ITU

folleto de divulgación técnica

7

SUMARIO

PLANIFICACION ASISTENCIAL DE LA SALUD PUBLICA.

ENFOQUE ESPACIAL.

INSTITUTO DE TEORIA DE LA ARQUITECTURA Y URBANISMO
FACULTAD DE ARQUITECTURA - MONTEVIDEO - URUGUAY

distribución
gratuita

PLANIFICACION ASISTENCIAL DE LA SALUD PUBLICA

Enfoque espacial

I N T R O D U C C I O N

En el año 1954 y a requerimiento del Ministerio de Salud Pública, el I.T.U. llevó a cabo una investigación tendiente a definir un enfoque espacial para el planeamiento de los servicios asistenciales de ese organismo.

Ese trabajo fue llevado a cabo por un equipo técnico integrado por personal del Instituto y profesionales de dicho Ministerio y del Ministerio de Obras Públicas.

El resultado de esa investigación, permitió formular una teoría sobre los principios bajo los cuales debería ajustarse la estructura territorial de los servicios de la salud pública en el Uruguay, siendo la finalidad de esta publicación, exponer esa teoría.

Para lograr ese fin, la exposición se ha ordenado en 3 capítulos:

A - Bases Conceptuales, cuya finalidad es analizar la naturaleza del problema asistencial de la salud pública planteando las bases conceptuales sobre las que se procedió a desarrollar la teoría.

B - Teoría de la estructura asistencial, conteniendo el desarrollo de esta teoría, ordenada y expresada a través de diagramas geométricos.

C - Aplicación, mostrando el proceso de ajuste de esta teoría con los servicios actuales del Ministerio de Salud Pública dentro de un área particularizada del país.

En su conjunto, esta teoría se encaró como un ajuste a los servicios actuales, de allí que en su elaboración se aceptaron ciertos principios básicos de la organización actual del M.S.P. que pueden ser discutibles, pero cuyo cambio sería lento y dificultoso de obtener, frente a las posibilidades reales que ellos ofrecen para iniciar una acción planificadora inmediata.

A - CONCEPTOS BASICOS.

Para el desarrollo de este trabajo de investigación y ajuste de los servicios del Ministerio de Salud Pública (M. S.P.), se consideró necesario definir en forma previa, dos conceptos básicos, cuya aplicación permitiera orientar el proceso de estudios.

El primero de ellos, es el que determina la ubicación del problema de la asistencia dentro del cuadro del planeamiento territorial, para poder definirlo como un verdadero "hecho real", producto de factores concretos, que actúan y comandan el desarrollo del medio ambiente sobre el cual se efectuará el planeamiento. Las limitaciones reales y efectivas de los servicios, en última instancia, resultan dados por esos factores.

El segundo concepto, es el que determina los fines de los servicios del M.S.P., estableciendo el tipo de asistencia prestada y su estructura orgánica. Más claramente : la manera de asistir al público y la organización técnica, administrativa, etc., a través de la cual se canaliza esa asistencia.

