

**INSTITUTO  
DE  
ATENCIÓN PRIMARIA  
DE SALUD.**

**Felipe Schelotto.**

Decano

**Dra. Diana Doménech.**

Asistente Académica.

**Facultad de Medicina.**

Agosto – Octubre 2006.

# **INDICE.**

1)Marco teórico.

2)Propuesta de creación de un Instituto de Atención Primaria de Salud (APS):

- a) Antecedentes y exposición de motivos.
- b) Objetivos: generales y específicos
- c) Organización

3)Integración de la Facultad de Medicina en el Instituto.

4)Integración de otras Facultades en el Instituto.

5)Equipos docentes en el Instituto de APS.

6)Dirección del Instituto de APS.

7)Organigrama general.

8)Agradecimientos.

9)Bibliografía.

## **MARCO TEÓRICO.**

La Facultad de Medicina de la Universidad de la República, fundada en 1876, tiene a su cargo la formación de profesionales de la Salud (médicos, nutricionistas, parteras y técnicos de la Escuela de Tecnología Médica) tanto a nivel de grado como de postgrado, así como también la generación de conocimientos en el área. Como Institución contribuye a mejorar la calidad de vida de la población integrándose con otros efectores de salud en la atención de la misma.

Su misión es la de formar en el campo de la carrera de doctor en Medicina, médicos con el siguiente perfil: “un médico 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, crítico, preparado para investigar, educar y educarse, dispuesto siempre a aprender, proporcionándole durante su preparación las herramientas metodológicas imprescindibles a tal fin; comprometido con la ética, preparado conscientemente para trabajar en un sistema que priorize 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.”<sup>1</sup>

La tendencia mundial a la hiperespecialización y el explosivo desarrollo tecnológico ocurrido hace varias décadas, no le han sido indiferentes a la Facultad ni al Sistema Sanitario Nacional. De tal forma que actualmente nos encontramos con una Institución y un Sistema con principios y prácticas centradas básicamente en 4 elementos:

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

Esta tendencia comenzó a modificarse durante la década de los 70.

En 1978 la conferencia de la OMS celebrada en Alma-Ata define la Atención Primaria de Salud (APS) como la estrategia esencial para alcanzar la meta de Salud para todos en el año 2000 (SPT -2000), constituyendo desde entonces, la piedra angular en la reorientación y reestructuración de muchos sistemas de Salud. Según esta definición original, la atención primaria de salud es *“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.*

En la 55.ª sesión del Comité regional de la OPS – OMS, celebrada en Washington, D.C., EUA, del 22 al 26 de septiembre de 2003, acerca de “Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros - APS en las Américas”, se pueden leer y analizar los siguientes aspectos:

“En la Región de las Américas, la APS se constituyó en una experiencia pionera de desarrollo de políticas de Salud.

<sup>1</sup>

Asamblea del Claustro de Facultad de Medicina. *Perfil del egresado*. Montevideo. Mayo 1995.

En muchos aspectos, la APS marcó el inicio de un cambio de paradigmas en la práctica de la salud pública. De hecho, la APS ha sido una estrategia central, ya que múltiples iniciativas sanitarias subsecuentes han apuntado a metas dirigidas en el mismo sentido.

Del mismo modo, la APS se adelantó a los procesos de racionalización al proponer un conjunto de prestaciones esenciales de Salud.

De manera novedosa, la APS incorporó la participación social y comunitaria y la coordinación intersectorial como componentes estratégicos del cambio en Salud.

La APS priorizó la promoción de la Salud, reivindicando el carácter anticipatorio de la acción sanitaria y desmedicalizando la Salud pública.

En diversos grados de amplitud e intensidad, los países de la Región adoptaron la estrategia de APS como **marco para el desarrollo de recursos humanos en Salud**. La APS constituyó un marco de referencia para la adopción e implementación de políticas de reasignación de recursos humanos hacia los servicios de salud comunitaria. Estableció las condiciones y promovió la constitución de **equipos multiprofesionales a nivel local, cuyo desempeño conjunto recreó y enriqueció la discusión sobre la interdisciplinariedad**. La APS aproximó al personal de salud a la comunidad y abrió las puertas al trabajo comunitario. **En algunas experiencias el trabajo interdisciplinario y la participación comunitaria facilitaron la definición, desarrollo y evaluación de competencias de atención integral de salud a nivel local, produciéndose una renovación e integración de capacidades clínicas y de salud pública en los equipos.....**

.....También la experiencia de la APS ha representado en muchos países de la Región la revisión de sus modelos de atención para incorporar los contenidos preventivos y de educación sobre la salud y de acción comunitaria, incluyendo actividades intersectoriales. **Pero aun prevalece el énfasis curativo de los modelos de atención de salud**. A pesar de los planteamientos de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad contenidos en la Declaración de Alma-Ata y el llamado a la reorientación de los servicios de salud contenido en la Carta de Ottawa, en la Región todavía predominan los modelos asistenciales de tipo curativo, de especialidad médica y de atención intra hospitalaria. En los establecimientos asistenciales del primer nivel de atención predominan las acciones curativas por delante de las acciones preventivas y de fomento como la educación para la salud y la asesoría sobre salud. Del mismo modo, las iniciativas de coordinación intersectorial no han logrado plasmarse suficientemente en el quehacer diario de los niveles locales de salud en todos los países. En algunos casos específicos, existe también una falta de coordinación entre los servicios de salud de las personas y los servicios de salud pública, entre las actividades promocionales en la comunidad y las clínicas en los establecimientos hospitalarios.

La experiencia regional apunta en la dirección de que es posible reorientar los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mediante:

a) una firme voluntad política para reformular el modelo de atención de salud. En este caso, la transformación del modelo asistencial no sólo implica modificar el contenido de los servicios de salud, incorporando estrategias de promoción y prevención, sino también la búsqueda de modelos asistenciales que promuevan la atención ambulatoria, la facilitación de servicios de salud en ambientes no clínicos (por ejemplo, escuelas, lugares de trabajo, domicilio, etc.) y la aplicación de los enfoques familiar y comunitario, que posibilitan un conocimiento adecuado de la realidad física, social, económica y cultural de la población usuaria;

b) la asignación de las funciones de coordinación intersectorial a nivel de los gobiernos local, regional y nacional, según sea el caso, y

c) la integración o coordinación de los servicios de salud de las personas con los servicios de salud pública. Aun cuando es cierto que existen muchas acciones de salud pública que no son de la competencia del ámbito asistencial de la salud, existen también muchas instancias en donde ambos tipos de servicios pueden ser potenciados mediante su integración en el nivel asistencial local. ....

