.-----
- III) De la red del primer nivel de atención de Barros Blancos con la Estrategia de Atención Primaria de Salud.-----
- IV) De la atención integral a los usuarios de ASSE de la zona de Salud de Barros Blancos.-----
- V) De los programas prioritarios de ASSE.-----

TERCERO: COMODATO: Por el presente contrato la Intendencia de Canelones cede en comodato a la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), los locales marcados con la letra A en el croquis adjunto del padrón número

372 de Barros Blancos, croquis que se considera parte integrante de este contrato y es firmado por las partes, con el fin de que se destine al funcionamiento de un espacio académico y de atención de salud, dependiente del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de dicha Facultad y de ASSE.-----

CUARTO: Una vez culminados los trámites de transmisión dominial del bien a favor de la Intendencia de Canelones, este comodato se extenderá por un plazo que garantice la continuidad de los servicios a la población de la localidad.-----

QUINTO: Se entregó la posesión del local cedido en comodato a la Facultad de Medicina y a ASSE el día primero de julio de 2008, quienes lo recibieron a su entera satisfacción, en el actual estado de conservación, que es conocido por las partes. Dichos organismos conocen y aceptan las condiciones estipuladas en el contrato de comodato referido en la cláusula primera inciso f suscrito entre la Diócesis de Canelones y la Intendencia de Canelones.-----

SEXTO: La Intendencia de Canelones brinda además:-----

- a) las instalaciones del salón de conferencias del Centro Cívico Salvador Allende", sujetas al respectivo reglamento de funcionamiento y a la coordinación entre las diversas actividades programadas;-----
- b) los recursos financieros para la contratación de los siguiente docentes para llevar a cabo las actividades enumeradas: dos docentes nivel grado II y uno nivel grado III de Medicina Familiar y Comunitaria, para desempeño en esta sede y dos docentes nivel grado II y uno nivel grado III para desempeño en La Policlínica de la Fundación Centro de Ayuda a la Madre (Empalme Nicolich), pero con referencia a esta misma sede. Cada uno con 20 horas semanales.-----
- c) Los recursos financieros y materiales de la iluminación ambiente exterior
- d) El mantenimiento de los espacios exteriores no adyacentes a los locales cedidos.-----

SEPTIMO: La Facultad de Medicina aportará:-----

a) recursos humanos: un docente Grado II de Medicina Familiar y Comunitaria, un Residente de Medicina Familiar y Comunitaria para trabajar en la sede del Centro Cívico Salvador Allende y estudiantes de medicina para desempeño en La Policlínica de Empalme Nicolich. Dichos recursos actuarán en los programas de promoción y atención integral de salud con la comunidad local.-----

b) Se compromete a generar mecanismos para dar continuidad a la actividad docente durante los 365 días del año.-----

c) Aportará además el material didáctico y equipamiento para actividades docentes y actividades de educación para la salud.-----

OCTAVO: La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) aportará:-----

a) Recursos humanos: ginecólogo, pediatra, licenciada de enfermería (supervisora), 1 auxiliar de enfermería, un auxiliar administrativo, 1 Auxiliar de Servicio.-----

b) Equipamiento: 1 balanza pediátrica, 1 tallímetro para niños, glucómetro, instrumental de pequeña cirugía para curaciones, 2 camillas, 2 escritorios, 2 muebles metálicos (archivadores), 1 estantería prontometal, 1 carro de acero inoxidable para curaciones.-----

c) Insumos: Material para curaciones (blanco y antisépticos), de limpieza, material para diagnóstico en consultorio. Instalará farmacia para provisión de medicamentos a sus usuarios asistidos en la unidad docente-asistencial.-----

d) Consumos: asumirá el pago de las líneas telefónicas que se instalen en los locales cedidos en comodato, así como las facturas del medidor de UTE n° 648736701 y del medidor de OSE n° 719592 que abastecen el edificio en cuestión. En virtud de que los locales se han ocupado efectivamente a partir del 1° de julio de 2008, ASSE asume el pago de los consumos de energía eléctrica y agua potable, de los medidores

referidos a partir de esa fecha. -----

NOVENO: La gestión administrativa de la Unidad Docente Asistencial será realizada por el representante del Dpto. de Medicina Familiar y Comunitaria, un representante de la Intendencia Departamental de Canelones, designados a tal fin y por el Coordinador de la Red del Primer Nivel de Atención de ASSE de Canelones.-----