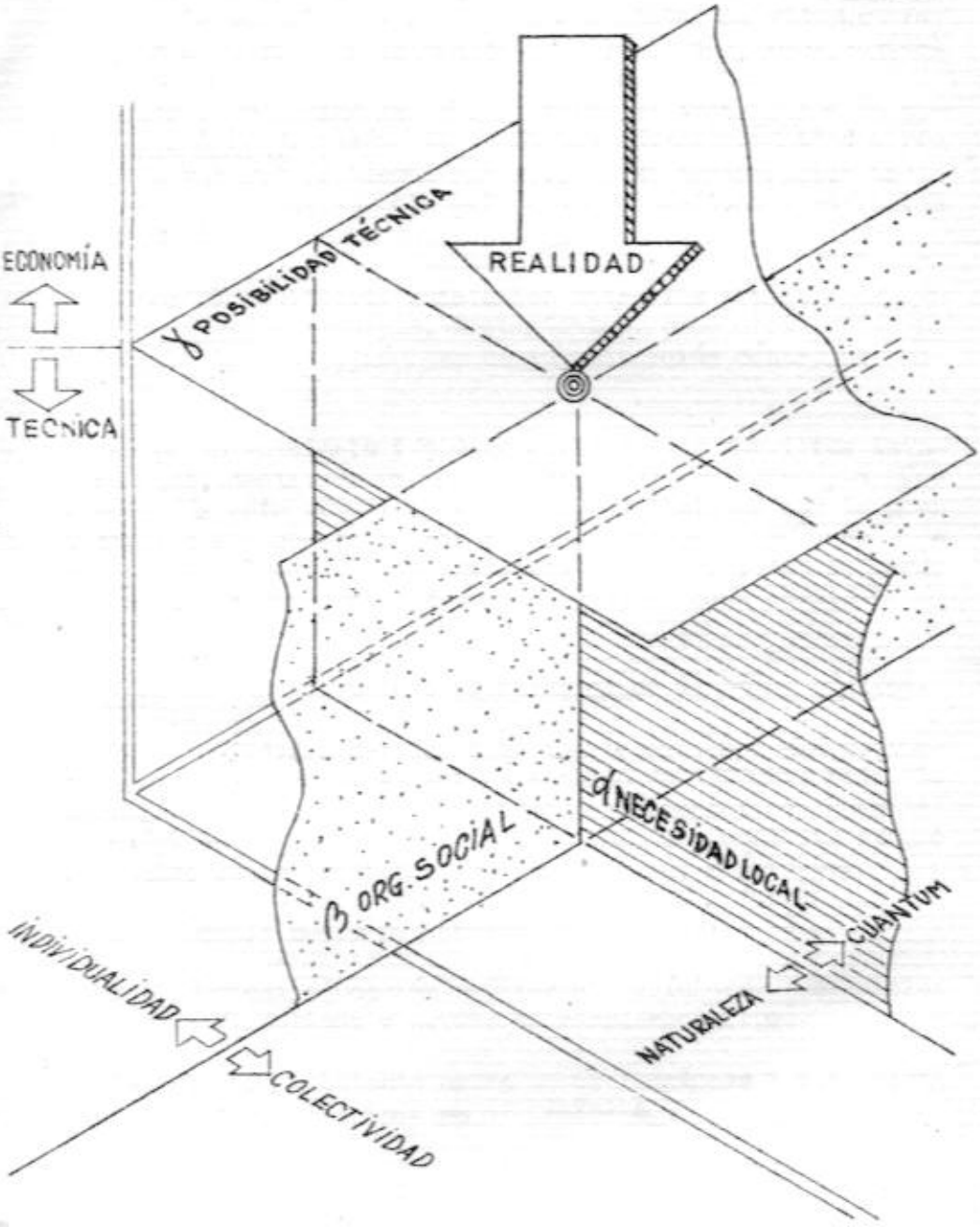
Ubicación de los servicios asistenciales dentro del cuadro del planeamiento.

Para el primer concepto, se considera que el problema asistencial está definido por tres factores, cada uno de los cuales lo representaremos por tres planos, cuya intersección determinará el hecho real asistencial:

- el de las necesidades locales.
- el de la organización social. (ver lámina A_1)
- el de las posibilidades técnicas.

Para un medio dado, dichos planos están fijados de la siguiente manera:

A1


ECONOMÍA
TECNICA
γ POSIBILIDAD TÉCNICA
REALIDAD
β ORG. SOCIAL
α NECESIDAD LOCAL
INDIVIDUALIDAD
COLECTIVIDAD
CUANTUM
NATURALEZA

- por la naturaleza del problema asistencial, tales como epidemias, control sanitario, etc., y por el cuantum de la necesidad social, o sea cantidad de población afectada, medida en unidades-tipo (localidad, zona, región).

- por la relación existente entre el individuo y la colectividad, según la tendencia de la comunidad a resolver sus problemas por métodos de organización individuales (asistencia privada) o colectivos (servicios públicos).

- por el equilibrio existente entre las posibilidades de la técnica (equipos, tratamientos, productos) y las posibilidades económicas de su aplicación dentro del medio (costos).

El establecimiento y/o desarrollo de los servicios asistenciales, dentro de un territorio, se consideró, a los efectos de este estudio, determinado y limitado por la posición relativa de estos tres planos, fijados cada uno de ellos, por el equilibrio existente entre los dos factores que se estimaron como característicos, en cada caso.

Fines de la estructura asistencial de la salud pública.

Las finalidades del servicio asistencial del M.S.P. fueron determinadas por el equipo técnico del I.T.U., bajo la asesoría del Dr. Helvecio Tabárez, ex-Director del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". De su análisis surgió que ellas están ordenadas de acuerdo a dos funciones:

1 - Social: medicina, preventiva y curativa.