**.....Los procesos de monitoreo y evaluación de la meta de Salud Para Todos en el Año 2000 han permitido reconocer importantes avances en la Salud de la población de las Américas atribuibles a la adopción y puesta en práctica de los principios contenidos en la estrategia de atención primaria. Por otro lado, se ha reconocido también la persistencia de condiciones adversas al logro pleno de la meta y, con ello, la necesidad de renovar la vigencia de la SPT como poderosa visión de salud requerida para orientar las políticas sanitarias y lograr niveles de salud que permitan alcanzar una vida social y económicamente productiva para todos los habitantes de las Américas. La renovación de la SPT exige por consiguiente revisar los principios de la APS y reafirmar su adopción como estrategia fundamental para el desarrollo de la salud.**

**Los valores que sustentaron hace 25 años la definición de la meta de SPT y la estrategia de APS siguen vigentes, así como muchos de los problemas y desafíos que les dieron origen. Sin embargo la realidad sanitaria y su contexto han cambiado en muchas de sus dimensiones esenciales. La renovación del compromiso con la APS implicará atender modificaciones y ajustes en sus dos grandes acepciones: como ‘enfoque de política’, la APS se ha de visualizar como promotora y sustentadora del desarrollo de políticas de equidad en salud; y como ‘nivel de atención’, la APS se debe identificar como eje central del desarrollo de los sistemas de servicios de salud en la Región”**

La actual reorientación del Sistema Sanitario Nacional camina en dirección de considerar la salud como el objetivo esencial del sistema, al individuo como integrante de una comunidad concreta (que actúa como factor determinante del proceso salud – enfermedad), y al abordaje integral y en equipo de los problemas de salud como la estrategia más adecuada. Esta base conceptual, junto con los principios de universalidad, continuidad, integralidad, equidad, calidad ética, eficacia, eficiencia social y económica, atención humanitaria, participación social y administración democrática, sustentan los proyectos de un nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud. El Ministerio de Salud Pública ha expresado en su documento “El primer nivel de atención en el sistema de salud”: “.....el mismo constituye el instrumento idóneo para llevar a cabo una profunda transformación de la situación de salud en nuestro país”.....Creemos que de una vez en nuestro país debemos reivindicar la APS como la estrategia que impulse los cambios tanto del modelo de atención como del sistema de salud”

**La Facultad de Medicina deber ser capaz de acompañar, y si es posible de impulsar, estos cambios de forma progresiva, introduciendo modificaciones en sus contenidos curriculares de pre y postgrado, así como en la estructura de su personal, de forma de fortalecer la formación de recursos humanos en Salud acordes al perfil del egresado definido por la Institución y al nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud enmarcado en los principios de esta estrategia.**

Nuestra Institución ha buscado a través de los años priorizar en la formación de sus recursos humanos, los aspectos bio – psico – sociales de las personas, así como la dimensión histórica – antropológica del contexto en el que están insertos.

Son varios los cambios que se han implementado tendientes a lograr lo previamente establecido:

- organización de la actividad comunitaria del Ciclo básico en el 1er semestre de la currícula de pregrado de Medicina (1987 – 2002)
- creación del Programa Docente en Comunidad (1986); creación del Departamento de Docencia en Comunidad (1997) hasta su re formulación en el Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria ( 2004)
- creación del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria (octubre 2001).

Si bien los mismos han logrado resultados significativos en materia de formación de recursos humanos, contribución a la atención a la salud de la población, investigación y extensión en el primer nivel de atención y en la comunidad, deberán multiplicarse los esfuerzos y las prácticas en atención primaria para acompañar los cambios y fortalecer el crecimiento académico de los principios de la APS.

#### A) FORMACIÓN DEL PREGRADO.

Existe actualmente en discusión y elaboración, un nuevo plan de estudios, en el seno de la Asamblea del Claustro de Facultad de Medicina.

En el mismo se está contemplando la incorporación de los principios de la Atención Primaria de Salud (APS), como un elemento básico que ha de impregnar los objetivos y contenidos del programa de la carrera.

Es necesario que los estudiantes accedan desde el inicio de su formación a la observación directa de la forma en que las personas y las comunidades viven sus procesos de salud – enfermedad y la manera en que las mismas son atendidas por los servicios sanitarios. Es importante que comiencen a considerar la práctica - docencia a este nivel, con el mismo grado de respetabilidad científica, técnica y social que a otros campos de la actuación profesional.

En este sentido, será imprescindible trabajar en conjunto con otros efectores de salud, así como con otras disciplinas no médicas, para lograr el aprendizaje y la comprensión de la dimensión integral y transdisciplinaria del proceso Salud – enfermedad.

#### B) FORMACIÓN DEL POSTGRADO.

Durante años y acorde al modelo dominante, la formación de los especialistas estuvo orientada a la atención de patologías y al manejo de tecnologías. Existió un vacío en la formación de postgrados orientados a la atención integral de las personas.

En este sentido, el médico que trabaja en el primer nivel de atención, pieza fundamental del sistema sanitario y responsable de la solución de la mayoría de los problemas de la población, no ha recibido ningún tipo de formación específica.

En muchas ocasiones esta formación se veía como innecesaria, pues los conocimientos médicos para cubrir esa parcela del quehacer sanitario, en la teoría, se adquirirían durante la formación de pregrado. Esta opinión es la consecuencia lógica de la escasa importancia que, coincidiendo con la eclosión de los avances tecnológicos médicos y la hiperespecialización, se concedía a los servicios del primer nivel del sistema de Salud, al concebirlos como mero punto de paso o de derivación de enfermos hacia el especialista.

Los aspectos del proceso Salud – enfermedad que tienen que ver con la Atención Primaria de Salud, deben ser jerarquizados por **todas las disciplinas**, si bien existen aspectos propios que requieren un aprendizaje específico en el área clínica, en el área familiar y en el área comunitaria, contemplados en la formación del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Por lo tanto, y afianzando el modelo de trabajo interdisciplinario, es imprescindible que las especialidades médicas y otros profesionales de la Salud orienten o jerarquicen en sus programas de formación de postgrados los aspectos concernientes a la atención Primaria de Salud, y coordinen sus prácticas en beneficio de la Salud de la población.

Las mismas tendrán dedicación en tiempos y contenidos diferentes en estos aspectos, según la complejidad y prevalencia de los problemas de Salud que son objetos de estudio en el área respectiva.

**En nuestro país, aproximadamente el 90% de los doctores en medicina realizan una especialización postgraduación (de 350 graduados, más de 200 cursan Residencias, y la mayoría de los restantes, Postgrados). El número y perfil de los caminos de formación tras la graduación, debe orientarse a privilegiar la capacitación de los especialistas para el trabajo en el primer nivel de atención.**

### C)DESARROLLO PROFESIONAL MÉDICO CONTINUADO.

“El enorme interés mundial en el desarrollo profesional médico continuo (DPMC) se debe, entre otras razones, a la rapidez y profundidad de los cambios científicos y tecnológicos actuales y a las dificultades para adaptarse a ellos. Los cursos de grado y especialidad no garantizan el mantenimiento de la competencia y el desempeño profesional de calidad de forma indefinida.

