

APS

LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE TACUAREMBÓ

Dra. Jacqueline Gómez*

Dr. Gustavo Pereyra**

Dr. Ciro Ferreira***

Queremos agradecer la oportunidad que nos da el SMU de mostrar la humilde experiencia en salud llevada adelante en Tacuarembó en los últimos años.

Seguramente no es un modelo replicable, es compartible, perfectible. Es parte de una "hoja de ruta" que seguimos y que hace posible intercambiar experiencias con otras valiosas del país y de la región (TCC con Brasil que abre las puertas al MERCOSUR en el plano de la realidad en el intercambio con un

hospital de características similares, de Uruguayana, a partir del 2008).

Esta experiencia es un aporte más "telúrica" a fin de conformar nuestro tan soñado Sistema Nacional de Salud.

Mención especial hacemos al Dr. Hugo Villar por su invalorable aporte en el plano estratégico y práctico a este proyecto, y a los obreros de la salud por su dedicación y esfuerzo en superar las dificultades del día a día para mejorar la calidad de vida de los uruguayos.

Introducción

El departamento de Tacuarembó es el de mayor extensión territorial del Uruguay con 15.000 km². La ciudad capital lleva su mismo nombre, enclavada a 385 km de Montevideo, en el cruce de las rutas nacionales 5 y 26, ejes viales por los que se moviliza la producción del país y nos une a nuestros vecinos del MERCOSUR.

La población total es de 87.704 habitantes (80% urbana y 20% rural), con un área de influencia en Salud Pública estimada en más de 300.000 habitantes si tenemos en cuenta los departamentos limítrofes.

La tasa de crecimiento intercensal 1985-1996 es de 1,6 y la desocupación 12%. La población rural descendió 29,3% en igual período.

Las características del departamento son similares a los del norte del río Negro, con concentración de habitantes en ciudades mayores y bajo índice poblacional en el área rural (5,4 habitantes por km²). La migración se produce desde esta última al área suburbana de nuestras ciudades, y de ahí a la capital del país, engrosando los cinturones de pobreza. Esto es una constante de las últimas décadas. Establece además características particulares al equipo de salud que, con un enfoque interinstitucional e inter-

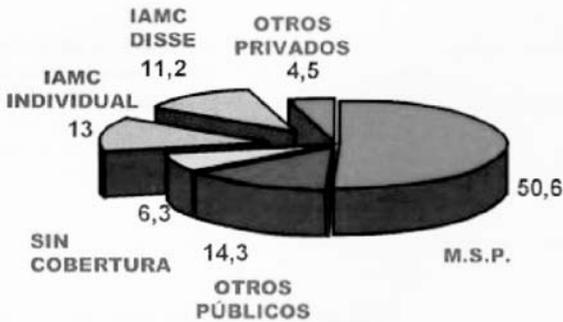
sectorial, debe actuar de acuerdo a necesidades cambiantes.

La producción es agrícola-ganadera por excelencia; descendió francamente con una leve recuperación en el último año. Concomitantemente, el fenómeno forestal comienza a aparecer como un nuevo elemento de producción a tener en cuenta.

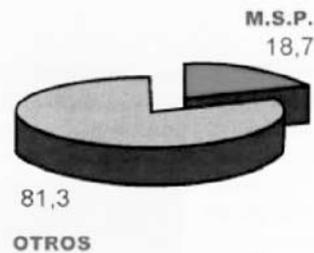
La población económicamente activa mayor de 12 años es de 51,7%, siendo la media nacional de 57%.

El nivel socioeconómico, predominantemente de tipo medio-bajo de sus pobladores, se refleja en la cobertura de salud, como se aprecia en la figura 1.

Tacuarembó



Montevideo



Fuente:
 Encuesta contigua de hogares INE - 1997
 Censo INE - 1996
 La Salud del Uruguay por Departamento - MSP/FISS - 1997
 Encuesta Equipos Mori - Febrero 2005

Figura 1.