DECIMO: La Intendencia de Canelones no asume la seguridad de los locales cedidos en comodato.-----

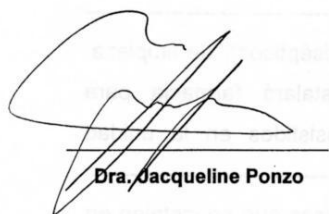
DÉCIMO PRIMERO: Las instituciones participantes se comprometen a mantener una actividad de evaluación y coordinación mensual que asegure el desarrollo de esta experiencia y la Facultad de Medicina se compromete específicamente a profundizar la presencia de la Universidad en este espacio, avanzando hacia la instalación del Instituto de Atención Primaria, con participación del Área Salud de la Universidad.-----

Para constancia se firman cuatro ejemplares de un mismo tenor.

Intendencia de Canelones

A.S.S.E

UDELAR



Dra. Jacqueline Ponzo



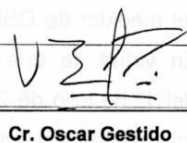
Dr. Felix Gonzalez



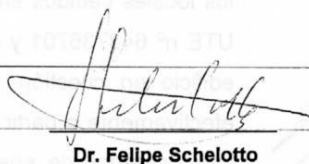
Dr. Rodrigo Arocena



Mgter. Abel Oroño

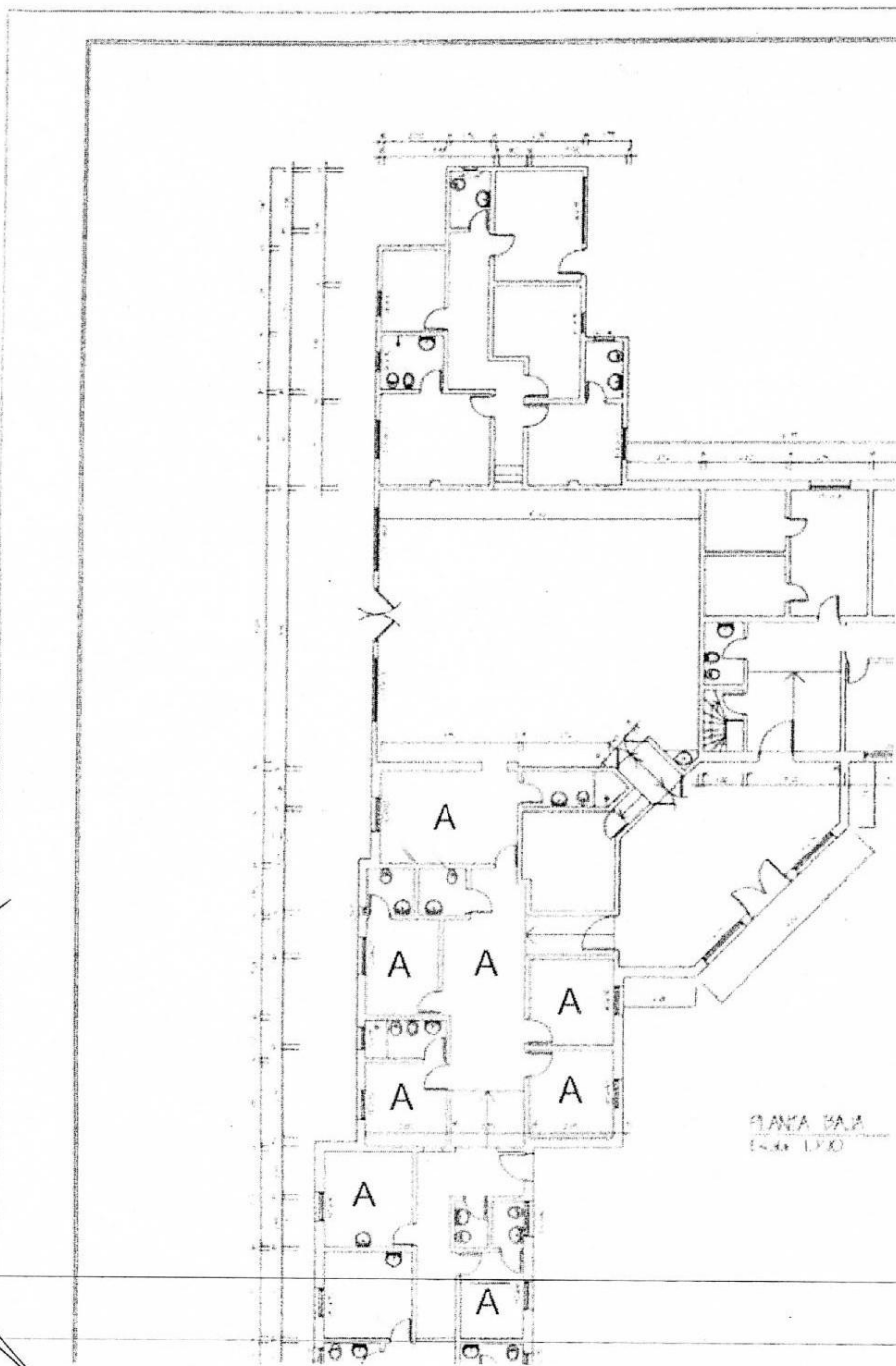


Cr. Oscar Gestido



Dr. Felipe Schelotto

Handwritten signature and scribbles on the left margin.



PLANTA 3A
15.4x 17.0

Universidad de la República
Facultad de Medicina
Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria

PROYECTO:

**INSERCCION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR y COMUNITARIA EN EL
CENTRO CIVICO SALVADOR ALLENDE
“LA LOMA” – COMUNA CANARIA
Km. 23.500 Ruta 8
2008**

Prof. Dr. Julio Vignolo
Asist. Dr. Julio Braidá

Abril, 2008

I. INTRODUCCION Y ANTECEDENTES

Nuestro país se encuentra transitando un proceso de reformas en el Sector Salud que pasan por un cambio en el Sistema Sanitario Nacional, en la Universidad de la República y en la Facultad de Medicina.

La reforma en el sistema Sanitario presenta como uno de sus pilares centrales un cambio en el modelo de atención a la Salud: el eje de la Reforma es la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), y la consolidación de un Primer Nivel de atención continente y resolutivo que permita brindar una atención integral a la salud.