La necesidad del aprendizaje ininterrumpido conduce al concepto de la educación médica como un continuum, un proceso unidireccional que implica la formación de circuitos de retroalimentación para flexibilizar los hasta ahora rígidos planes de estudio de los ciclos anteriores.

De esta forma, la tercera etapa del aprendizaje —la más larga de todas y la que sucede a los cursos formales de grado y especialidad— debe mantener el carácter formativo propio de toda educación, incorporar conocimientos y destrezas y promover el perfeccionamiento de actitudes en relación con el paciente, su entorno familiar y los demás integrantes del equipo de salud.

La responsabilidad de organizar el DPMC rebasa la competencia de las instituciones académicas (facultades o escuelas de medicina) y reside, en primer lugar, en los propios médicos, en las instituciones que los congregan y en aquellas que, de forma directa o indirecta, tienen que ver con la atención de la Salud de la población (ministerios de

Salud pública, servicios asistenciales, sociedades científicas y gremios médicos, entre otras).

En Uruguay existe una abundante oferta de actividades de DPMC, la mayoría en la modalidad de educación médica continua.....” “..... el DPMC debe basarse en una oferta educativa con objetivos claramente definidos y con contenidos ajustados a las necesidades de los médicos, de las instituciones asistenciales y de la población. Deben utilizarse metodologías adecuadas para el aprendizaje de adultos y la oferta educativa debe estar normalizada, evaluada y acreditada por un organismo competente. Solo mediante un profundo cambio cultural podrá el DPMC convertirse en una buena estrategia”.<sup>3</sup>

Los principios básicos de la APS que sustentan el nuevo modelo, deberán ser contemplados en el desarrollo médico continuado de los profesionales que actualmente trabajan en el primer nivel de atención.

La Facultad de Medicina forma especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, así como profesionales de otras disciplinas, con perfil de acción en el primer nivel de atención acorde al nuevo modelo. No obstante pasarán años para que estos profesionales puedan satisfacer la demanda de atención a la Salud de la población asistida por los equipos que trabajan en el primer nivel de atención.

Por lo tanto, la REORIENTACIÓN de dichos profesionales será una actividad prioritaria en la formación de recursos humanos en salud y la Facultad de Medicina, a través de la Escuela de Graduados, apoyará dichas iniciativas contribuyendo a su calidad.

---

<sup>3</sup> Larre Borges, Uruguay. Petruccelli, Dante. Niski, Rosa. Fosman, Elena. Amoza, Benito. Margolis, Álvaro. Alvariño, Fernando. Ríos, Gilberto. “El desarrollo profesional médico continuo en el Uruguay de cara al siglo XXI”. *Área de desarrollo profesional médico continuado*. Escuela de Graduados. Montevideo. Facultad de Medicina. UDELAR.

## ***PROPUESTA DE CREACIÓN DE UN INSTITUTO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD***

### **a) ANTECEDENTES Y EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

La evolución del concepto de Salud, actualmente concebido como producto social estrechamente vinculado a la capacidad de las personas y de sus comunidades de interactuar entre sí, con el medio y de transformarlo, ha determinado la necesidad de replantear estrategias sanitarias en el país.

Dichas estrategias implican transformaciones basadas en el desarrollo de la Atención Primaria de Salud.

Este acento implica una jerarquización del concepto de ABORDAJE Y TRABAJO INTERDISCIPLINARIO en el contexto universitario. Esto supone para la Universidad y para las Instituciones de la Salud de orden público y privado, el desafío 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 de atención, pero con especial énfasis en el primer nivel.

Teniendo en cuenta la heterogeneidad de las experiencias previas, dentro y fuera de la Facultad de Medicina, este ámbito tendrá la finalidad de integrar, racionalizar y operativizar objetivos, recursos humanos, materiales y técnicos en esta área.

Este ámbito quedaría definido con la creación de un INSTITUTO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

“ Se concibe a los Institutos como Unidades Funcionales de un área específica del conocimiento donde se reúnen, articulan y coordinan Clínicas, Departamentos y Servicios afines”. “El objetivo fundamental del Instituto debe ser optimizar las funciones académicas, asistenciales y de gestión”. “La organización de la Facultad en base a Institutos potenciará los recursos humanos y materiales, mejorando su eficiencia, contribuyendo a la descentralización del proceso de gestión.”<sup>4</sup>

En la 57.a sesión del Comité regional celebrada en Washington, D.C., EUA, 26-30 de septiembre 2005, respecto a la “Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la APS – Declaración de Montevideo”, se extraen los siguientes considerandos, y se establecen los siguientes compromisos:

“ CONSIDERANDO QUE:

A pesar de que la Región de las Américas ha hecho adelantos importantes en materia de salud y ejecución de la atención primaria de salud, aún hay desafíos y desigualdades relacionados con la salud que persisten en los países de la Región y entre ellos. Para abordar esta situación los Estados necesitan objetivos cuantificables y estrategias integradas para el desarrollo social.

---

<sup>4</sup> Piñeyro, Luis. Roca, Ricardo. Abudara, Verónica. Esperón, Alejandro. Iglesias, Claudio. Batthyany, Edmundo. *Informe de la Comisión especial para el estudio de la organización de la Facultad en base a Institutos*. Facultad de Medicina. Montevideo. Diciembre 2005.

.....Los países también han reconocido que la atención primaria de salud contribuye y tiene un potencial para mejorar los resultados sanitarios, y la necesidad de definir las nuevas orientaciones estratégicas y programáticas para la realización plena de dicho potencial; asimismo se han comprometido a integrar e incorporar los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, en las metas y los objetivos de las políticas sanitarias de cada país.

La Declaración de Alma-Ata sigue siendo válida en principio, sin embargo, en lugar de ponerse en práctica como otro programa u objetivo, sus ideas fundamentales deben integrarse en los sistemas sanitarios de la Región.....

.....NOS COMPROMETEMOS A:

Abogar por la integración de los principios de la atención primaria de salud en el desarrollo de los sistemas nacionales de salud, la gestión sanitaria, la organización, el financiamiento y la atención a nivel de país de una manera que contribuya, en coordinación con otros sectores, al desarrollo humano integral y equitativo, y que permita abordar eficazmente, entre otros desafíos, los objetivos de desarrollo relacionados con la salud internacionalmente acordados, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, y otros retos nuevos relacionados con la salud. A tal efecto, cada Estado debe preparar, según sus necesidades y capacidades, un plan de acción, estableciendo tiempos o plazos para la formulación de este plan de acción y señalando criterios para su evaluación, basado en los elementos que a continuación se describen: .....