El nuevo sistema de salud en vías de implementación ha llevado a que una gran masa de trabajadores y otros pasen a ser usuarios del “subsector mutual”, como en el resto del país. Ello se ha visto reflejado en una disminución de la consulta en los servicios de emergencia y policlínica de aproximadamente un 10% a 15%. Hasta inicios de 2008, la realidad era la que podemos ver en el gráfico 1, donde la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) asistía a más del 70% de los habitantes. Ello se contrapone “prácticamente en espejo” con los guarismos que se dan en Montevideo, Este y Litoral de nuestro país. Llevará se-

guramente un tiempo llegar a una situación de estabilidad en cuanto a los usuarios que cada subsector mantendrá y a visualizar los cambios referentes a la utilización de los recursos disponibles en los mismos. En principio no se ha visto reflejada una capacidad ociosa de las áreas de internación como tampoco un menor gasto de los recursos económicos disponibles como era de esperar, por lo menos no es cuantificable o sería insignificante frente a la demanda y mejora en las prestaciones.

Quien visita Tacuarembó percibe que “la identidad cultural”, reflejada en el quehacer cotidiano, cobra cada vez más fuerza y es ger-

men fermental de la vida de sus instituciones. La salud pública no escapa a este fenómeno que se convierte en un factor fundamental dinamizador de su desarrollo. Esta es quizás una de las claves que explica el “fenómeno Tacuarembó”, reflejado en la encuesta de opinión pública realizada en febrero de 2005 por Equipos Mori, donde el 93% de la población entiende que “el hospital es motivo de orgullo”.

El objetivo final no es exclusivamente prevenir y curar las enfermedades, actuando como un servicio más de salud. Los distintos actores participan como agentes activos que conocen y toman decisiones en un camino tendente a la autogestión. La tarea encomendada del sector salud es concebida en su dimensión más amplia: biológica, social, y, sobre todo, ambiental.

Antecedentes

La fundación del actual hospital, que lleva el nombre de Dr. Alberto Juan Barragúe (ilustre médico y director), se remonta al 29 de setiembre de 1927, y es símil de los hospitales de caridad de principios del siglo pasado, según modelo francés de asilo y hospitales de menesterosos.

Con el tiempo se agregaron los servicios asistenciales básicos: medicina general, cirugía, pediatría,

gineco-obstetricia, etcétera.

En 1987 se gestan, en coordinación con la Intendencia Municipal de Tacuarembó, Facultad de Medicina y Organización Panamericana de la Salud, acciones para prevenir y detectar precozmente enfermedades endémicas prevalentes como hidatidosis y Chagas.

Estas son “la locomotora de un tren” al que se agregan en forma modular otros programas que **la comunidad visualiza** como prioritarios: agua potable, salud bucal, prevención de cáncer genital y de mama, etcétera. Los resultados, ampliamente satisfactorios, lograron sacar al hospital “por fuera de sus muros”, dar solución integral a las necesidades sentidas por la gente, y lo que es más importante aún: sostenibilidad a las acciones en forma horizontal.

Los programas nacionales prioritarios, “verticales”, son tenidos en cuenta de acuerdo a la propuesta antes mencionada, “aterrizándolos a la realidad”. Muchos de estos quedaron por el camino, como tantos proyectos de nuestro país. A los nuestros los sostuvo la gente a lo largo del tiempo.

La concatenación de los módulos programáticos tiene además la ventaja de optimizar la relación costo-beneficio, prioriza las “enfermedades problema”, sentidas como suyas por los pobladores

de las distintas localidades (amplia participación comunitaria), y gana en credibilidad.

El apoyo de la cooperación técnica fue limitado en el tiempo, escaso en recursos, mantuvo los lineamientos establecidos previamente, y no financió el recurso humano. Se apostó a la capacitación de técnicos y cuadros medios, y a la sostenibilidad en el tiempo, luego de su retiro.

En este período las acciones de atención primaria pasan a ser coordinadas por la Oficina DAPS (Desarrollo de la Atención Primaria de la Salud).

