

# TE CUENTO UN POCO

Un relato sobre nuestro recorrido en el Centro de Salud.

**Autores:**

**GIUNTA, Gisela Mariel; Residente de Medicina General y Familiar 1º año.**

**PETEAN, Andrea Carolina; Residente de Medicina General y Familiar 2º año.**

**SORIA, Natalia Paola; Residente de Medicina General y Familiar 3º año.**

**Agosto 2015 - Trabajo Inédito.**

**Tipo de trabajo:**

**Relato de Experiencia.**

**Categoría temática:**

**Gestión/Administración de servicios de salud.**

**Lugar de Realización:**

**Centro de Salud Hipólito Irigoyen. Santo Tomé, Santa Fe, Argentina**

**Dirección: M. Candiotti 4800**

**C.P: 3016**

**Teléfono: 0342-154795248**

**Mail: nataliasoriamed@hotmail.com**

**Agradecimientos**

*A cada integrante que formó y forma parte del equipo de salud del CAPS H. Irigoyen.*

*A los residentes que tuvieron su paso por el CAPS e iniciaron esta historia.*

*A la comunidad, motor de nuestro esfuerzo diario*

TE CUENTO UN POCO. Un relato sobre nuestro recorrido en el Centro de Salud.
<u>GIUNTA, Gisela M; PETEAN, Andrea C; SORIA, Natalia P.</u>
Centro de Salud Hipólito Irigoyen Dirección: Mariano Candiotti 4800, Santo Tomé, Santa Fe. CP:3016 Tel: 0342 154870028. Mail: andrea.petean@hotmail.com
Relato de experiencia.
Gestión/Administración de servicios de salud.
Nuestra experiencia pretende mostrar el recorrido histórico de las prácticas y la reorganización de los recursos a partir de la incorporación de un médico general y la Residencia de Medicina General y Familiar, en el año 2012, en el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) Hipólito Irigoyen de la Ciudad de Santo Tomé; teniendo como base la estrategia de Atención Primaria de la Salud, intentando alejarnos de las prácticas asistenciales y la mirada biologicista de la salud; lo que promueve nuevas formas de intervención desde la interdisciplina, llevándose adelante prácticas antes impensadas en el espacio del centro. Permitieron conocer el barrio, su población, los integrantes de cada familia, con las cuales se estrecharon vínculos, logrando mantener un seguimiento longitudinal. También surgen nuevos desafíos, que nos imponen reflexionar cotidianamente nuestras acciones. Estas experiencias llevaron a un fortalecimiento del grupo, como equipo, transformándonos constantemente.
Palabras clave: Equipo de Salud – Longitudinalidad – APS – Interdisciplina
Modalidad: Power Point con cañón multimedia

*“Esperando una piel nueva de este sol  
No pretendemos ver el cambio  
Sólo haber dejado algo  
Sobre el camino andado que pasó”.*  
León Gieco

## **DESCRIPTIVO**

### Introducción:

En el año 2012 se suma al equipo de trabajo del Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) Hipólito Irigoyen de la ciudad de Santo Tome, una médica general y de familia, y a fines de ese mismo año se incorpora la Residencia de Medicina General y Familiar, lo que llevo a que se sucedieran cambios vinculados a las prácticas diarias en el CAPS.

Este relato surge a partir de esas experiencias, narrando la transformación de prácticas meramente asistenciales y alienadas a un trabajo desde el concepto amplio de la salud con un mirada integral; así contamos cómo aprendimos a articular con otras disciplinas y otras instituciones a nivel comunitario; cómo generamos un vínculo con la población y estimulamos la apropiación del lugar; y cómo optimizamos las tareas de gestión.

Lo que nos llevó a la posibilidad de redimensionar el sujeto, los instrumentos de trabajo y las actividades, considerando la articulación con el equipo como base del quehacer, reabriendo alternativas metodológicas y técnicas para pensar y actuar en el campo de la salud.