II)El reconocimiento de las funciones decisivas tanto del individuo como de la comunidad para establecer sistemas basados en la atención primaria de salud.

Se debe fortalecer la participación a nivel local de los individuos y las comunidades en su conjunto en el sistema sanitario, al objeto de que el individuo, la familia y la comunidad tengan voz en la adopción de decisiones; asimismo, se debe fortalecer la ejecución y las intervenciones de los individuos y la comunidad, así como apoyar y mantener eficazmente las políticas sanitarias en pro de la familia con el transcurso del tiempo. Los Estados Miembros deben poner a la disposición de las comunidades la información relativa a los resultados y programas sanitarios, y al desempeño de los centros de salud para que sea utilizada en la supervisión del sistema sanitario.

III)La orientación hacia la promoción de la salud y la atención integral e integrada.

Los sistemas de salud centrados en la atención individual, los enfoques curativos y el tratamiento de la enfermedad deben incluir acciones encaminadas hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades e intervenciones basadas en la población para lograr la atención integral e integrada. Los modelos de atención de salud deben basarse en sistemas eficaces de atención primaria; orientarse a la familia y la comunidad; incorporar el enfoque de ciclo de vida; tener en cuenta las consideraciones de género y las particularidades culturales; y fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención.

IV)El fomento del trabajo intersectorial.

Los sistemas de salud deben facilitar las aportaciones coordinadas e integradas de todos los sectores, incluidos los sectores público y privado, en torno a los factores determinantes de la salud, al objeto de alcanzar el grado máximo de salud que sea posible.

## **VI) El fortalecimiento de los recursos humanos en materia de salud.**

**Es necesario incorporar prácticas y modalidades de atención primaria de salud en el perfeccionamiento de todos los niveles de los programas de adiestramientos educativos y continuos.** Las prácticas de contratación y retención deben incluir los elementos fundamentales, a saber, motivación, ascensos, entornos de trabajo estables, condiciones laborales que tengan en cuenta a los empleados y oportunidades de contribuir de manera importante a la atención primaria de salud. Asimismo, es fundamental que se reconozca la plantilla de los profesionales y para profesionales, y de los trabajadores formales e informales, así como las ventajas que supone el enfoque de equipo.....”

**Por lo tanto, y reafirmando la estrategia de APS y sus principios, surge desde la Facultad de Medicina, la necesidad de encontrar una manera de organizar de forma coordinada los servicios docentes y de atención a la Salud del primer nivel de atención, que logre sumar y multiplicar esfuerzos en pro de la Salud de la población.**

El Instituto como unidad funcional es una propuesta para avanzar en esta concepción, debiendo destacar los siguientes aspectos:

- 1) se refiere a una manera de organizar de forma integrada y coordinada los servicios académicos y de atención a la salud en el primer nivel de atención. El concepto de APS supera ampliamente este aspecto; no obstante sus principios son básicos a la hora de pensar en esta forma de organización.
- 2) Enfatiza la necesidad de re orientar la formación de las especialidades que trabajan en el primer nivel de atención.
- 3) Es una propuesta que surge de la Facultad de Medicina, pero que implica la participación de otras facultades de la Universidad de la República. Por lo tanto deberá marcar el inicio de una discusión para su construcción.
- 4) Es una propuesta que también implica la integración de los servicios de atención a la salud públicos y privados en el primer nivel de atención. Esto requerirá de una adecuada coordinación entre aquellos que tienen la responsabilidad de dirigir los servicios y los responsables de la formación de los recursos para el sistema. Si el nuevo modelo de atención apunta a fortalecer el 1er nivel enmarcado en la estrategia de APS, es muy importante que la Universidad acompañe al mismo, no desde sus edificios, sino en sus "prácticas en terreno", contribuyendo también a mejorar la atención de la salud de la población.

La propuesta de creación de este Instituto surge como una forma de clarificar y ordenar el complejo panorama de los servicios universitarios trabajando en el primer nivel, de avanzar en la jerarquización académica y en la práctica de la atención a la Salud, coordinando y fortaleciendo el desarrollo de las múltiples actividades del primer nivel de atención, desde una perspectiva interdisciplinaria y contribuyendo a favorecer una cultura de participación comunitaria.

## b) OBJETIVOS

El Instituto de Atención Primaria de Salud tendrá los siguientes objetivos:

### *Objetivos generales:*

- a) replantear la dimensión teórico – práctica del concepto de Salud como producto social
- b) favorecer la construcción de un ámbito de integración del proceso asistencial – académico basado en los principios de la APS.
- c) contribuir al fortalecimiento institucional de las actividades de enseñanza, investigación, extensión y asistencia en el primer nivel de atención y en la comunidad.

### *Objetivos específicos:*

#### •Referentes a las funciones del Instituto de APS:

- a) ser el ámbito de referencia nacional, regional e internacional en la planificación, discusión y coordinación de las actividades académicas de los profesionales que trabajan en el primer nivel de atención.
- b) ser el ámbito de formación de pre y postgrados en el primer nivel de atención y en los principios de la APS.
- c) contribuir a la producción de conocimientos en el área desde una perspectiva interdisciplinaria.
- d) favorecer la implementación de actividades de desarrollo profesional continuado para los recursos que trabajan en el primer nivel de atención.
- e) optimizar los recursos profesionales, técnicos y materiales y favorecer la coordinación de las actividades de docencia – asistencia – extensión - investigación que se desarrollan en el primer nivel de atención y en el ámbito comunitario.

#### •Referentes a la organización del Instituto de APS.

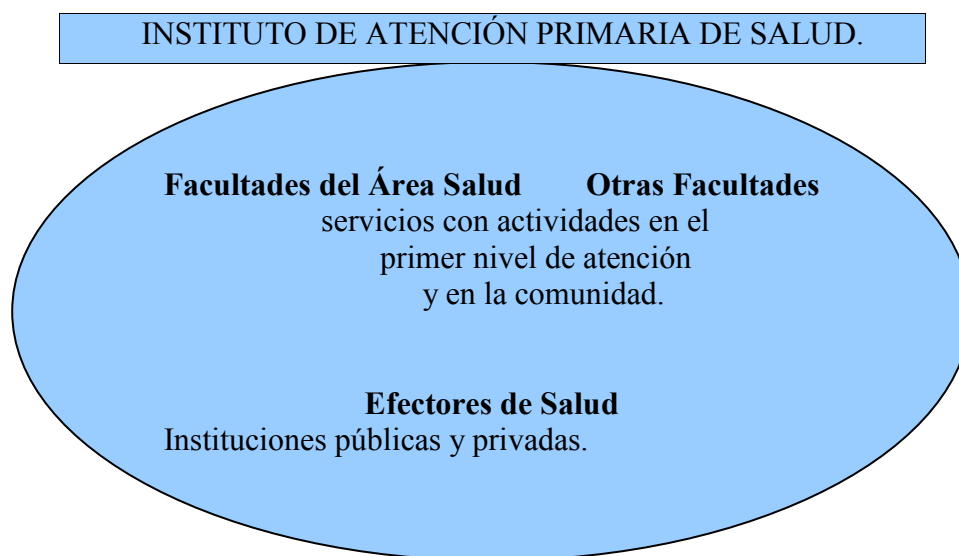
- a) favorecer la integración de las actividades académicas de las especialidades médicas y de otras disciplinas que participan en la atención del proceso salud – enfermedad en el primer nivel de atención y en la comunidad.
- b) favorecer la integración de las actividades académicas con las de los servicios de atención a la salud que trabajan en el área.