Se descentraliza entonces el primer nivel en un área de coordinación, que cuenta con recursos propios provenientes del hospital y de la Intendencia Municipal Tacuarembó. Es un paso más de la descentralización y coordinación en el departamento. Esta oficina es además la que lleva adelante las acciones de promoción y prevención en salud, como “vía final común” de DIGESA y ASSE. Se logra además no superponer recursos y optimizar los efectores en salud. La estrategia de la Atención Primaria de Salud es la clave para el desarrollo del “Proyecto de la APS en Tacuarembó” (1989). El mismo tiene una duración de tres años para el desarrollo inicial, extendiéndose por un plazo similar, dentro y fuera

de Tacuarembó. Desde entonces, y cada vez con mayor compromiso, participa también el sector mutual (COMTA-FEMI). Hoy, en este ámbito, actúan la Coordinadora del Primer Nivel y la Dirección Departamental de Salud.

En un departamento con clara dificultad en la accesibilidad geográfica, las actividades se desarrollan a través de unidades móviles (salidas programadas con actividades fundamentalmente de screening de masas) y unidades fijas (puestos de salud, policlínicas con médicos residentes, policlínicas con visita de especialistas y centros de salud barriales a los cuales se les ha dado gran importancia en los últimos años).

Hoy, el 70% de las consultas se efectúan y se resuelven en el área periférica a nivel barrial y área rural. Este es otro de los grandes logros de la descentralización, que debe visualizarse como un proceso que llevó largo tiempo, negociación, compromiso, y decisión de trabajo con criterio de política de Estado en lo departamental, por encima de los cambios de gobierno de turno. (Figura 2)

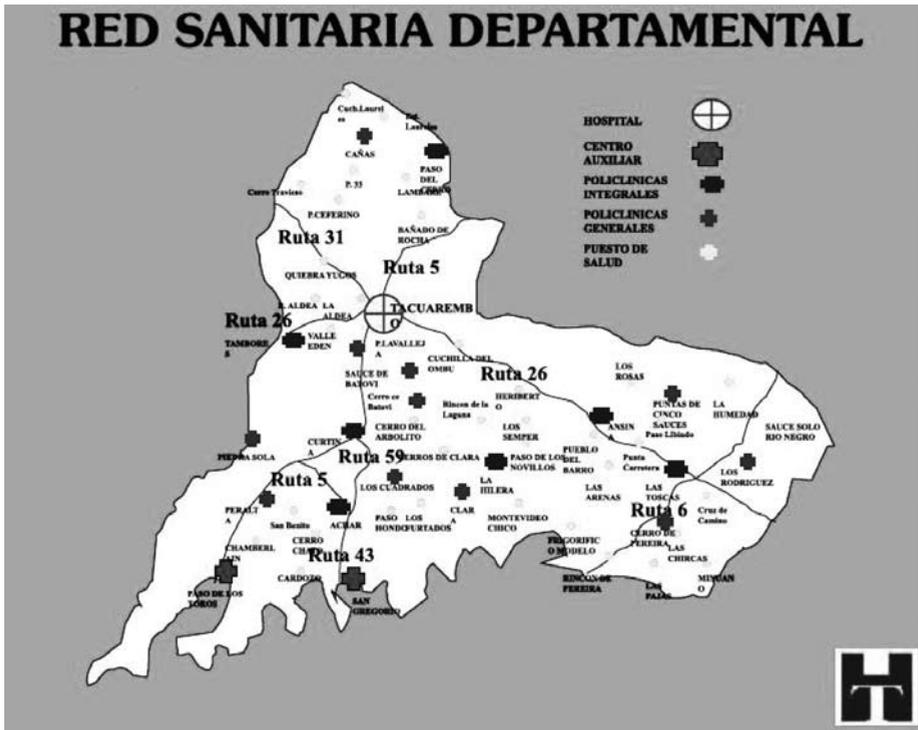


Figura 2.

La promoción, prevención en salud y mayor accesibilidad al primer nivel constituyen una amplia base de sustentación con desarrollo simultáneo y sinérgico del hospital.