### Objetivo

Reflexionar acerca de los procesos que se produjeron en el CAPS Hipólito Irigoyen desde la incorporación al equipo de trabajo de la Residencia de Medicina General y Familiar, a fines del año 2012 hasta la actualidad.

### Desarrollo de la experiencia

En el CAPS Hipólito Irigoyen, previo al año 2012, los profesionales de la salud que desempeñaban allí su trabajo contaban con historias clínicas individuales y por especialidad

de cada uno de los usuarios del CAPS, lo cual se alejaba de la visión amplia del concepto de salud, centrados en la enfermedad de los individuos, brindándose así una atención parcial a los problemas de salud de la comunidad. Se basaba en un modelo de atención de disgregación, siguiendo el modelo médico hegemónico.

Siguiendo los lineamientos de la Atención Primaria de la Salud (APS) se decide en el año 2012 incorporar un médico general y a finales de ese mismo año se suman la Residencia de Medicina General y Familiar y la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISAM). En ese momento el equipo de salud estaba conformado por enfermeras, un administrativo, un odontólogo, una médica clínica y una médica ginecoobstetra.

Al principio, como equipo se cuestionó la metodología de registro de las prácticas que se realizaban en el CAPS, por lo que nos abocamos a la tarea de contabilizar y unificar las historias clínicas individuales, lo que demandó un gran esfuerzo y tiempo, ya que un paciente podía tener hasta tres historias clínicas diferentes según cada profesional que le brindaba atención.

En ese momento también pensamos en generar espacios de encuentro entre los integrantes del equipo de salud para discutir estas prácticas de gestión. De éstos surgió la necesidad de iniciar la confección de historias clínicas familiares (HCF), como una primera estrategia para el seguimiento de familias identificadas en situación de vulnerabilidad, las cuales requerían de un abordaje interdisciplinario. Fue también el puntapié para que toda la población adscripta tenga su HCF. Con el paso de los meses se fueron creando nuevas, teniendo hoy cerca de 300 HCF que se utilizan a diario y son empleadas por todos los miembros del equipo de trabajo. Fue arduo el trabajo de pensar cómo organizar y archivar cada HCF, y que esto permita una ágil búsqueda para cualquier integrante del CAPS.

Creamos una estrategia para el seguimiento de los usuarios basado en la utilización de ficheros calendario, los cuales se modifican continuamente según las dificultades de ejecución que vamos teniendo, como en un sistema de “Prueba-Error”. Estas tareas de gestión nos permitieron conocer a las familias y sus integrantes, las relaciones entre ellos y con el barrio, sus estilos de vida, problemas, creencias y redes; fortaleciendo el vínculo y la confianza hacia nosotros.

Las diferentes situaciones con las que nos enfrentábamos a diario llevó a la necesidad de contar con un espacio de encuentro entre los integrantes del CAPS, por lo que se establecieron los días martes reuniones de equipo, para abordar integralmente éstas

problemáticas. Hoy en día la consideramos una verdadera fortaleza, a través de la cual nos apoyamos en el concepto de que las acciones en salud son más ricas cuando se piensan y se ponen en práctica en equipos; lo que supone el establecimiento de objetivos comunes y un fortalecimiento del trabajo, potenciando la mirada integral de la salud y las intervenciones.

Estas reuniones se registran en un cuaderno donde se asienta: día de la reunión, participantes y situaciones a tratar, donde semana a semana se retoman cada caso planteado y los acuerdos para las actuaciones posteriores, registrando a su vez, los nuevos abordajes a realizar. Cabe destacar que si bien se respeta el espacio que utilizamos en la reunión, todavía es necesario afianzar la participación de otros integrantes del equipo, no solo los médicos.

El respeto, la escucha y la integración, fueron claves para sentirnos todos parte de nuestro objetivo común que es la población; y así poder brindarle a la misma lo más rico que tiene un equipo de trabajo, que es su contención y acompañamiento a través de distintas miradas. Disciplinas que se juntan y se ponen en discusión para dar la mejor respuesta.