2 - Técnica: educación sanitaria, clínicas, servicios profilácticos y servicios complementarios.

La relación existente entre ambas funciones y sus objetivos concretos, está dada en la lámina A_2.

En forma general, todos estos fines deben ser llevados a la práctica por cada uno de los diversos servicios asistenciales que posee el M.S.P., ya sean hospitales o simples policlínicas. El mayor o menor grado en que se desarrollan en los distintos tipos de servicio, será un problema de organización interna de cada uno de los centros de la estructura a proyectarse.

A_2

		FUNCION TECNICA			
		EDUCACION	SERVS. ASISTENCIALES		SERVICIOS COMPLEMENTARIOS.-
			Profilaxis	Clínica	
FUNCION SOCIAL	Medic. PREVENTIVA.-	Propaganda.	Inmunizaciones.	Antecedentes: .grupo social. .físico-ambiental .patológicos.	Administración.
	MEDIC. CURATIVA.-	Documentación sintomatológica.	Asepsia Antisepsia.	Diagnóstico. Tratamiento.	Transporte de enfermos.-

Este aspecto del estudio no se continuó desarrollando por entender que su influencia era mínima con respecto a la ubicación y relación de los centros asistenciales, dentro de un enfoque de planeamiento territorial.

B -- TEORIA DE LA ESTRUCTURA ASISTENCIAL.

ENFOQUE METODOLOGICO

El método de trabajo adoptado para defin ir la teoría de la nueva estructura a darse a los servicios del M.S.P. partió del desarrollo del primer concepto visto en el capítulo anterior, refiriéndolo al territorio uruguayo. Esta etapa implicó, por lo tanto, realizar una serie de estimaciones concretas sobre el medio nacional, para poder fijar los planos α, β y γ con las características propias de la población y territorio en estudio.

α Estimación de las necesidades locales.

Para determinar el plano de las necesidades locales, se consideró que la relación existente entre la naturaleza de la asistencia a prestarse y el cuantum o unidad de medida de servicios que prestan asistencia a los diferentes asincamientos, dentro del territorio nacional. Cada uno de esos agrupamientos a definir, deberá contener, a su vez, un centro asistencial del M.S.P., propio y característico.

Dicho centro, dará la relación buscada entre la naturaleza de la asistencia y el cuantum de la necesidad local.

Para resolver este aspecto, será necesario entonces, integrar los centros del M.S.P. a los agrupamientos tipos de servicios de la comunidad.

β Estimación de la organización social.

En el plano de la organización social, la relación individuo y colectividad, para el caso uruguayo, se estimó prácticamente dominada por el factor colectivo.

El desarrollo de la medicina y los centros asistenciales privados, sólo beneficia a un reducido núcleo, ya que sus costos son elevados y fuera del alcance de la mayor parte de la población.

En cuanto a la asistencia prestada por sociedades mutualistas, si bien posee un considerable desarrollo frente a la privada, se limita a abarcar escasas zonas del territorio, volcándose sobre todo en el área metropolitana de Montevideo.

El interior del país, así como buena parte de la clase obrera de Montevideo, sólo recurre, como lo demuestran los índices de asistencia del M.S.P., a los servicios gratuitos del Estado.

Debido a ello, se estimó que la estructura a proyectarse, debía cubrir por completo al territorio nacional, y en su conjunto brindar una asistencia completa o integral.

- Estimación de la posibilidad técnica.-

Para valorar las posibilidades técnicas de los servicios del M.S.P., se considera conveniente utilizar un método especial.

Lo inmediato, hubiera sido relacionar el factor adelantos científicos, estimable por los equipos, personal, edificios, etc., con las posibilidades económicas del país, dadas por la renta nacional y con un funcionamiento de estos servicios sobre una base de población óptima.

Pero en el Uruguay la población posee una densidad muy baja (fuera de la zona de Montevideo: 7 habitantes por Km2, en 1951). Debido a ello, el número de usuarios óptimos para cada servicio llevaría a que las áreas asistidas por cada uno de ellos fueran muy extensas, con excesivas distancias entre los usuarios y el servicio. El primer criterio tuvo, por lo tanto, que desecharse adoptándose otro, que tuviera en cuenta las facilidades de acceso como base.

Para ello se estableció que la economía del servicio debía medirse por un tope máximo admisible de distancia entre el servicio y los usuarios más alejados.