Es el inicio del proceso de cambio, se sostiene sin ningún tipo de apoyo externo y no significa una mayor erogación presupuestal. Se tienen en cuenta las enfermedades prevalentes, endémicas, infecciosas y crónicas más frecuentes, entre otras.

No es posible hacer atención primaria desde el escritorio. De la mano de la prevención, se debe

dar solución a los problemas asistenciales que surgen en cada zona. Debe existir una adecuada coordinación con una clara referencia y contrarreferencia en el segundo y tercer nivel. La gente no entiende de barreras ni de niveles, estos no pueden ser “compartimentos estancos”. Son verdaderos “vasos comunicantes” que facilitan la atención de los usuarios.

El principio de equidad no ha sido un simple enunciado, es principio rector y constituye motivo de preocupación constante en aras de lograr “Salud para todos” los habitantes de la comarca.

Los Comités de Operados y Prevención en Hidatidosis (COPHI) son un ejemplo de transferencia a la comunidad para el control de la enfermedad, en la que los portadores de patología hidática, sus familiares y vecinos, se convierten en receptores y emisores de información a través de las comisiones de salud de la zona.

Desarrollo

La creación del “Hospital de día” para enfermos oncológicos en el área ambulatoria, su vínculo estrecho con la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer en la prevención del cáncer genital y de mama en la mujer, y la proyección del Centro Oncológico Integral Regional del Norte, es una expresión clara de un equipo que compromete su accionar en distintos niveles de la estructura (corte transversal de la misma).

El CTI de adultos, el CTI de niños, y la neurocirugía fueron creados para dar solución a los casos de pacientes críticos y neuroquirúrgicos que surgen en la región. No pueden ser concebidos con un criterio localista. No es posible la existencia de estos servicios en cada hospital departamental. La producción, la calidad y los indicadores técnicos de estos últimos han sobrepasado las expectativas plan-

teadas en su inicio, d.p.v. regional. Dan solución también a pacientes del sector mutual y significan un ahorro sustancial para las arcas del Estado.

Mejora hospitalaria

En 1999, cumpliendo con la misión de: “...velar por la salud del individuo y su familia, tratando de que éste no enferme, y recuperarla cuando se ha perdido...”, nos comprometimos a mejorar la gestión y la calidad de atención en el Proyecto de Fortalecimiento Hospitalario (FISS). No fue un proyecto planteado por nosotros, sino impulsado por el nivel central del MSP. Comprendió a cuatro hospitales inicialmente (Salto, Las Piedras, Maldonado y Tacuarembó), luego a otros hospitales. Fue un proyecto de alto costo que poco dejó al país y seguramente hoy perdura en alguna biblioteca de algún Ministerio u organismo internacional. En este hospital tratamos de aprovechar al máximo la capacitación y la metodología, adaptando muchos planteos a la realidad del país y la región. Hoy se mantienen y sostienen algunas “herramientas” adquiridas en esa instancia, como los “compromisos de gestión” establecidos por parte de los jefes de servicio y el equipo de dirección, de acuerdo a un cronograma de ac-

tividades. A título personal, creemos que el país debe pensar dos veces antes de embarcarse en nuevos planteos de este tipo en el futuro.

La cultura organizacional se sustenta en tres pilares básicos:

1. Capacitación del recurso humano con un sistema de información adecuado y creación de un centro de capacitación polivalente en conjunto con la Intendencia Municipal de Tacuarembó (CaT). Este último, inaugurado en el año 2004, ha permitido desarrollar distintas actividades vinculadas a las instituciones del medio. En lo referente a la salud, se han desarrollado cursos de gestión y promoción en salud, jornadas de enfermería, etcétera. La concurrencia a dichos eventos ha sido multitudinaria y con participación de los departamentos vecinos.