En el año 2013 surge la necesidad de conocer la población a cargo y sus problemáticas, por lo que se confecciona por primera vez el Análisis de Situación de Salud (ASIS), herramienta clave que contribuyó a identificar y priorizar los problemas de salud de la comunidad, y formular posibles acciones que colaboren en su solución. Ésta actividad es parte del espacio curricular de formación en Gestión de la Residencia. En una primera instancia realizamos la investigación de la población mediante el uso del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda y el recuento de las historias clínicas, dándonos un panorama general de la población a cargo.

El uso de otras herramientas como el Sistema de Información de los Centros de Atención Primaria<sup>1</sup> nos permitió conocer las consultas más frecuentes en nuestro CAPS, además de otros datos estadísticos de relevancia.

En una segunda instancia recorrimos el barrio para presentarnos como equipo y conocer las instituciones del barrio, los recursos y las condiciones de vida de nuestra comunidad.

---

<sup>1</sup> SICAP: Sistema informático que tiene como objeto simplificar y automatizar los procesos administrativos y asistenciales de los efectores, mediante un registro de toda actividad que se desarrolle; orientando los procesos a obtener una Historia Clínica Única y accesible desde cualquier Efecto de Salud.

En un tercer momento el equipo elaboró un primer informe caracterizando nuestra población, resultando del mismo los problemas prevalentes. Desde nuestra mirada, estos fueron priorizados y se plantearon las primeras líneas de intervención.

Reflexionando de forma constante sobre nuestras prácticas, fuimos modificando los horarios de atención en consultorio así como los abordajes desde territorio y los espacios alternativos.

Iniciamos también un proceso de articulación con las demás instituciones de la ciudad, con las cuales tuvimos que trabajar algunas situaciones que por su complejidad requieren de la intervención en forma conjunta, quedando aún un largo camino por recorrer para mejorar las estrategias ante circunstancias emergentes. Es un desafío conformar una red de servicios en el primer nivel que actúe de manera articulada ante las distintas problemáticas que se presenten en nuestra comunidad.

De las intervenciones que pudimos lograr con éxito como residentes, destacamos las visitas domiciliarias como parte de las estrategias de atención a las familias que teníamos en seguimiento. Se fortaleció el vínculo, lo que permitió obtener un mejor conocimiento de su realidad socio-económica, ambiental y cultural.

También, en el marco del trabajo interresidencias, logramos generar dispositivos alternativos a los consultorios disciplinares. Por lo que se planificaron actividades comunitarias, iniciando con talleres, entre ellos:

- “Taller de Juegos para niños”. Espacio lúdico que surge al identificar escasez de propuestas para la población de edades comprendidas entre 6 y 12 años. Constituyéndose en una posibilidad para abordar complejidades familiares, partiendo de la construcción de vínculos y posibilidad de expresión de los niños desde un espacio lúdico.

- “Taller Reflexionando sobre nuestras emociones”. Intentando abordar a usuarios reconocidos como policonsultores, en los que se identificaba la necesidad de abordar situaciones y emociones, se pensó este dispositivo. Comenzamos capacitándonos en psicoeducación y en la adquisición de herramientas psicoterapéuticas para el abordaje de sintomatología ansiosa y depresiva. Luego invitamos a estas pacientes (6 mujeres) y trabajamos sobre diferentes módulos temáticos en variados encuentros donde, al finalizar los mismos, realizábamos una meditación. En este espacio pudimos detectar situaciones de violencia de género, que nos permitieron un trabajo individual posterior.

- “Taller Entre Todas”. Es el trabajo que da continuidad al taller antes mencionado. Pensamos este dispositivo como lugar de escucha, encuentro, expresión y reflexión. Fuimos acompañadas por la Psicóloga que, durante ese año, formó parte del equipo de salud.