En el marco del plan de Mejoras de la Facultad de Medicina y de la Reforma Universitaria así como del SNIS se entiende insoslayable descentralizar la enseñanza terciaria en el País. En tal sentido la Facultad a iniciado un esfuerzo importante en el en el Interior del País.

La Asamblea del Claustro de la Facultad de Medicina, aprobó en diciembre de 2007 un nuevo Plan de Estudios para la carrera de Doctor en Medicina. Este nuevo Plan prioriza la enseñanza en el ámbito comunitario promoviendo la inserción temprana del estudiante y su permanencia durante toda la carrera en el mismo, y propone un Título Intermedio de Técnico en Promoción de la Salud y Prevención de enfermedades.

El Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de

Medicina se ha ubicado como uno de los ámbitos centrales en la formación de egresados de la carrera de Doctor en Medicina ya que los estudiantes de los diversos ciclos transitan por él apuntando a un perfil del egresado acorde con el aprobado por la Asamblea del Claustro en el año 1996 , es decir un profesional orientado en su formación y en su desarrollo profesional en base a la estrategia de la atención primaria de la salud.

En este marco conceptual de la Segunda reforma Universitaria y del Nuevo plan de estudios de la Facultad de Medicina se hace imprescindible desarrollar la descentralización de la Universidad en el Interior del País, la cual se viene instrumentando en Departamentos como: Salto, Paysandú, Tacuarembó, Florida, y con este anteproyecto en Conjunto con la Comuna Canaria pretendemos darle un gran impulso al Departamento de Canelones fundamentalmente en la zona Este.

El Presente anteproyecto busca insertar al Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro Cívico que la Intendencia de Canelones viene proyectando en Barros Blancos y es a partir de la invitación de la Comuna que hemos iniciado una serie de coordinaciones entre ambas instituciones con la presencia de las más altas autoridades.