2. Calidad de atención al usuario: La Unidad de Atención al Usuario (UAU) a partir del año 2000 estableció una serie de normas en conjunto con la Casa de Hospitalidad (organización católica San Vicente de Paul). Ha dado resultados ampliamente satisfactorios. Funcionarios del hospital, como tarea agregada, hacen lugar a los reclamos de pacientes internados y familia-

res de los mismos, pasan visita todos los días, evalúan y satisfacen las necesidades. Se logra visualizar al individuo como “ser humano” que enferma y es necesario tender la mano en actitud de servicio. Los familiares tienen una casa cercana a este centro donde pernoctar, asearse y comer en forma digna. Se eliminó el pernocte en corredores y la estadía, a veces de muchos días, en “campamentos” dentro del hospital. Este punto es quizás uno de los logros más importantes de los últimos tiempos y que creemos necesario seguir difundiendo en todos los hospitales del país. Se puede hacer sin dinero y es muy motivante en la propuesta de cambio hacia una medicina más socializada e igualitaria. Los médicos y algunos funcionarios pueden ser reacios, en su inicio, a este planteo. Lograda la “masa crítica” se convierte en un logro fundamental y sin retorno.

3. En lo referente a la gestión clínica, la actividad coordinada de diferentes servicios, con actividad docente formal e informal, es otro aliciente para el crecimiento de los funcionarios y técnicos. Distintas publicaciones en revistas y

foros nacionales e internacionales son impulsadas desde las unidades asistenciales y la dirección. Los criterios de calidad a través de la certificación se inician en forma piloto en algunas áreas, tratando de motivar por esta vía a toda la organización.

La gestión administrativa es prioritaria y compromete a todos los actores. Independientemente del presupuesto “histórico”, se elabora anualmente un presupuesto operativo para que sea visualizado por los mismos. Dicha actividad es clave en la mejora asistencial, tiende puentes que comprometen al técnico en la administración. Debería ser impulsada desde la estructura central de ASSE. Básicamente comprende la elaboración de un presupuesto en base a:

- a) Actividad.
- b) Ingresos y gastos.
- c) Calidad.

Lo expuesto no puede ser un simple ejercicio. El manejo de la gestión va de la mano con la capacitación. Es la base de crecimiento de la institución. Los niveles centrales son reacios a descentralizar en la medida que no existe correspondencia en la autogestión. Esto lleva

un mayor centralismo en la toma de decisiones. Creemos que el esfuerzo de construir, de planificar y ordenar el presupuesto de las unidades ejecutoras, no debe ir en paralelo, no puede quedar en los papeles (al igual que los compromisos de gestión). Por ello seguimos adelante, acercando el presupuesto “histórico” asignado al presupuesto planificado “por actividades”, actualmente como un ejercicio más.

Las reuniones mensuales del staff de dirección con los servicios es fundamental para evaluar la desviación del mismo e implementar soluciones oportunas en el quehacer hospitalario.

En el año 1999 el presupuesto mostró un déficit acumulado de 5% (muy por debajo de lo habitual en los hospitales públicos) que se mantiene en guarismos similares. Ello nos permite aseverar que la estrategia planteada desde entonces hasta el presente (a pesar del crecimiento de actividades, con mejora en la calidad de asistencia e indicadores) ha sido adecuada. Se corresponde además con una mejora en la gestión. Este es el punto central al que debemos enfocar todos los esfuerzos para mejorar los hospitales públicos. Sin ello es imposible todo lo demás, y no habrá

plata asignada que redunde en una mejor prevención y asistencia.