Este nuevo enfoque, si bien puede dar por resultado que los servicios operen sobre una población escasa para su pleno rendimiento, evita que buena parte de ella quede asistida en forma deficitaria.

En los casos particulares en que exista una población óptima dentro de áreas reducidas, el criterio de distancias puede eliminarse, ya que carece de objeto.

Para el trabajo presente, esa posibilidad se desechó como norma, ya que hay pocos casos de ese tipo. Cuando ellos se presenten basta ajustar tales zonas, -sin perjuicio de la red general del país, que es la que interesa definir, y exige el criterio de distancia frente al de cantidades óptimas.

Etapas del trabajo.

Ubicado así el problema asistencial dentro del cuadro del planeamiento para el caso uruguayo, quedaron planteadas tres etapas de trabajo a cumplir:

según α, la integración de los centros asistenciales-tipo del M.S.P. a los agrupamientos-tipo de servicios colectivos de la comunidad.

según χ, el establecimiento de distancias máximas entre esos centros y sus usuarios.

según β, la cubertura total del territorio con la estructura a crearse, organizada para que a través de ella se preste una asistencia de tipo integral.

α - INTEGRACION DE LOS CENTROS DEL M.S.P. AL EQUIPAMIENTO DE LAS COMUNIDADES.-

Para concretar esta primera etapa, fue necesario analizar? por un lado, los centros-tipo del M.S.P., hallando las

características de su asistencia y funcionamiento; por otro los agrupamientos-tipo de servicios, para ver qué centro asistencial les corresponderá a cada uno de ellos.

Este análisis se realizó aceptando como base los centros actuales del M.S.P., caracterizándolos, según la asistencia que prestan, el siguiente ordenamiento:

Centros-tipo del M.S.P.

1 - Policlínicas derivadas, que prestan un mínimo de asistencia externa, efectuando vacunaciones, diagnósticos primarios, curaciones leves y propaganda educativa. Este servicio no es permanente, funcionando en forma periódica, a veces, por medio de un equipo móvil.

2 - Policlínicas de 1ra. categoría, que prestan asistencia externa completa, efectuando diagnósticos, exámenes, curaciones leves, odontología, etc.- Constituyen un servicio permanente, de funcionamiento continuo.

3 - Centros auxiliares, con pequeñas salas de internación para obstetricia o tratamientos leves. Poseen además servicios de policlínica externa completos y en ellos se pueden realizar pequeñas intervenciones quirúrgicas. Son verdaderos hospitales mínimos.

4 - Hospitales departamentales, con salas de internación bloque quirúrgico y diversos servicios anexos para tratamientos internos. En ellos también se brinda asistencia externa de policlínica.

5 - Hospitales regionales, con servicios externos e internos completos, varios bloques quirúrgicos, etc.-

6 - Hospitales especializados, que prestan asistencia a un solo tipo de enfermedad como ser: tuberculosos, bacilares, cáncer, fracturas óseas, etc., a través de los mayores adelantos técnicos.

Como característica cabe destacar que desde la policlínica de 2a. categoría hasta el Hospital Regional, cada uno de esos centros, al mejorar su escala de asistencia, brinda también los servicios de los anteriores.

Agrupamientos-tipo de Servicios

Los agrupamientos-tipo, a los cuales se integran los centros asistenciales del M.S.P., fueron definidos por el ITU, a través de un estudio realizado sobre los afincamientos dentro del territorio nacional.

Esa clasificación permite discernir 5 categorías que son:

1 - Subcentros locales, constituídos por los Agrupamientos Mínimos Indispensables, destinados a atender sólo las necesidades más perentorias de la vida cotidiana. Por su poca actividad y reducido radio de acción, no sirven como fuente de trabajo para nuclear en torno suyo una población. Por lo general, constituyen un grupo aislado de edificios de servicio, aunque a veces sus elementos están dispersos en un área relativamente grande, como para que no posean el carácter de núcleos formales. Son muy abundantes en las zonas rurales y sus servicios son los mínimos para atender las necesidades de una sub-localidad, con población dispersa en predios de producción agraria. Responden al abastecimiento con un "boliche", o pequeño almacén de ramos generales, con despacho de bebidas anexo. La cultura es atendida por una escuela primaria. Su ubicación es, por lo general, sobre una encrucijada de caminos vecinales, un vado, etc.-

   A este tipo de agrupamiento, corresponde el servicio tipo mínimo del M.S.P., o sea la Policlínica Derivada.