El Centro Cívico presenta las condiciones ideales para el desarrollo de la enseñanza de pre y postgrado ya que permite por su posición geográfica coordinar estratégicamente al resto de los efectores y establecer una coordinación intersectorial e interdisciplinaria casi única o inédita en el País, ya que en el mismo lugar se encontrarán presentes entre otros: MIDES, Ministerio del Interior y su Proyecto de Atención en Violencia Domestica y Policía Comunitaria, Oficina Local de la Comuna Canaria y con ella la fácil coordinación con todas las áreas de la Comuna: (Salud, Desarrollo Social, Unidad de Gestión del Hábitat, Promoción de Salud) ASSE, Facultad de Medicina y otras Facultades y Escuelas de la

UdelaR lo que permitirá enriquecer el y fortalecer la docencia y la calidad de los servicios que se habrán de ofrecer.

Barros Blancos cuenta con una población de 28610 habitantes con una distribución etarea como se señala en la Tabla más joven que la de todo el Departamento y la del País: (65 y más años: 9,5% para Barros Blancos 12,25% para Canelones y 13, 4% para todo el País.

Distribución de la población de Barros Blancos y Canelones según edad

Edad	BARROS BLANCOS		CANELONES	
	FA	FR	FA	FR
0 a 4	2668	9,5	38476	7,5
5 a 14	5717	19,9	85829	16,7
15 a 29	7009	24,4	114807	22,3
30 a 64	10523	36,7	212367	41,3
65 y más	2693	9,5	63141	12,2
Total	28610	100	514620	100

Barros Blancos cuenta a su vez con una población vulnerable desde el punto de vista social como lo señala la encuesta de salud materno-infantil del PNUD de 2007.

El área de influencia presenta 8 Escuelas, 1Liceo y 1 centro de UTU. Centros CAIF y 9 Clubes Sociales y deportivos entre otras instituciones presentes en el área.

II JUSTIFICACION

Las características de la población de Barros Blancos, mas joven que la del País y la de Canelones y la vulnerabilidad social que presenta como se refleja en la encuesta de salud materno-infantil del PNUD de 2007 ameritan el establecimiento de un centro docente asistencial ubicado en el primer nivel de atención y presente una orientación con especial énfasis en la promoción de salud y en la prevención.

La integración de Centro Cívico permitirá a su vez el desarrollo de la coordinación intersectorial e interinstitucional a la vez que su emplazamiento geográfico permitirá la coordinación estratégica con los efectores del área: Policlínica de Camino Ventura, Paso Escobar Bella Vista, Villa Manuela, Los Aromos, Km25 y km 28 500.

Se destaca la presencia de otro potencial centro cívico próximo: Empalme Nicolich (ruta 101 y 102) donde existe en este momento actividad docente (asistente grado II de la Facultad) con presencia de estudiantes del Ciclo BASICO, ESFUNO, CIMI y CICLIPA II. La Facultad ha iniciado un proceso de desarrollo conjunto con ASSE (Dirección Centro de Salud de la Costa y Coordinador Regional) para establecer un modelo de atención basado en la Medicina Familiar y Comunitaria en Colonia Nicolich y se ha conformado a tales efectos un equipo integrado por representantes de ASSE, Facultad y la Comunidad.

La Comuna Canaria aportará para esta zona recursos docentes en coordinación

con la Facultad de Medicina. (3 grados II y 1 grado III).

La coordinación interinstitucional e intersectorial es un soporte básico de este Anteproyecto. Las instituciones de salud, los gobiernos municipales, la comunidad organizada, las diversas instituciones que participarán del Centro Cívico serán actores de primer orden para la implementación junto con la universidad. Se apuesta a enriquecer la infraestructura de salud existente con el componente académico brindando una atención y una actividad docente de alta calidad en beneficio de la población que es el destinatario final de este anteproyecto.