c) consolidar el ámbito comunitario como espacio académico continente de la carrera docente de las diversas especialidades que incluyen el primer nivel de atención como campo de acción. De esta manera lograr un mayor ajuste en la denominación de los cargos docentes de la Facultad de Medicina, y de otros servicios, así como su correspondiente función y lugar de ejercicio, favoreciendo un tránsito fluido y transparente de los docentes entre las áreas de un mismo servicio.

### c) ORGANIZACIÓN.

El Instituto de APS estaría integrado, básicamente, de la siguiente manera:

- Facultades integrantes del Área Salud de la Universidad: cátedras / servicios / departamentos con actividades en el 1er nivel de atención y en la comunidad.
- Otras Facultades: cátedras / servicios / departamentos con actividades en el 1er nivel de atención y en la comunidad.
- Profesionales y técnicos de la Instituciones donde se desarrollan las actividades coordinadas.



## ***INTEGRACIÓN DE LA FACULTAD DE MEDICINA EN EL INSTITUTO DE APS.***

La integración de la Facultad de Medicina en el Instituto de Atención Primaria de Salud tiene por finalidad promover programas de enseñanza de pre y postgrado, formación docente, producción de conocimientos, extensión universitaria e intercambio con otros servicios del primer nivel de atención, enmarcados en dicha estrategia.

La Facultad de Medicina integrará el Instituto de la siguiente manera:

- A) Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria
- B) Departamento de Medicina Preventiva y Social.
- C) docentes de Pediatría comunitaria del Departamento de Pediatría y especialidades
- D) docentes de Ginecoobstetricia comunitaria de las Clínicas Ginecoobstétricas.
- E) docentes de Salud Mental en la comunidad.
- F) docentes de las Escuelas: Escuela de Nutrición, Escuela de Parteras, Escuela de Tecnología Médica.
- G) docentes pasantes de otras especialidades médicas.

### **CÁTEDRA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.**

Será el referente universitario nacional, regional e internacional en Medicina Familiar y Comunitaria (MfyC).

Será la cátedra responsable de:

- a) el desarrollo de la disciplina desde el punto de vista académico y científico, constituyendo el referente de formación de postgrados, residentes y docentes de MfyC.
- b) la tutoría de la formación de pregrado de la carrera de doctor en Medicina, en el primer nivel de atención y en el ámbito comunitario, contribuyendo a desarrollar el perfil del egresado definido por el Claustro.
- c) la formación en Medicina Familiar y Comunitaria de los médicos en ejercicio en el primer nivel de atención.

Integrará con todo su cuerpo docente los equipos docentes estables interdisciplinarios que trabajarán en el Instituto.

Su organigrama estará constituido por docentes GII – GIII – GIV – GV de la disciplina UNICAMENTE.

La estructura docente será la propuesta para la disciplina de Medicina Familiar y Comunitaria por la Comisión ad – hoc designada para la re estructura del Departamento de Docencia en Comunidad en abril del año 2004.

Estos docentes tendrán a su cargo la formación en Medicina Familiar y Comunitaria de los siguientes recursos humanos:

- estudiantes de pregrado de la carrera doctor en Medicina, tutorando su actividad durante toda su curricula, independientemente del año en curso. Esta función la podrán ejercer de 2 maneras:
  - 1)directamente por acción del docente de MFyC
  - 2)supervisando la labor de médicos que trabajan en el 1<sup>er</sup> nivel de atención “actuando como guías de la actividad del estudiante”.
- residentes / postgrados de MfyC
- estudiantes de pre o postgrado de otras disciplinas que integran el Instituto.

Además tendrán las siguientes funciones:

- la atención de Salud de la población desde un modelo integral y de forma longitudinal
- la jerarquización y realización de las actividades de promoción de salud, de educación sanitaria y de prevención de enfermedades en el primer nivel de atención y en la comunidad.
- la investigación en los temas propios de su disciplina en el ámbito comunitario
- la participación en las diversas fases de la programación de las actividades de extensión en el área de trabajo
- la coordinación y participación en las actividades de desarrollo profesional continuado.

Por la magnitud de sus funciones y competencias, su crecimiento estructural y académico deberá extenderse también al interior del país.

### **DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL.**

Si bien este Departamento forma recursos humanos cuyos aportes en el área de la Salud Colectiva son fundamentales para la organización y las actividades que se desempeñan en los tres niveles de atención, desde la micro a la macro gestión, consideramos que será de vital importancia que su cuerpo docente integre en su totalidad el Instituto de Atención Primaria de Salud.

### **DOCENTES DE PEDIATRÍA Y GINECO OBSTERICIA COMUNITARIA. DOCENTES DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD.**

Integrarán los equipos docentes estables interdisciplinarios del Instituto.

Administrativamente dependerán de las Clínicas o Departamentos de origen, pero su ámbito de desempeño será en el 1<sup>er</sup> nivel de atención, con un perfil de acción basado en los principios de la Atención Primaria de Salud.

Serán GII – GIII - GIV de cada Clínica o Departamento con funciones en el Instituto, durante todo el período que dure el cargo. Por lo tanto la descripción del cargo, así como su llamado se realizará en forma particular o sea separado del llamado a los cargos convencionales para dichas disciplinas.

Serán cargos sujetos a re elección para continuar en el Instituto.

Estos cargos tendrán el siguiente perfil:

- serán especialistas en la disciplina que aspiran a desempeñar
- deberán tener conocimientos y habilidades documentadas y evaluadas en Salud Comunitaria (Educación para la Salud, Promoción de Salud, Participación comunitaria)
- desempeño profesional en el primer nivel de atención y/o en Salud Comunitaria
- producción científica en Salud Comunitaria y/o primer nivel de atención

Tendrán a su cargo la formación en los aspectos antes mencionados de:

- estudiantes de pregrado
- residentes y postgrados de sus disciplinas y de otros especialistas.

Tendrán como funciones:

- la atención de Salud de la población desde un modelo integral
- la jerarquización y realización de actividades de promoción de salud, de educación sanitaria y de prevención de enfermedades en el primer nivel y en el ámbito comunitario.
- la promoción de la investigación en los temas propios de su disciplina en el ámbito comunitario
- la participación en las diversas fases de la programación de las actividades de extensión en el área de trabajo
- la coordinación y participación en las actividades de desarrollo profesional continuado en el área.