2 - Centros Locales, formados por los agrupamientos básicos de servicios, en los cuales se pueden satisfacer todas las necesidades de la vida cotidiana, dentro de una pequeña comunidad.

		AGRUPAMIENTO MINIMO INDISP.	AGRUPAMIENTO BASICO	AGRUPAMIENTO INTEGRAL MINIMO	AGRUPAMIENTO INTEGRAL TOTAL	
HABITAR	A		o albergue	o	o	
	B			o hotel	o	
	C				o asilo o cuartel	
TRABAJAR	A	o boliche	o o administración o comercios o artesanías	o o o o	o o o o	
	B			o concentración de prod. o pequeña industria	o o	
	C				o gran industria o silos o estación de máquinas	o puerto
CULTIVAR	A	o escuela o policlínica derivada	o o policlínica	o	o	
	B			o centro auxiliar o liceo escuela de capacitación	o hospital departam.	o hospital reg.
	C				o preparatorios o estadio deportivo	o universidad
CIRCULAR	A	o camino vecinal	o o ruta o equipamiento de ruta	o o o	o o o	
	B					
	C			o ferrocarril o embarcadero	o o o nudo circulatorio	o puerto
		1	2	3	4	5
ASISTENCIA EXTERNA		policlínica derivada	policlínica			
ASISTENCIA INTERNA				centro auxiliar	hospital departamental	hospital regional
		○	○	○	◎	◎

A: servicios de atención cotidiana B: ídem, cotidiana-intermitente C: ídem, intermitente

Debido a sus servicios, logran nuclear una cierta población estable, formada por las personas que trabajan en los mismos. Un cruce importante de caminos o rutas constituye su ubicación por excelencia.

Los servicios citados en el caso anterior, se superponen y/o complementan aquí con otros más completos, como ser: albergue o pensión, artesanías de reparación, almacén de ramos generales o cooperativa de consumos, estación de servicio para vehículos, cantón de vialidad, etc.-

La aparición del núcleo poblado hace necesario que la asistencia a prestarse en el campo de la salud pública sea permanente, aunque mínima, pero de mayor jerarquía que en el caso anterior. Aquí corresponde por lo tanto, la existencia de una Policlínica de la. Categoría. Estos agrupamientos, por sus servicios, son básicos para la vida colectiva en las zonas rurales, y constituyen el centro de una Localidad.

3 - Subcentros Zonales, constituídos por los agrupamientos integrales mínimos de servicio, que prestan asistencia no sólo a las necesidades cotidianas, sino incluso a algunas de las de tipo intermitente dentro de la comunidad.

A sus expensas, vive una población de relativa importancia, establecida sobre la base de un pequeño centro de cambio, ubicado sobre cruces de ruta, con estación de ferrocarril y a veces, incluso, un embarcadero. En estos agrupamientos existen los mismos servicios que en el anterior, pero además, aparecen otros más completos, como ser: hotel, centro de enseñanza secundaria y de capacitación laboral, depósitos o planta de concentración de productos y pequeñas industrias.

Desde el punto de vista de la salud, para estar en forma acorde con los servicios enumerados y la población por ellos atendida, corresponde asignarles un Centro Auxiliar.

Por poseer servicios mínimos para las necesidades intermitentes de la comunidad, constituyen verdaderos subcentros de zona.

4 y 5 - Centros zonales y regionales, definidos como agrupamientos integrales totales. En ellos es completa la asistencia a las necesidades cotidianas e intermitentes de una comunidad.

En el Uruguay, estos agrupamientos deben dividirse en dos categorías: los que constituyen centros de una zona y los que son centros de una región. El poco desarrollo de la campaña y las ciudades del interior del país, no ha hecho posible establecer, desde el punto de vista técnico, una clara y correcta ubicación de estos centros en el medio geográfico. Muchos de ellos poseen a sí, una mezcla de servicios zonales con alguno de tipo regional, pero sin llegar a definirse por su equipamiento como centros regionales ya que para ello se encuentran incompletos. Es el caso de ciudades como Paysandú, Mercedes, etc.- Montevideo es, en realidad, el único Centro Regional completo, siendo además, centro nacional. Particularmente importante en este estudio, es la delimitación de esos dos tipos de centro y su relación con los servicios del M.S.P. correspondientes.