Sin embargo, estos espacios con el paso del tiempo no pudieron sostenerse. Pensamos que los mismos no fueron el resultado de la participación de la comunidad, sino de construcciones del equipo, lo que denota la toma de decisiones unilaterales y ausencia de una construcción colectiva del concepto salud-cuidado.

Podemos decir que a partir de la reactualización del ASIS en 2014 y de la poca respuesta de la comunidad a los espacios ofrecidos, nos replanteamos estas prácticas y la necesidad de escuchar y hacer partícipe a la población en las propuestas de las acciones e intervenciones que realizamos.

Sí podemos afirmar que se sostienen en el tiempo, con gran convocatoria y aceptación por parte de la comunidad, los encuentros anuales alusivos al Día del Niño así como los encuentros generados espontáneamente que no requieren continuidad como por ejemplo el encuentro por el Día Internacional de los Derechos de la Mujer en el cual pintamos los bancos exteriores del CAPS y realizamos tareas de jardinería.

Durante este periodo, el equipo de salud fue modificándose continuamente, lo que por un lado lo podemos ver como fortaleza por el aporte de saberes, pero actualmente es una debilidad, ya que no contamos con profesionales del campo de la psicología y el trabajo social. La respuesta que en este momento surge, está alejada del abordaje integral, lo que nos lleva a buscar alternativas.

Hoy en día seguimos reflexionando nuestras prácticas diarias en el contexto del trabajo en equipo, camino de gran valor para lograr el crecimiento y modelización del perfil profesional que perseguimos.

### Contexto

El Centro de Salud Hipólito Irigoyen, fundado en 1985, es un efector bajo la coordinación de la Subregión Santo Tome del Nodo Santa Fe y el Hospital SAMCo<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Sistema para la Atención Médica de la Comunidad: es un sistema creado y promovido por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la provincia de Santa Fe, Argentina. Norma establecida el 2 de mayo de 1967. Ley N° 6312/67



Está ubicado en el Barrio Adelina Este de la Ciudad de Santo Tomé, provincia de Santa Fe. Su zona de influencia se extiende más allá de los límites del barrio, teniendo en total como población adscripta aproximadamente 3200 personas.

Cuenta con tres consultorios, uno de los cuales se encuentra adaptado a la práctica de odontología, una enfermería que comparte espacio físico con farmacia, una oficina del personal administrativo, dos baños, un pasillo de circulación interna donde se encuentra la cocina, una sala de espera y un amplio espacio verde que lo rodea.

El equipo de trabajo del CAPS cuenta actualmente con tres enfermeras, dos administrativos, un personal de servicios generales, un odontólogo, una médica ginecoobstetra, una médica clínica, una médica general y de familia y tres residentes de medicina general.

Se emplaza en un barrio localizado en la zona sureste de la Ciudad de Santo Tomé, en la costa del Río Salado. Adelina Este cuenta con 468 hogares donde el 71% de los habitantes son propietarios de la vivienda o el terreno. Las viviendas en su mayoría son casas, con revestimientos precarios, y la minoría habita ranchos.

En nuestra población adscripta, predomina el alfabetismo, las mujeres generalmente trabajan en casas de familia, realizando tareas domésticas, o son amas de casa (trabajo social y culturalmente invisibilizado). En cuanto a los hombres, el 47% trabaja en el sector privado, siendo muchas veces el único sustento económico de los hogares. Dentro de las actividades laborales que realizan predomina la construcción, trabajos en los que prima la precarización e inestabilidad laboral.

Dentro de las problemáticas visualizadas a través del ASIS y las consultas en el CAPS se destacan: el uso problemáticos de sustancias, la presencia de hechos de violencia, que incluyen actos delictivos, violencia intrafamiliar y violencia de género. Sobre ésta última trabajamos constantemente.