### **DOCENTES PASANTES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS.**

Serán docentes de otras especialidades médicas que se integrarán a los equipos de 2 posibles maneras:

- a)como pasantes por períodos definidos.
- b)Como consultantes, con días y frecuencia pre establecidas.

La manera en que se integrarán, será definida por c/ cátedra o departamento.

Tendrán a su cargo:

- la contribución a la formación del estudiante de pregrado y de postgrados y docentes de las disciplinas que trabajan en el 1<sup>er</sup> nivel, con especial énfasis en los principios de la APS.

Las especialidades propuestas serían:

- Cirugía
- Dermatología
- Nefrología
- Reumatología
- Cardiología
- Geriatria
- Gastroenterología
- Neumología
- Medicina Interna.
- Microbiología
- Parasitología
- Oftalmología
- ORL
- Urología
- Endocrinología
- Neurología
- Fisiatría

#### **INTEGRACIÓN DE OTRAS CARRERAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA EN EL INSTITUTO DE APS.**

Integrarán el Instituto aquellas carreras con servicios docentes con actividades de atención a la Salud en el primer nivel de atención y/o extensión en la comunidad.

Su integración se coordinará con el equipo docente estable interdisciplinario que trabaje en el área de Salud donde se desarrollan esas actividades.

#### ***INTEGRACIÓN DE OTRAS FACULTADES EN EL INSTITUTO DE APS.***

Los servicios docentes de otras Facultades con actividades de extensión en la comunidad o de atención a la Salud en el primer nivel de atención, se integrarán a los equipos docentes del Instituto, de manera coordinada con los otros integrantes del mismo.

Será cada Facultad la que defina que servicios docentes lo integrarán y la forma en que lo harán.

**LA PRESENCIA DE ESTUDIANTES DE PREGRADO Y POSTGRADO EN FORMACIÓN EN LOS EQUIPOS DOCENTES DEL INSTITUTO, SERÁ DEFINIDA POR CADA FACULTAD / CÁTEDRA O DEPARTAMENTO.**

## ***EQUIPOS DOCENTES DEL INSTITUTO DE APS.***

***LOS EQUIPOS DOCENTES INTERDISCIPLINARIOS ESTABLES SERÁN LAS UNIDADES LOCALES – BÁSICAS DEL INSTITUTO DE ATENCIÓN PRIMARIA. ESTARÁN CONFORMADOS POR DOCENTES DE AQUELLAS DISCIPLINAS CON DESEMPEÑO TOTAL EN EL INSTITUTO POR UN MÍNIMO DE 3 AÑOS, TRABAJANDO EN UNA MISMA ÁREA DE SALUD.***

*SE CONSIDERA PRIMORDIAL ESTE ASPECTO PARA GARANTIZAR LA PERMANENCIA Y CONTINUIDAD DE LA ACTIVIDAD ASÍ COMO TAMBIÉN LA INTEGRACIÓN CON LOS OTROS PROFESIONALES Y TÉCNICOS NO DOCENTES QUE TRABAJAN EN EL ÁREA.*

*SUS FUNCIONES SERÁN LA ASISTENCIA – EXTENSIÓN – INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA, COORDINANDO LAS MISMAS CON LOS TÉCNICOS DE LOS EFECTORES DE SALUD DEL ÁREA.*

*PARA LOGRAR QUE ESTA INTEGRACIÓN A NIVEL LOCAL PUEDA FUNCIONAR SERÁ NECESARIO “CREAR UNA CULTURA DE TRABAJO EN AP, UN FUNCIONAMIENTO EN EQUIPO Y UN ENTENDIMIENTO COMÚN DE LO QUE ES LA AP”<sup>5</sup>*

## ***DIRECCIÓN***

La Dirección del Instituto estará a cargo de un Director y de una Comisión Directiva.

### ***COMISIÓN DIRECTIVA DEL INSTITUTO DE APS.***

Estará integrada por 10 miembros titulares, de la siguiente manera:

- a) 2 representantes de Facultad de Medicina: 1 GV de las especialidades que integran la carrera doctor en Medicina con alta responsabilidad en las actividades del Instituto y un representante de las Escuelas.
- b) 1 representante de cada una de las Facultades que integran el área Salud de la Universidad (Facultad de Odontología; Facultad de Enfermería y Facultad de Psicología).
- c) 1 representante de las otras áreas de la Universidad (Social, Artística, Científico-tecnológica, Agraria). En principio y hasta la consolidación del Instituto, este representante integrará la Comisión con rotación periódica para asegurar la representatividad de todas las áreas.
- g) 1 representante de las Instituciones de Salud no universitarias que integran el Instituto
- h) 3 representantes de los órdenes: 1 por el orden docente, 1 por el orden estudiantil y otro por egresados, designados por el Consejo Directivo Central.

Los representantes de las Facultades a la Comisión Directiva del Instituto serán elegidos por sus Consejos respectivos.

Los representantes por área a la Comisión Directiva serán designados por cada una de las mismas.

---

<sup>5</sup> Gofín, Rosa. *Comentarios acerca de la creación de un Instituto de APS*. Agosto 2006.

El representante de las Instituciones de Salud no universitarias a la Comisión Directiva del Instituto será elegido por el Ministerio de Salud Pública.

El nombramiento de los miembros de la Comisión Directiva será finalmente homologado por el Consejo Directivo Central de la Universidad.

Cada integrante titular de la Comisión tendrá su correspondiente alterno.

Se intentará que la misma sea lo más representativa posible, pero no muy numerosa para favorecer su resolutiveidad. Se delegará en órganos consultivos ciertas funciones con la misma finalidad.

La misma se integrará de forma progresiva, en la medida de que se avance la consolidación del Instituto.

La Comisión Directiva tendrá las siguientes funciones:

a) elaborar las políticas de desarrollo del Instituto respecto a las actividades en el primer nivel de atención y en la comunidad, en lo que refiere a:

- enseñanza de pregrados y postgrados
- atención a la Salud
- extensión
- investigación

b) asesorar a los Consejos de las Facultades respectivas a su solicitud.

c) elaborar proyectos de plan de actividades quinquenales, con metas e indicadores de resultados, y elevarlos a los Consejos de las respectivas Facultades y a la dirección de los efectores participantes.

d) elaborar informes anuales sobre las actividades desarrolladas, con resultados obtenidos y su análisis según indicadores y metas propuestas, y elevarlos a los Consejos de las respectivas Facultades y a la dirección de los efectores participantes.

e) elegir al Director del Instituto cada 5 años.

f) supervisar el desarrollo de las actividades de los equipos docentes interdisciplinarios

g) proponer y asesorar a solicitud de los respectivos Consejos de Facultad, en cuanto a designación y reelección de docentes.

h) contribuir a la administración de los recursos humanos no docentes, en relación con los Departamentos competentes de la Facultad de Medicina y la Universidad en general.

i) administrar junto con el Director la asignación presupuestal para gastos e inversiones.

j) proponer la aprobación de convenios que considere que cumplen las finalidades fijadas por el Instituto, en coordinación con la/s Facultad/es / efector/es involucrados en el mismo.

k) proponer, nombrar y evaluar la creación de Comisiones Asesoras en áreas de interés. Las mismas estarán integradas por al menos un miembro de la Comisión Directiva y de

la manera más representativa posible entre las disciplinas integrantes del Instituto que tengan que ver con el área temática designada a esa Comisión. Las mismas funcionarán por un período no superior a los 5 años, debiendo renovarse sus integrantes al cabo del período.