Los centros zonales, pueden definirse como los que se emplazan sobre un nudo circulatorio de caminos, rutas y ferrocarriles, estando dotados de servicios tales como: asilo, cuartel, industria, estación de maquinarias, centros de enseñanza secundaria superior silos, estadio deportivo, bancos, instituciones administrativas, etc.- Desde el punto de vista de la salud pública, su importancia dentro del área que sirven y la necesaria correspondencia con los servicios nucleados, implica que en ellos exista un hospital departamental.

Los centros regionales, suman a los servicios de los zonales otros tales como los de:zona portuaria internacional, Universidad y establecimientos financieros y administrativos. A ellos corresponde por lo tanto, un hospital regional. No estando estos centros claramente definidos en el territorio uruguayo, la ubicación que a través de la estructura asistencial se obtenga, ha de ser de gran importancia para el planeamiento integral del país.

8 - LA LOCALIZACION DEL EQUIPAMIENTO DE LAS COMUNIDADES.-

En 1953, el ITU formuló una teoría general, estimando las distancias máximas admisibles, entre vivienda y agrupamientos tipo de servicios, de acuerdo con el nivel medio de confort imperante dentro del territorio uruguayo.(1)

Esas distancias, en vez de expresarse en unidades de longitud, prefiriése fijarlas por el tiempo necesario para recorrerlas, ya que en realidad la distancia entre un usuario y el servicio no es un mero hecho geográfico, sino una relación entre espacio y posibilidad real para recorrerlo en forma económica, dentro de los plazos que exige la necesidad a satisfacer. Esa posibilidad se consideró que estaba fijada fundamentalmente por el tiempo que un habitante puede disponer, en forma normal, para ir desde su afincamiento hasta el servicio requerido. Dicho lapso se relaciona con la jornada de trabajo, la composición familiar, modo de vida, productividad, medios de transporte usuales, etc.-

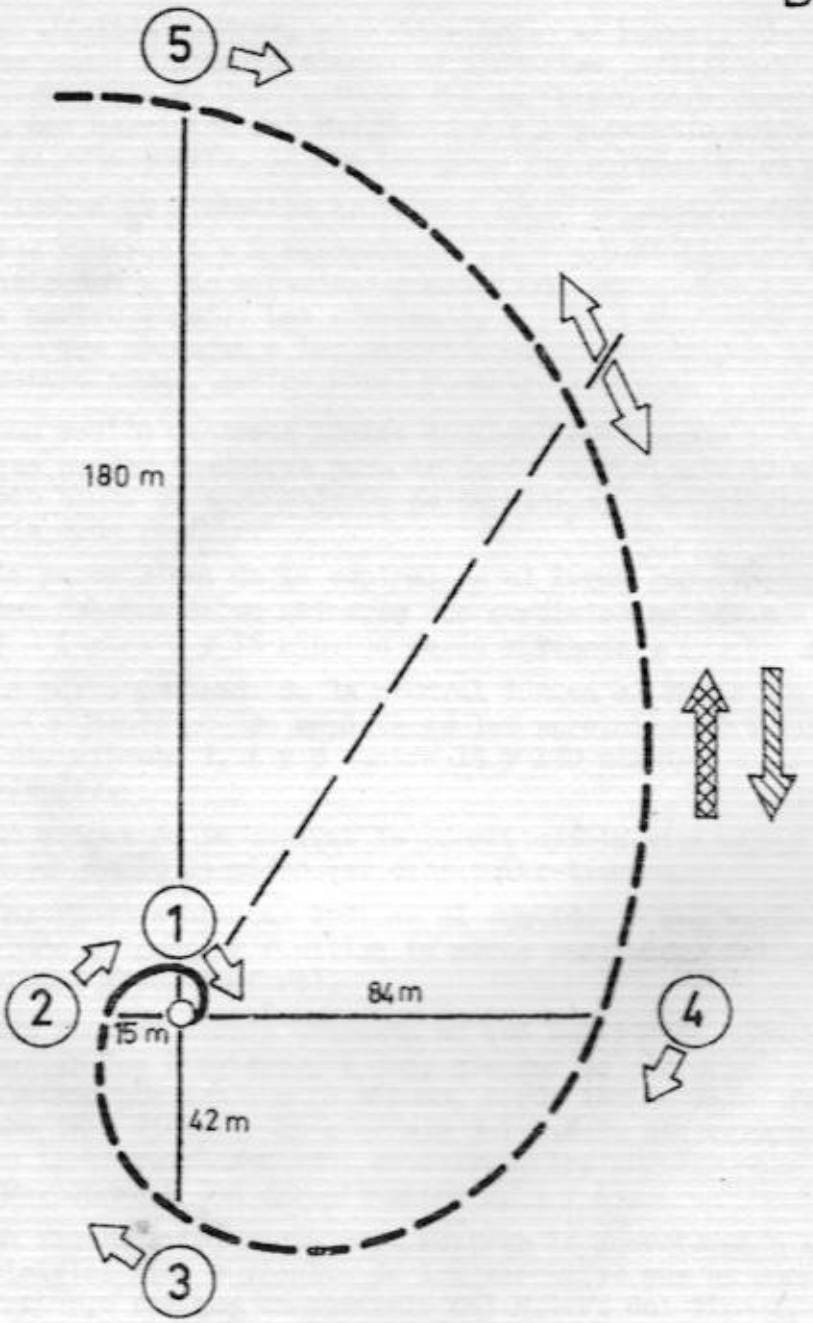
Las distancias-tiempo así fijadas, se consideraron como: valores por encima de los cuales, el esfuerzo requerido para recorrerlos, por un habitante medio, exceden a su esfuerzo máximo admisible, para alcanzar a utilizar correcta y económicamente los servicios colectivos, y son: (2)