La comunidad cuenta con varias instituciones, entre las que se encuentran:

- *Escuela Nº 166 Ignacio Crespo*, brinda educación primaria y cuenta con un comedor, donde el 95% de los alumnos son del barrio. Si bien se han realizado algunas actividades de promoción y prevención y trabajado sobre algunas situaciones en conjunto es un propósito profundizar el vínculo con las autoridades de la misma para diseñar estrategias de intervención comunitaria

- *Los Cuarteles*, en el predio del Ejército Argentino. Que intervienen en situaciones de necesidad, por ejemplo ante emergencias hídricas; y por el momento no realiza actividades con la comunidad.

- *Museo Arqueológico Santo Tomé* Inaugurado el 25 de mayo de 2013, Depende de la dirección de cultura y educación municipal.

- *Vecinal Adelina este*, con la que estamos trabajando actualmente tras el incendio en este año de su espacio físico.

Otras instituciones con quienes trabajamos en forma articulada, de manera casi diaria, son:

- Los *Centros de salud de los Barrios Adelina Centro y Adelina Oeste*, con quienes compartimos población a cargo y mantenemos una comunicación fluida, principalmente con el equipo del CAPS del Barrio Adelina Centro, integrado por psicólogo, trabajadora social e integrantes de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental, debido a la necesidad de compartir el abordaje de ciertas situaciones, ya que no contamos con profesionales en trabajo social ni psicología.

- La *oficina de Acción Social* dependiente de la Municipalidad de Santo Tomé,
- Los diferentes servicios del *Hospital Samco R. Nanzer*, como segundo nivel de atención ya sea para la gestión de turnos a estudios complementarios y consultorios de especialidades como intervenciones en territorio a través de servicio social hasta internaciones de diversa índole, siendo este espacio el de mayor referencia para nosotros para el trabajo conjunto.

#### *Descripción de los actores participantes*

- Soria Natalia Paola, Petean Andrea Carolina, Giunta Gisela Mariel, actuales residentes de medicina general y familiar de 3er, 2do y 1er año; autoras de éste relato.

- Ex residentes de medicina general y familiar, y de la residencia interdisciplinaria de salud mental

- Integrantes del equipo de salud

#### *Encuadre institucional*

Se llevo a cabo en el Centro de Salud Hipólito Irigoyen, de la ciudad de Santo Tomé, el cual constituye nuestra sede de residencia.

### Marco teórico

En Argentina el Sistema de Residencias incluye a la Medicina General y Familiar como una de las especialidades de formación para médicos.

El perfil del Médico General y Familiar es aquel profesional que guiado por valores de universalidad, equidad y solidaridad, reconoce los determinantes del proceso salud-enfermedad-atención tanto a nivel colectivo como individual en sus dimensiones generales, singulares y particulares.

Forma parte de un equipo interdisciplinario, para trabajar en la atención integral, continua y longitudinal de una población con referencia territorial, responsabilizándose del cuidado de la salud en todos los momentos del proceso salud–enfermedad–atención de la comunidad.

Realiza intervenciones de carácter promocional, preventivo y asistencial considerando a la persona, como un sujeto, dentro de su contexto familiar y comunitario. En su accionar respeta distintos tipos de conocimientos, tanto el científico como el llamado saber popular, que no es más que el resumen de vida de un pueblo.

Está capacitado, entonces, para cuidar la salud de la comunidad, la persona y su familia, gestionar el proceso de atención de la salud de la persona, familia y comunidad y participar del proceso de investigación y educación médica continua y permanente.

El CAPS es una modalidad de organización del primer nivel de atención médica (sea en la organización pública como privada), que se define por su capacidad de establecer relaciones participativas con la población de la cual es responsable y a la que se proveen servicios de salud integrales. En el mismo, la atención debe ser global, integrada y continua, entendiéndose:

- Atención global, que toma en consideración todas las dimensiones de los individuos, comprendiendo sus dimensiones psicológicas, culturales y sociales, sin limitarse a los órganos enfermos; y que concretizan en relación a la población que se dirige al centro, las medidas de diagnóstico y de acción necesarias a la salvaguarda de la salud pública

– La atención realizada por un equipo multidisciplinario integra su acción médica y social gracias a una coordinación de acciones curativas, preventivas y de educación para la salud, en beneficio de los pacientes y la población que la utiliza.