Anualmente, la Comisión fijará su régimen ordinario de sesiones. Se podrán realizar sesiones extraordinarias por resolución de la misma, a pedido del Consejo de alguna de las Facultades o de la dirección de los efectores de salud o por resolución del Director.

Se llevarán Actas resolutivas de las sesiones. Estas tendrán carácter público y se registrarán en lo pertinente por la Reglamentación Interna de los Consejos universitarios.

#### *DIRECTOR del INSTITUTO.*

El Director será electo por la Comisión Directiva con el voto de la mayoría absoluta de sus miembros y por un período de cinco años. Su nombramiento será homologado por el Consejo Directivo Central de la Universidad (CDC). Podrá ser reelecto hasta por un período.

Sus funciones serán:

- a) ejecutar las resoluciones de la Comisión de Instituto
- b) ejercer la administración del Instituto junto con los integrantes de la Comisión directiva.
- c) citar la Comisión Directiva del Instituto en forma extraordinaria cuando lo considere necesario
- d) organizar la ejecución del presupuesto anual, e informar sobre la misma.
- e) proponer líneas de trabajo – desarrollo del Instituto, que deberán ser aprobadas por la Comisión Directiva.
- f) representar al Instituto de Atención Primaria de Salud
- g) presidir la Comisión Directiva del Instituto

El Director de Instituto deberá ocupar o haber ocupado un cargo en efectividad, grado 4 ó 5, y tendrá una dedicación no menor a 20 horas semanales.

A propuesta de la Comisión Directiva del Instituto se podrá designar un Director Interino en caso de ausencia del titular por un período no mayor de un año.

La Comisión Directiva del Instituto podrá en cualquier momento proponer el cese en sus funciones del Director del de Instituto por resolución fundada y por mayoría absoluta de sus componentes. Esta resolución será elevada al Consejo de Facultad de Medicina y al CDC para su homologación.

El Instituto dispondrá de un servicio de secretaría administrativa y de servicios técnicos especializados (laboratorios, talleres) necesarios para el cumplimiento de sus funciones.

*En suma, la propuesta de creación de un Instituto de Atención Primaria de Salud marca el inicio de una de discusión constructiva acerca de la integración del proceso asistencial – académico de diferentes Instituciones y profesiones que trabajan en el primer nivel, basados en los principios de la estrategia de Atención Primaria de Salud.*

*Deberá analizarse y consolidar un entendimiento común acerca de lo que es la Atención Primaria de Salud para poder trabajar en equipo y asegurar la atención integral de la población.*

*También deberán considerarse los aspectos comunitarios " más allá de la localización del servicio, considerando también la salud de la población como una responsabilidad de AP. Para ello la epidemiología y la promoción de salud (más allá de la promoción de salud individual o familiar) tienen que ser desarrolladas y ser una parte integral de las funciones y desarrollo del Instituto.*

*Asimismo, los aspectos de investigación en la AP tienen que ser enfatizados, como una parte integral del servicio de AP. Para esto, la epidemiología como una expresión de los métodos cuantitativos es extremadamente importante, así como también otros tipos de metodologías.*

***La creación del Instituto es un paso importante dentro de las estructuras de la Facultad de Medicina y en el marco de la reforma del sistema de salud del Uruguay. Su creación tiene que ser un ejemplo en la construcción de una nueva entidad, en la cual la colaboración entre diferentes profesiones y personas va más allá de trabajar en un mismo lugar, sino que se trata de la creación de una ética de trabajo y un propósito común, que en definitiva se va a traducir en la preparación de alta calidad de profesionales en AP que van a contribuir a la mejora del estado de salud de la población."***<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Gofin, Rosa. *Comentarios acerca de la propuesta creación de un Instituto de APS*. Agosto 2006.

*ORGANIGRAMA GENERAL  
DEL  
INSTITUO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.*

CONSEJO DIRECTIVO CENTRAL DE LA UNIVERSIDAD.

DIRECTOR

COMISIÓN DIRECTIVA

CONSEJO de  
FACULTAD de  
MEDICINA

DIRECCIÓN  
EFECTORES  
de SALUD.

CONSEJOS de  
OTRAS FACULTADES/  
AREAS DE LA  
UNIVER.

- CATEDRA MEDICINA FLIAR Y COMUNITARIA.
- CATEDRA MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL.
- DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
- CLINICAS GO
- SALUD MENTAL
- ESCUELAS DE FACULTAD DE MEDICINA
- OTRAS ESPECIALIDADES PASANTES

- \* FAC. PSICOLOGÍA
- \*FAC. ENFERMERÍA
- \* FAC. ODONTOLOGÍA
- \* FAC. HUMANIDADES  
y C. DE COMUNICAC.
- \* FAC. CIENCIAS  
SOCIALES
- \* FAC. VETERINARIA
- \* OTRAS FACULTADES

EQUIPOS DOCENTES  
INTERDISCIPLINARIOS ESTABLES

DOCENTES PASANTES - CONSULTANTES DE OTRAS ESPECIALIDADES /  
ESCUELAS / FACULTADES

Residentes – estudiantes de pregrado – estudiantes de postgrado.

TECNICOS NO DOCENTES DE LOS EFECTORES DE SALUD.

POBLACIÓN A CARGO

## ***AGRADECIMIENTOS.***

•Dra. Rosario Cavagnaro.

Asistente de Dirección del Programa Apex – Cerro de la Universidad de la República ( programa multidisciplinario de formación de profesionales en el ámbito comunitario). (1993 a la fecha). Docente de Clínica médica del Programa Docencia en Comunidad (1988 – 1991). Docente y Coordinadora del Ciclo Básico de la Facultad de Medicina (1991 – 2002). Asistente académica del decanato para la creación y desarrollo del programa Apex – Cerro. (1992).

•Dra. Teresa Briozzo.