7½	minutos	para	llegar	al	Agrup.	1 (sub-centro local)
15	"	"	"	"	"	2 (centro local)
42	"	"	"	"	"	3 (sub-centro zonal)
84	"	"	"	"	"	4 (centro zonal)
180	"	"	"	"	"	5 (centro regional)

(1) Asesoramiento prestado al Instituto Nacional de Colonización, sobre Ordenamiento de las Comunidades en el Uruguay.

(2) Estas distancias-tiempos, fueron verificadas en numerosos casos concretos por el ITU y grupos de estudio de la Fac. de Arq. a través de encuestas censales, realizadas dentro del territorio nacional. Para el sistema de comunicaciones uruguayo, se estimó que la velocidad media sobre una ruta o camino principal es de 60 Km/hora. Para caminos vecinales dicha velocidad media se estimó en 30 Km./h.-

B 2



Por encima de esos límites, un afincamiento se estima como normal, por hallarse sus servicios más allá de las posibilidades reales de los usuarios.

Para límites menores, el afincamiento es normal, siempre que esa menor distancia-tiempo se encuentre justificada por el mejoramiento de los factores que sirvieron para determinarlo. Los Servicios del M.S.P. quedan lógicamente comprendidos en esta teoría, ya que integran los agrupamientos tip.

La lámina B2 sintetiza estos conceptos en forma gráfica:

- Los números 1 y 2 representan a los agrupamientos que atienden a las necesidades cotidianas (subcentro local y centro local). Los números 3, 4 y 5, representan a los que atienden a las necesidades intermitentes (subcentro zonal, centro zonal y centro regional).
- Los radios vectores llenos indican los tiempos máximos que pueden insumirse para ir desde la vivienda del usuario hasta el agrupamiento de servicios, cuya asistencia debe recibir.
- La parte llena de la espiral es el lugar geométrico dentro del que deben ubicarse los servicios cotidianos 1 y 2 (entre 0 y 15 minutos de la vivienda).
- La parte punteada de la espiral indica el lugar geométrico donde pueden emplazarse los servicios de atención intermitente 3, 4 y 5 (entre 15 y 180 minutos de la vivienda).
- El origen de la espiral lo constituyó la vivienda, y es desde donde se miden las distancias-tiempo.
- Las flechas blancas indican el sentido en que varía el grado de confort familiar (a mayor proximidad del servicio, mayor confort).
- Las flechas negras expresan en qué sentido se complementan los servicios, o sea, que uno de ellos es completado por los que le siguen, según indica esta flecha (por ejemplo: un servicio del M.S.P. del agrupamiento 1, es complementado, sucesivamente, por los que corresponden a los agrupamientos 2, 3 y 4).
- La flecha gris, sirve para mostrar la coordinación administrativa y técnica de los servicios que se complementan, o sea que un servicio del M.S.P. del tipo 4, corresponde que coordine a los que sean de tipo 3, 2 y 1.