LA PROXIMIDAD DE ESTOS DOS CENTROS CIVICOS, LOS RECURSOS HUMANOS DE ALTA CALIDAD QUE SE TIENEN PROYECTADOS, EL NUMERO DE ESTUDIANTES DESDE 1ER AÑO HASTA EL 6TO AÑO QUE DESEMPEÑARAN DESDE ACTIVIDADES CLINICAS HASTA SU TRABAJO DE CAMPO Y SU INTEGRACION INTERDISCIPLINARIA, INTERSECTORIAL E INTERINSTITUACIONAL, PERMITIRAN EL DESARROLO DE LA ESTRATEGIA DE LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD Y DE PROMOCION DE SALUD EN UN ESPACIO UNICO E INEDITO EN EL PAIS QUE A SU VEZ SE VERAN POTENCIADOS POR LA PROXIMIDAD ENTRE AMBOS. (La coordinación, supervisión y organización de la actividad docente de pregrado y postgrado estará establecida por una misma persona - Grado III de Medicina Familiar y Comunitaria-)

III. PROPOSITOS Y OBJETIVOS

Propósito

1. Brindar a la población de Barros Blancos un servicio integral, longitudinal y de Alta calidad

Objetivo General

1. Instrumentar el desarrollo de un servicio docente – asistencial en el primer nivel de atención en coordinación y complementación con la Comuna Canaria, ASSE y el Ministerio Salud Pública que permita el abordaje integral a la salud de la comunidad dentro del SNIS.

Objetivos Específicos

1. Coordinar con ASSE, MSP y COMUNA CANARIA los recursos a utilizar
2. Instrumentar el desarrollo de una subsele del Departamento de MFyC para esta zona del Departamento de Canelones.
3. Desarrollar actividades asistenciales, docentes, de investigación y extensión dirigidas a alumnos de pre y posgrados y hacia la comunidad.
4. Realizar un diagnóstico de Situación de Salud Comunitario Participativo en el área de influencia de el Centro Cívico “La Loma”
5. Coordinar con otras Facultades y Escuelas la complementación de la docencia en el 1er nivel de atención.
6. Desarrollar actividades de promoción de salud en la población del área de influencia de La Loma
7. Trabajar coordinadamente los programas prioritarios del MSP
8. Promover la participación comunitaria en todas las etapas del proceso salud-enfermedad en el ámbito comunitario.
9. Promover una adecuada coordinación interinstitucional e intersectorial con las diversas organizaciones e instituciones de la zona.

IV. METAS

- Establecer el funcionamiento de 1 servicio docente - asistencial con actividades de investigación y extensión que constituya una subsele del departamento en la zona este del Departamento de Canelones con una prestación de tipo integral, continua y longitudinal.
- Instrumentar la coordinación interinstitucional, intersectorial y promover la participación comunitaria en el amplio concepto de la prestación integral.

V. POBLACION OBJETO

En la cobertura asistencial de los usuarios de ASSE es de una población de 13000 usuarios sujeto a las variaciones de FONASA. En lo que respecta a las actividades de promoción y educación de la salud comprenda a toda la población del área tanto de los subsectores públicos como privados: 28.610 personas.

VI. ACTIVIDADES

A. Docentes – Asistenciales

Organización

Infraestructura edilicia: Servicio de salud con recursos suficientes para la atención en primer nivel.

- 5 habitaciones tres con baño
- 1 salón de uso común para coordinar su utilización con las otras instituciones
- **De acuerdo a las actividades planteadas se necesita un 6to espacio no brindado hasta a la fecha por la Comuna**

Infraestructura no edilicia:

Clínico: balanzas de adultos, balanza pediátrica, tallímetros, otoscopios, oftalmoscopios, tensiómetros (adultos y niños), cajas de cirugía

Paraclínico: electrocardiógrafo, ecógrafo básico, reactivos de laboratorio para consultorio (hemoglucotest, orina)

Informático: computadoras e impresoras

Conectividad

Funcionamiento

Se indican a continuación horarios tentativos de funcionamiento del Centro de Atención

Recursos	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Grado II	8 y 30 a 12 y 30	8 y 30 a 12 y 30	8 y 30 a 12 y 30		8 y 30 a 12 y 30	
Residente	8 y 30 a 12hs.	8 y 30 hs a 12hs				
Grado II		8 y 30 a 12 y 30	8 y 30 a 12 y 30	8 y 30 a 12 y 30		8 y 30 a 12 y 30
Grado II		14hs a 18 hs	14hs a 18 hs	14hs a 18 hs		14hs a 18 hs
Grado II	14hs a 18 hs	14hs a 18 hs	14hs a 18 hs	14hs a 18 hs		