Pediatra y Coordinadora de la Policlínica municipal La Paloma. Cerro (centro de formación docente universitario del 1er nivel de atención). Docente del Programa Docencia en Comunidad (Asistente Pediatría) y del Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria (Prof. Adjunta orientación pediatría). (1988 – 2006). Asistente GII AIEPI.

•Dr. Carlos Ketzoian.

Docente y Coordinador de la Unidad de Métodos Cuantitativos del Ciclo Básico (1988 – 2002). Docente de la Cátedra de Medicina Preventiva y Social. Docente de neuroepidemiología y asistente especializado en electroencefalografía del Instituto de Neurología.

•Dr. Jaime Gofin.

Profesor de Salud Comunitaria. Escuela de Salud Pública y Medicina Comunitaria de Hadassah - Universidad Hebrea. Escuela de Salud Pública y Servicios de Salud de George Washington University.

•Dra. Rosa Gofín.

Directora de Medicina Comunitaria y Promoción de Salud. Escuela Braun de Salud Pública y Medicina Comunitaria de Hadassah – Universidad Hebrea

•Dr. Rubén Roa

Docente de Medicina Familiar en la Universidad de Buenos Aires. Especialista en Medicina Familiar. Fellowship en Medicina Familiar, University of Texas Medical Branch. Miembro del Comité de Evaluación de la especialidad de la Asociación Argentina de Medicina Familiar. Miembro de la American Academy of Family Physician Secretario Ejecutivo de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar. Gerente de Gestión Estratégica de la Superintendencia de Servicios de Salud.

•Dra. Elsa Moreno

Directora de la Maestría en Salud Pública y de la especialidad de Epidemiología de campo en la Universidad de Tucumán. Especialista en Clínica Médica en España, Pediatría Social en Chile y Salud Materno – infantil y Salud Pública en Buenos Aires. Subsecretaria de Salud en Tucumán y Neuquén. Secretaria de salud de la Nación. Consultora de OPS y OMS. Directora del programa de salud materno infantil de OPS. “Heroína de la salud de las Américas” (premio concedido por la OPS en 2002).

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Asamblea del Claustro de Facultad de Medicina. *Perfil del egresado*. Actas de resolución. Montevideo. 05 / 05 /1995.
- Asamblea del Claustro de Facultad de Medicina. *El proceso de enseñanza – aprendizaje en la comunidad*. Actas de resolución. Montevideo. Enero 2004.
- Comisión Plan de estudios del Claustro. *Enseñanza del pre grado en el ámbito comunitario*. Asamblea del Claustro de Facultad de Medicina. Montevideo. Abril 2004.
- Comisión ad – hoc del Consejo para la re –estructura del Departamento de Docencia en Comunidad. *Departamento de Medicina Familiar y Salud Comunitaria*. Facultad de Medicina. Montevideo. Enero – abril 2004.
- Asamblea del Claustro de Facultad de Medicina. *Actas de resolución*. Montevideo. 24 / 06 / 2004.
- Comisión Plan de estudios del Claustro. *Pre informe en respuesta al informe de la comisión ad – hoc del Consejo para la re- estructura del Departamento de Docencia en Comunidad*. Asamblea del Claustro de Facultad de Medicina Montevideo. Agosto 2004.
- Canetti, Alicia. Da Luz, Silvia. Pais, Tito. Ibarburu, Sergio. *Informe del Departamento de Docencia en Comunidad en respuesta al Informe de la comisión ad – hoc del Consejo para la re- estructura del Departamento de Docencia en Comunidad*. Facultad de Medicina. Montevideo. 02 / 07 / 2004.
- Consejo de Facultad de Medicina. *Actas de resolución*. Montevideo. 01 / 09 / 2004.
- Comisión Plan de estudios del Claustro. *Síntesis sobre respuestas de los servicios Tema Comunidad. Síntesis*. Asamblea del Claustro de la Facultad de Medicina. Montevideo. 05 / 05 / 2005.
- Asamblea del Claustro de Facultad de Medicina. *Actas de resolución*. Montevideo. 06 / 10 / 2005.
- Piñeyro, Luis. Roca, Ricardo. Abudara, Verónica. Esperón, Alejandro. Iglesias, Claudio. Batthyany, Edmundo. *Informe de la Comisión especial para el estudio de la organización de la Facultad en base a Institutos*. Facultad de Medicina. Montevideo. Diciembre 2005.
- Comisión Plan de estudios del Claustro. *Plataforma inicial para la elaboración de un nuevo plan de estudios*. Asamblea del Claustro de Facultad de Medicina. Montevideo. 31 / 08 / 2006.
- Garay, Margarita. Tuzzo, Rosario. Díaz, Álvaro. “Emergencias emocionales Abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención”. *Emergencias emocionales, abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención*. Tomo 2. Comisión sectorial de educación permanente. pp 9 – 18. Oficina del libro FEFMUR. Montevideo. Marzo 2006.
- Garay, Margarita. Tuzzo, Rosario. Díaz, Álvaro. “La inter disciplina, un desafío de trabajo para el equipo de salud en el primer nivel de atención”. *Emergencias emocionales, abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención*. Tomo 2. Comisión sectorial de educación permanente. pp 95 – 97. Oficina del libro FEFMUR. Montevideo. Marzo 2006.

- Ceitlín, Julio. Gómez Gascón, Tomás. “La inserción de la Medicina de Familia en los sistemas de salud”. *Medicina de familia. La clave de un nuevo modelo*. pp 261 – 315. SEMFyC – CIMF. Madrid. 1997.
- Zurro, Martín. Cano Pérez, Juan Francisco. “Atención Primaria de Salud. Principios de la Atención Primaria de salud”. *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. 4º edición. Vol 1. Parte I. pp 3 – 15. Harcourt. Madrid. 1999.
- Zurro, Martín. Cano Pérez, Juan Francisco. “Docencia en Atención Primaria y Medicina de Familia”. *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. 4º edición. Vol 1. Parte I. pp 144 – 160. Harcourt. Madrid. 1999.
- Comité regional de la OPS – OMS. “Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros”. *APS en las Américas*. 55.a sesión. Washington DC. 22 – 26 / 09 / 2003.
- Comité regional de la OPS – OMS. *Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la APS – Declaración de Montevideo*. 57.a sesión. Washington DC. 26– 30 / 09 / 2005.
- Larre Borges, Uruguay. Petruccelli, Dante. Niski, Rosa. Fosman, Elena. Amoza, Benito. Margolis, Álvaro. Alvariño, Fernando. Ríos, Gilberto. “El desarrollo profesional médico continuo en el Uruguay de cara al siglo XXI”. *Área de desarrollo profesional médico continuado*. Escuela de Graduados. Montevideo. Facultad de Medicina. UDELAR.  
<http://www.egradu.hc.edu.uy/dpmc/archivos/emc/16515%20-%20DPMC%20Uruguay%20-%20OPS.pdf>