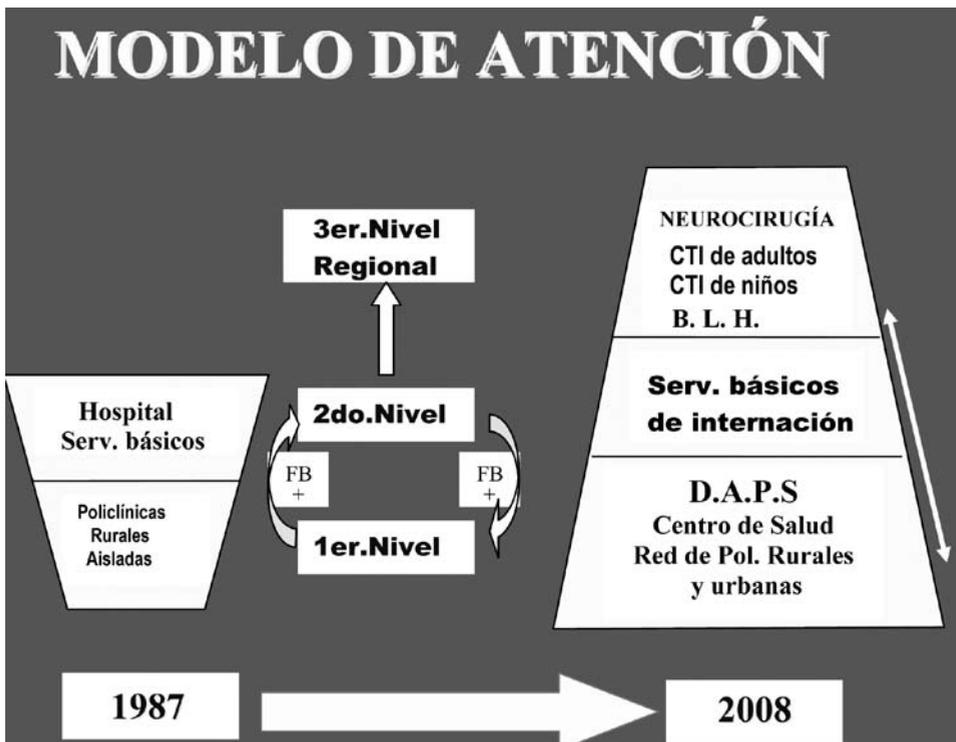
Los compromisos de gestión tienen dos partes. Una, la obligación desde el nivel central, y otra, las obligaciones desde el nivel local. Hacia abajo se traduce en un “compromiso de buenas intenciones” con los jefes de servicio. La mayoría de los objetivos fueron cumplidos desde el hospital. Sin embargo, por causas que no vale la pena analizar en este momento, el cumplimiento desde ASSE central fue escaso o nulo.

Reconocimientos

“Hospital Amigo del Niño” (UNICEF, OMS), “Comunidad Saludable” (OPS, OMS) el haberlos “hermanado” con la ciudad de Vitoria-Gasteiz (España), no son simples actos o convenios formales. Se traducen en una mejor y más adecuada nutrición-desarrollo de nuestros niños, en abastecimiento de agua potable a poblaciones pequeñas, escuelas rurales y, por ende, en mejor calidad de vida. El premio otorgado por la FIGO (Federación Internacional de Gineco Obstetricia) en el año 2004, enaltece la causa de nuestro servicio de gineco-obstetricia. Se otorga a nivel mundial, por una mayor captación de la embarazada en el área rural. El dinero obtenido

por el mismo se destinó para la adquisición de insumos en el área de dicho servicio.

En el ámbito universitario se desarrollan distintos convenios de investigación básica con la Facultad de Química, el Instituto de Higiene, Facultad de Medicina, Facultad de Enfermería, Sindicato Médico del Uruguay, etcétera. Los trabajos interinstitucionales y multidisciplinarios han recibido reconocimiento en foros internacionales como, por ejemplo, Premio Miguel Benzo de la Asociación Internacional de Hidatidología-AIH (Pamplona, 1993), Premio Video-Med 96 (Badajoz-España), al mejor video de América, Premio Velarde Pérez Fontana de la Asociación Internacional de Hidatidología (Bari-loche, Argentina), entre otros.



Conclusiones

El proceso de crecimiento hospitalario llevado adelante en este centro se enmarca en una mejora continua de la calidad de atención y mejora de la gestión que involucra todos los niveles de decisión, en un área geográfica definida, y caracterizado por un fuerte sentido de pertenencia, que actúa como “motor fundamental” para el logro de los objetivos.