B. Docentes

Funcionamiento

Actividades Docentes	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Seminarios	8 a 10 hs 10 a 12 Supervisión Trabajo de Campo *					
Clases Teóricas	2 a 3 horas semanales			2 a 3 horas semanales		
Coordinación Con equipo técnico			2hs a 4 hs Coordinación equipo técnico*			

Educación con la comunidad	2 a 3 horas semanales				2 a 3 horas semanales	
Trabajo espacios de grupos	2 a 3 horas semanales					
Coordinación con instituciones	2 horas semanales					

*grado III Se destaca que el grado 3 realizará actividades fundamentalmente de coordinación y supervisión así como seminarios y organización del trabajo de campo. Incluye supervisión de la estructura de grados II en el área. Los días de horas semanales que se colocan son tentativos y sujetos a la coordinación con los RRHH respectivos y a las necesidades comunitarias.

D. Promoción de Salud

1. Programas de promoción y prevención en centros educativos, clubes deportivos y con vecinos.
2. Formación de grupos Por grupo etario (espacios adolescentes, de jóvenes, de adulto mayor etc.
 - a. Por patología crónica (Obesos Diabéticos Hipertensos)
 - b. Por cesación de consumos (cesación de tabaquismo u otros)
3. Formación de Agentes comunitarios
4. Integración de redes locales con vistas al trabajo en las temáticas priorizadas en el área.

E. Investigación

Se realizará dentro del marco curricular actividad de investigación en el área como forma de generar nuevos conocimientos, estas actividades estarán a cargo de residentes y estudiantes supervisados por los docentes respectivos.

Realización de un diagnostico de Situación de Salud Comunitario Participativo

F. Extensión

Se desarrollará un trabajo de investigación en coordinación con un equipo de docentes del departamento y el pro- rectorado de extensión con el objetivo de identificar recursos comunitarios y sus niveles formativos y participativos e iniciar la Formación de Agentes Comunitarios o promotores de Salud.

VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	2008		2009	
	SEMESTRE 1	SEMESTRE 2	SEMESTRE 3	SEMESTRE 4
Docente-Asistenciales	MAYO	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Docentes	XXXX Básico (abril) Esfuno (Mayo) CICLIPA II (Mayo)	Esfuno Ciclipa II CIMI	Básico Esfuno Ciclipa II	Esfuno Ciclipa II CIMI
Promoción de Salud	XXXXXX Abril (Básico) Esfuno Ciclipa II	Esfuno Ciclipa II	Básico Esfuno Ciclipa II	Esfuno Ciclipa II
Investigación		XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Extensión		XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Evaluación	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX

VIII. RECURSOS

RRHH

Facultad de Medicina

Grdo II MFyC 20 hs Titular FM
Residente MFyC

Comuna Canaria

3 Grado II MFyC 20hs Contratado
1 Grado III MFyC 20hs Contratado

Facultad de Medicina

Estudiantes de pregrado: 64 estudiantes de CILIPA II (6to año)
20 estudiantes de CIMI (4to año)
15 estudiantes de ESFUNO (2º 3º año)
36 estudiantes de Ciclo Básico (1er año)

Se distribuirán de acuerdo al ciclo en trabajos con organizaciones zonales.

ASSE

A negociar: personal administrativo

RRMM

Comuna Canaria

Infraestructura edifica:

- 5 habitaciones tres con baño
- 1 salón de uso común para coordinar su utilización con las otras instituciones
- **De acuerdo a las actividades planteadas se necesita un 6to espacio no brindado hasta a la fecha por la Comuna**
- **Conectividad**

Facultad de Medicina

Infraestructura no edilicia:

- Clínico: balanzas de adultos, balanza pediátrica, tallímetros, otoscopios, oftalmoscopios, tensiómetros (adultos y niños), cajas de cirugía
- Paraclínico: electrocardiógrafo, ecógrafo básico, reactivos de laboratorio para consultorio (hemoglucotest, orina)
- Informático: computadoras e impresoras

A Negociar con ASSE

Farmacia

Parte del Equipamiento

RRFF

Comuna Canaria.

Infraestructura edilicia

3 Grados 2

1 grado 3

Facultad de Medicina

Infraestructura No Edilicia

Grado 2 y Residente

estudiantes

ASSE

A negociar: Luz, Agua, teléfono y servicios

IX. EVALUACION Y RESULTADOS ESPERADOS

La evaluación será permanente y final. Se utilizaran indicadores de estructura, proceso y resultado utilizando indicadores cuanti y cualitativos.

