

CAMBIO DEL MODELO DE ATENCION

El cambio del modelo de atención implica un conjunto de conceptos como lo son:

1. El enfoque integral de los pacientes (biopsicosocial).
2. El abordaje integrado de la salud (preventiva, curativa y rehabilitatoria).
3. Pasar de un abordaje individual a un enfoque familiar.
4. Abordar la salud de acuerdo con las características demográficas, epidemiológicas, socioeconómicas, culturales y ambientales de los usuarios.
5. Pasar de la atención centrada en el médico (modelo médico dominante) a la atención centrada en el consultante.
6. Fomentar y favorecer la participación de los usuarios en todas las etapas del proceso de atención.
7. Evaluar la calidad de la atención con modernos indicadores de calidad de vida.

Este cambio de modelo debe ocurrir dentro de toda la estructura sanitaria pero tiene su mayor importancia en el **primer nivel de atención**, por lo tanto a partir de aquí y por razones prácticas nos referiremos a los cambios que consideramos realizar en la asistencia ambulatoria para adecuarla a los conceptos mencionados anteriormente.

FORTALECIENDO Y REDIMENSIONANDO LA ATENCION AMBULATORIA

1. Establecer la asistencia ambulatoria (médicos generales, médicos de familia, pediatras, médicos internistas, personal técnico no médico) como *puerta de entrada* al sistema sanitario.
2. Constituir Equipos Básicos de Salud para satisfacer las necesidades de cuidados primarios de los usuarios.
3. Adscribir un número de pacientes para cada Equipo Básico de Salud en el entorno de los 1.500 usuarios.
4. Mejorar la capacidad resolutive de la atención ambulatoria asignando recursos suficientes para resolver un 90% de los problemas de salud de los usuarios. Esto significa una política de recursos humanos que implique la conformación de un equipo de atención multidisciplinario (conformado por médicos, enfermeras, psicólogos, etc), el reciclaje y la formación continua para adecuar y capacitar al personal en su conjunto con un enfoque biopsicosocial, familiar y comunitario, que haga especial énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad. Este equipo técnico de salud deberá contar con un apoyo especializado que formará parte desde el punto de vista funcional de la atención ambulatoria, para así mejorar la capacidad resolutive de la misma. Además, se deberá contar con un conjunto de técnicas diagnósticas (de laboratorio, imagenológicas, etc.) básicas para alcanzar la capacidad resolutive mencionada anteriormente.
5. Normatizar en forma clara cada uno de los procedimientos diagnóstico - terapéuticos que podrán ser realizados por los equipos de atención ambulatoria.

6. Determinar un sistema remunerativo por cápita con incentivos vinculados al logro de estándares asistenciales por parte de los equipos, previamente definidos.
7. Determinar una carga horaria de 40 horas semanales.
8. Organización de las consultas. Podrán ser realizadas en el consultorio o en el domicilio de los pacientes por cualquiera de los integrantes del equipo de salud. La consultas en domicilio serán de tres tipos: i. espontáneas; ii. con cita previa; y iii. consultas programadas.
Las *consultas espontáneas* pueden ser urgentes y no urgentes. Las *consultas con cita previa* son aquéllas en las que el paciente concurre a la misma con fecha y hora. Un tercer tipo de consulta sería la *consulta programada* que es aquélla que surge a partir del profesional de la salud para el seguimiento de un paciente. Las consultas domiciliarias serán de carácter urgente o demandas a solicitud de los usuarios o por resolución de los técnicos sanitarios.
9. Crear un *sistema de información con soporte electrónico* para el registro de las actividades del equipo de salud, como también para su monitoreo y evaluación.
10. Crear la normativa necesaria para que el presupuesto institucional considere en forma específica la financiación de la atención ambulatoria.
11. Crear un departamento docente y de investigación dentro de la propia estructura institucional.