No es posible entenderlo como algo aislado en el tiempo, o como “un rayo en el cielo sereno”. Es im-

posible cambiar la realidad de un día para otro.

No ha sido el dinero asignado la clave para alcanzar las metas. Por el contrario, este hospital tiene un presupuesto operativo que es ampliamente menor al de otros de iguales características en el país.

Hoy día el 80% de quienes ingresan en el tercer nivel (alto costo), son de otros departamentos. El presupuesto sigue siendo el mismo, con escasa desviación en lo asignado “históricamente”.

La gestión y la capacitación son dos apuestas fuertes en las que he-

mos invertido y consideramos la base para el desarrollo futuro de la salud pública en el país.

La coordinación “real” con el sector privado es una herramienta que recreamos sobre bases de entendimiento sólido y números claros. Esta fortaleza debe ser fomentada desde los niveles centrales. Los hospitales públicos (de acuerdo a sus necesidades y posibilidades) son la única vía posible para un entendimiento público-privado, con un marco jurídico adecuado.

No existe posibilidad de descentralizar si los dineros recaudados no llegan a los hospitales que brindan servicios.

El intercambio de experiencias entre los hospitales fortalece y hace madurar los equipos de dirección. En la misma deben de participar todos los actores y se deben contemplar las necesidades sentidas por la comunidad y los funcionarios.

La Atención Primaria de Salud no puede ser un enunciado, una oficina en un “casco central”, o un escritorio.

Se debe disminuir la brecha entre lo anhelado y lo posible. Para ello es necesario trabajar insistiendo “...en ello, en ello y otra vez en ello”.

Las acciones de DIGESA y ASSE, en todos sus niveles, deben contemplar a nivel local un trabajo mancomunado con una meta co-

mún: “Mejorar la calidad de vida de nuestra comarca”. Aquí también las acciones no pueden marchar en paralelo duplicando esfuerzos y recursos escasos. En Tacuarembó, el trabajo en el primer nivel está descentralizado dentro del propio hospital, y se hace junto a la Dirección Departamental en un área compartida (DAPS).

La mortalidad infantil escapa a los guarismos de la región. Se ha descendido a cifras cercanas 10/1.000 en el 2003. Esto seguramente tiene un origen multifactorial, al que seguimos sumando otros. Algunos de ellos son: trabajo interinstitucional e intersectorial en salud, mayor control de la embarazada y el niño sano, planificación conjunta de actividades de APS desde hace largo tiempo, logro de una lactancia exitosa en la mayoría de los niños, atención adecuada y precoz en el tercer nivel, banco de leche materna pasteurizada, etcétera.

Las raíces de este proceso no son exclusivas del sector salud, y se reflejan en los cambios visualizados en las múltiples encuestas efectuadas por empresas externas. Equipos Mori (febrero de 2005) concluye:

- *La atención del Hospital de Tacuarembó es muy bien evaluada por parte de los tacuaremoenses (9 de cada 10 así lo manifiestan) y se ha mantenido en los guarismos*

más altos desde el año 2002. Es importante destacar que la crisis económica que sufrió el Uruguay en los últimos años impactó fuertemente en distintos aspectos de la opinión pública, entre ellos la mala imagen hacia las dependencias públicas, ministerios, gestiones públicas y servicios públicos en general, siendo, la buena imagen del Hospital de Tacuarembó a través de estos años una excepción a nivel nacional.

- La gran mayoría de los tacuaremoenses visualizan que los cambios en el Hospital de Tacuarembó se han producido en los últimos diez años y también en los últimos dos años. Las razones de esta evaluación son múltiples pero fundamentalmente tres aspectos que es importante resaltar: la incorporación de tecnología, la mejora en la atención y el equipo actual de gestión del hospital. Es importante destacar que esta última no es habitual que sea visualizada en este tipo de encuestas. La opinión pública ve que el hospital ha cambiado y mejorado en todo sentido, a partir de una buena incorporación de tecnología y mejoras, pero también por una muy buena gestión por parte del equipo que lo integra. Esto constituye un valor agregado, ya que cuenta con el apoyo y reconocimiento de los tacuaremoenses

hacia sus autoridades a pesar de que a nivel nacional la imagen de las autoridades de servicios públicos se ha deteriorado a partir de la crisis que vivió el país en los últimos años.