Estructura

RRHH, MM y FF/pob Obj

Accesibilidad (Horarios de Atención) Georeferencia de la oferta asistencial.

Disponibilidad de los servicios

Proceso

1. Productividad
2. Rendimiento
3. Horas docentes / actividades de promoción de salud por ciclo y por institución
4. Horas estudiantes / actividades de promoción de salud por ciclo y por institución
5. Grupos formados por grupo etario y patologías crónicas
6. Grupos de cesación de tabaquismo
7. Grupos de adicciones
8. Número de programas en desarrollo por ciclo e institución/ Número de programas planificados
9. Evaluación Docente realizada/ Planificada

Estudiantes:

- 3) Número de pacientes interrogados por estudiante por mes.
- 4) Número de pacientes examinados por estudiante por mes.
- 5) Número de historias clínicas familiares realizadas por estudiante por mes.
- 6) Número de maniobras realizadas por estudiante por mes.
- 7) Número de visitas domiciliarias realizadas por estudiante por mes.
- 8) Número de actividades de promoción de salud realizadas por estudiantes por mes.
- 9) Número de trabajos de campo realizados por grupo por año.
- 10) Número de actividades de Investigación e Investigación participativa realizadas por grupo de estudiantes por año
- 11) Clasificación de la consulta realizada por el estudiante según edad del paciente asistido, sexo y motivo de consulta, por mes.
- 12) Número de instancias de coordinación con las Instituciones y/o referentes de la zona realizadas por grupo por mes

Resultado

1. Formación de un servicio docente - asistencial
2. Número de investigaciones realizadas
3. Número y tipo de programas desarrollados
4. Diagnostico de Situación Comunitario Participativo
5. Conformación de grupos interdisciplinarios con estudiantes de otras facultades
6. Evaluación continua y sumativa de los estudiantes y evaluación Docente.
Evaluación 360°

Calidad

1. Encuesta de satisfacción del Usuarios
2. Elaboración y auditoria de Historia Clínica Familiar
3. Tiempo de respuesta en consulta Médica
4. Tiempo de respuesta en exámenes paraclínicos
5. Sistema de referencia y Contrarreferencia

Impacto

Será difícil medir el impacto sobre la población del programa en desarrollo fundamentalmente por su duración (RRHH Comuna Canaria) pero se sentaran las bases para su realización a punto de partida del Diagnostico de Situación de Salud.

Evaluación Cualitativa

Se utilizaran metodologías cualitativas para medir las impresiones y necesidades de las comunidades como ser: FORO COMUNITARIO, GRUPO NOMINAL, INFORMANTES CLAVES, DELPHI. EVALUACION POR PARTE DE ESTUDIANTE Y DOCENTES utilizando ESCALA DE LIKERT.

ANEXO 4: Referentes académicos y el equipo

Docentes:

Prof. Titular Dr. Julio Vignolo

Prof. Agregada Dra Alicia Sosa

Prof. Adjunta, referente académica en el proceso: Dra. Diana Domenech

Asistentes: Dr. Julio Braidá, Dr. Simón Centurión

Tutores de trabajo de campo:

Santiago Hernández, Martín Elizondo, Rosina Silva, Carolina Cafarelli, Federico Farro, Elizabeth Olavarria. Clara Rodríguez.

Residentes:

Dras. Cristina Desiderio, Silvina Gianoni, Ana Laura Lagreca, Agustina Terra

Funcionarios de ASSE:

Enfermera: Beatriz Torres

Administrativa: Silvia Iglesias

Auxiliar de servicio: Claudia González

Vecinos que iniciaron proceso de organización de usuarios de ASSE.

Félix Bentancor, Nelly Guarneri, Lilian García,

ANEXO 5

Imágenes: registro histórico:



Firma del convenio de cesión del predio a la Comuna Canaria para creación del CCSA
Octubre 2007



Presidenta de CHILE Michelle Bachelet, Intendente de Canelones Dr. Marcos Carambula,
Senadora de Chile Isabel Allende, en la inauguración del CCSA 8 de julio 2008.





frbgrb