– Atención que se desarrolla de forma continua, no solamente durante las enfermedades, sino también como prevención y educación para la salud. Esto implica la organización de una atención permanente, así como la utilización a través de la historia clínica de la información relacionada con la salud de cada persona.

Debe posibilitar la accesibilidad en todas sus dimensiones; psicológicas, culturales y económicas, tanto como las geográficas, por lo que debe ubicarse lo más cerca posible de la población.

El CAPS debe funcionar con un equipo integrado, que se compone idealmente de personal polivalente, que comparte según su nivel de formación, una responsabilidad común frente a todos los problemas de salud de la población. El tamaño dependerá de la población a cubrir y del nivel técnico de las actividades que allí se desarrollan. Se requiere un mínimo de 3 personas:

- Una persona con capacidad clínica capaz de asumir la atención curativa, (un médico generalista, o un ayudante médico)
- Una persona con capacidad médico social, (una enfermera, ó una enfermera social)
- Un administrativo

El equipo debe ser reforzado si se debe cubrir una población más grande, o si se incorporan actividades suplementarias que requieran personal más especializado.

Por lo tanto y como regla general, cuando se introducen en el CAPS nuevas actividades que requieren personal suplementario, es mejor reforzar el equipo existente con personal polivalente, que incorporar personal especializado, ya que este puede desintegrar el equipo al absorber responsabilidades importantes que deben normalmente compartirse entre todos los participantes del equipo de salud.

La importancia de la presencia del Médico General y Familiar en un CAPS reside en su capacidad para ejercer un liderazgo constructivo, incentivando la participación y superación continua de los integrantes del equipo de salud.

También debe enfatizar la necesidad de mayor coordinación entre las diferentes disciplinas, lo que permitirá un entrelazamiento entre las actividades a nivel de la comunidad y las hospitalarias. En esta forma, encontrará receptividad y cooperación tanto de los otros integrantes del equipo de salud como de toda la comunidad.

#### **EXPLICATIVO:**

Nuestra experiencia pretende mostrar el progreso de las prácticas y la reorganización de los recursos en un centro de atención primaria de la salud, desarrollando la historia del mismo desde la incorporación de un médico general y la residencia de medicina general, basándonos en la estrategia de APS, para poder brindar a la población, un servicio de salud integral, que garantice continuidad, longitudinalidad, equidad, universalidad, trabajando desde la interdisciplina, desde un concepto de clínica ampliada y entendiendo la salud como un derecho.

Para ofrecer una mirada de salud integral, el equipo tuvo que evolucionar desde un concepto médico biologicista, con médicos especialistas que no articulaban entre sí, y una oferta reducida a la consulta clínica, sin intervención en los aspectos psicosociales de la salud, a la incorporación de los médicos generales y residencias interdisciplinarias, que comparten una responsabilidad común frente a todos los problemas de salud de la población.

La posibilidad de contar con un equipo disponible en forma permanente, de manera de ser accesible y estar cuando la gente lo necesita, nos lleva a nuevos desafíos en función de las demandas por parte de la población.

Generamos otras formas de intervención desde una mirada integral, para llevar adelante prácticas antes impensadas, como por ejemplo el festejo del día del niño, espacios de escucha para mujeres, taller de emociones, entre otros.

Como residentes, el trabajo en el centro de salud, cerca de la comunidad, es prioritario por que forma parte de nuestra especificidad, ya que nos permite reconocer las posibilidades de intervención cada vez más complejas; desde lo singular, lo particular a lo general, abordando con el uso de herramientas que permitan desmembrar los problemas de salud con todos sus determinantes, las diferentes situaciones que se presentaban en nuestra comunidad.