- La gran mayoría de los entrevistados tiene conocimiento de que el Hospital de Tacuarembó también atiende a personas que viven en otros departamentos, y existe prácticamente consenso de que esta práctica es la que se debe mantener, incluso con recursos destinados a los usuarios de dicho centro.

- En cifras similares (93%) el hospital es motivo de orgullo.

- No es habitual que un servicio público, y menos aun un hospital, trascienda su área específica del sector salud, y se constituya, como en este caso, en patrimonio, e integre la “identidad cultural” de los ciudadanos de ese departamento. En cuanto a los distintos servicios que presta la institución, son muy bien visualizados los CTI de adultos y niños, el servicio de Neurocirugía (CERENET), la Ecocardiografía, Banco de leche materna, Casa de Hospitalidad (alojamiento a familiares de pacientes) y servicio de mamografías. La absoluta mayoría de los tacuaremoenses evalúa de forma muy positiva el servicio de Neurocirugía para Tacuarembó y

para la región. La iniciativa de crear un Banco de Leche es otro de los grandes logros. El hecho de que las madres que amamantan, donen leche para alimentar a los niños del CTI y otros servicios, resulta en un 80% de los casos muy buena, y en un 20% de los casos buena.

- La realización de eventos como el Manantial de canto y jineteada para recaudar fondos para dicho Centro, es también una iniciativa bien evaluada y recibida positivamente por los ciudadanos (93% considera que es buena o muy buena). Tan solo un 4% estaría en desacuerdo con estos emprendimientos.

- El análisis también muestra que casi 8 de cada 10 evalúa que los fondos recaudados son bien utilizados.

- Los ciudadanos valoran muy favorablemente la cooperación actual entre la Salud Pública y privada (FEMI-COMTA) en el departamento, tanto como la cooperación entre la Intendencia Municipal de Tacuarembó y el hospital. Las policlínicas barriales, integradas a la red periférica, y gestionadas en forma conjunta, son muy bien visualizadas como un cambio positivo.

- Estas evaluaciones y opiniones positivas sobre los servicios, la atención, y la cooperación con otras instituciones, se dan por parte de

la opinión pública, sean usuarios o no del hospital. Confirma que este Centro es una institución con una muy buena imagen a nivel de la opinión pública (ya percibido en mediciones anteriores) que trasciende el público al cual asiste.

- En síntesis, el Hospital de Tacuarembó parece ser una institución de un fuerte arraigo en la comunidad, que recibe evaluaciones favorables en términos de imagen y satisfacción de servicios, enmarcada en una comunidad que evalúa favorablemente el hecho de que el hospital atienda pacientes de fuera del departamento y que ve con buenos ojos las acciones de cooperación entre la Salud Pública, el sector privado y la Intendencia de Tacuarembó.

Veremos algunas áreas importantes a destacar. Nada de este proceso es replicable, sí estamos abiertos en este país de cambio, humilde y generosamente, a intercambiar experiencias positivas que nos sirvan a los uruguayos, para seguir construyendo una salud para todos desde los cimientos y no desde los escombros.

Finalmente, creemos que, más allá de indicadores, metas y productos, este es un proceso orientado a cumplir con la carta Liubliana (OMS, 1976) que dice:

“Los sistemas de atención sa-

nitaria deben estar inspirados en valores (como la dignidad humana, la equidad, la solidaridad y la ética profesional), orientados a la salud, basados en los intereses de las personas, centrados en la calidad, financiados racionalmente y

orientados a la Atención Primaria.”

***Médica. Coordinadora Red de ASSE de Tacuarembó**

****Médico. Subdirector Hospital de Tacuarembó**

*****Médico. Director Hospital de Tacuarembó**