Para ello inicialmente debimos conocer a nuestra población, realizando un ASIS y la elaboración de la Historia Clínica Familiar Basada en Problemas como método de registro y seguimiento de población adscrita para el manejo de los procesos de salud-enfermedad-atención.

Este proceso de aprender el funcionamiento administrativo del centro de salud, los registros estadísticos y la gestión de insumos fue sumamente valioso para el crecimiento profesional de los médicos que nos estamos formando. Así como las diferentes prácticas en terreno (visitas domiciliarias, talleres, espacios alternativos de encuentro con la comunidad), junto a otros integrantes del equipo, nos enriqueció la mirada sobre los determinantes sociales de la salud, que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible, del mismo modo la necesidad de trabajar en equipo y el abordaje integral de las situaciones que nos enfrentamos a diario.

## **CONCLUSIONES Y PROPUESTAS**

Esta experiencia nos imprime orgullo por todo lo logrado, tanto a nosotras como al resto del equipo, quienes fueron parte del proceso de transición modificando una forma de trabajo.

El vínculo logrado con cada familia que asiste regularmente al CAPS nos permite afianzarnos como futuras médicas generales, ya que nos permitió entender la salud en su amplio concepto desde una perspectiva enriquecida por el saber del otro y de parte del equipo.

El trabajo diario con un equipo de salud, nos permite reconocer a la interdisciplina como un elemento fundamental en nuestra formación, generándose continuamente un intercambio positivo, que permite la constante transformación de las prácticas en salud.

Como gran desafío a partir de esta experiencia, deberíamos seguir generando espacios para la participación activa de la comunidad y continuar reflexionando sobre nuestras prácticas cotidianas.

*“Somos el resultado del significado que le otorgamos a nuestra experiencia. Cuando cambiamos el significado de situaciones vividas, cambiará nuestra manera de ver y hacer con el mundo. Mientras no nos planteemos que las cosas pueden ser de otra y mil maneras diferentes seguiremos siendo igual, los mismos, fijados en el tiempo.” (Terapia Gestáltica).*

## BIBLIOGRAFÍA

- Organización Panamericana de la Salud. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2). Washington D.C: OPS, c 2008. 71 págs. ISBN 978 92 75 32938 2
- Barboza Ruiz O. Rol del médico en un programa de salud en la comunidad. En: XI Congreso Nacional de Hospitales. San Ramón, Alajuela, Costa Rica. 1980
- Medicina familiar en la reforma de los servicios de salud. Declaración de Buenos Aires. En: Conferencia Regional de Líderes y Expertos de las Américas. Buenos Aires. 1996
- Adaptación de “El rol del centro de salud en un sistema local de salud basado en la estrategia de atención primaria de la salud” de Mercenier P. Adaptación de Zurita A.
- Arribas Mir L. La organización del centro de salud. ¿Cómo trabajar mejor?. En: Foro Gestión Clínica 2.0. Nuevas perspectivas para una nueva década. Área de Gestión de la Práctica Asistencial. EASP. Granada, España. 2009
- Da Costa Saar S.R, Trevizan M.A. Los roles profesionales de un equipo de salud: la visión de sus integrantes. Rev Latino-am Enfermagem 2007 janeiro-fevereiro; 15(1)
- Silva Paim J. Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI. 1° Ed. 2011. ISBN: 978-850-892-481-0. “La salud colectiva y los desafíos de la práctica”. Pág 151 a 160.
- Análisis de Situación de Salud. CAPS Hipólito Irigoyen de la ciudad de Santo Tomé, provincia de Santa Fe. Actualización 2014.
- Ley de Residencias de la Salud Nº 9529 – Provincia de Santa Fe. 19/10/84
- Marco de Referencia para la Formación de Residencias Médicas. Especialidad Medicina General y/o Familiar. Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. Año 2010.