3.- LA ESTRUCTURA PARA PRESTAR ASISTENCIA INTEGRAL

Luego de los dos análisis precedentes, se dedujo que las posibilidades de brindar una asistencia integral a la población uruguaya, según sus formas de afincamiento características, estarían dadas por una estructura, en la que los centros del M.S.P. correspondientes a los diversos agrupamientos-tipo, se dispusieran en forma tal, que cualquier habitante pudiera acceder a ellos, dentro de los límites fijados por la teoría de distancia-tiempo.

Para ello en principio todo habitante debería hallarse a lo sumo a: 7½ minutos de una policlínica de 2da. categoría; a 15 minutos de una Policlínica de 1ra., a 42 minutos de un Centro Auxiliar; a 84 minutos de un Hospital Departamental y a 180 minutos de un Hospital Regional.

En esa forma, dicho habitante se encontrará capacitado para obtener una asistencia integral, con las facilidades económicas que permite el grado de confort alcanzado dentro del territorio uruguayo, sobre todo en las zonas rurales del interior del país.

Unidad básica de asistencia

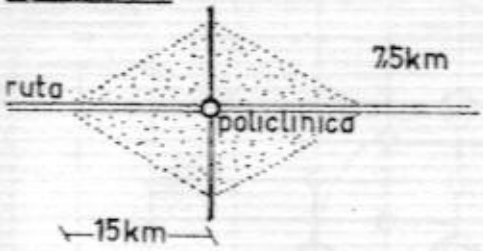
En la determinación de esta estructura, se partió de la policlínica de 1ra. categoría y su área de servicio, que es la localidad.

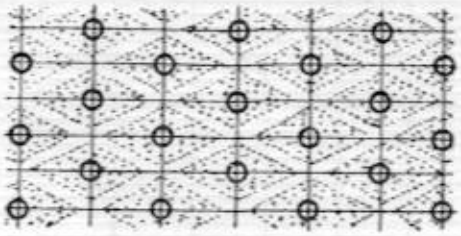
Este centro se estimó como clave, pues pertenece al "Agrupamiento Básico" cuyos servicios, dentro de su cometido propio (salud, abastecimiento, etc.) son los que satisfacen por completo a las necesidades de tipo cotidiano de una comunidad.

Su área de servicio, por otra parte, puede considerarse como invariable en áreas rurales, ya que responde a la satisfacción de necesidades de carácter doméstico, cuya escala es el ser humano y la familia, a los cuales brinda asistencia dentro del marco cotidiano.

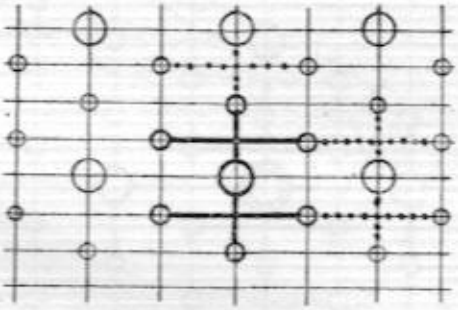
La policlínica de 1ra. categoría, como integrante de un centro local de servicios, debe distar del afincamiento más alejado de su área, a lo sumo 15 minutos. Cada una de ellas ubicada en el cruce de un camino vecinal y una ruta, como lo corresponde a un centro local, ha de generar un área de servicio como la expresada en la lámina B3.-

LOCALIDAD

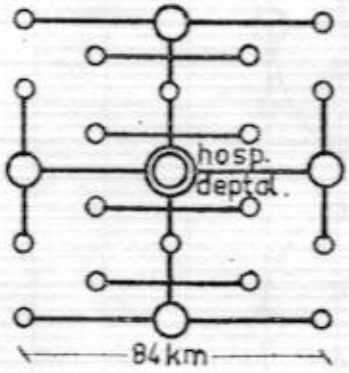


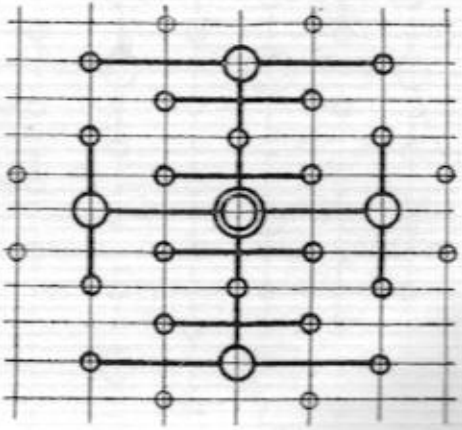


SUB ZONA

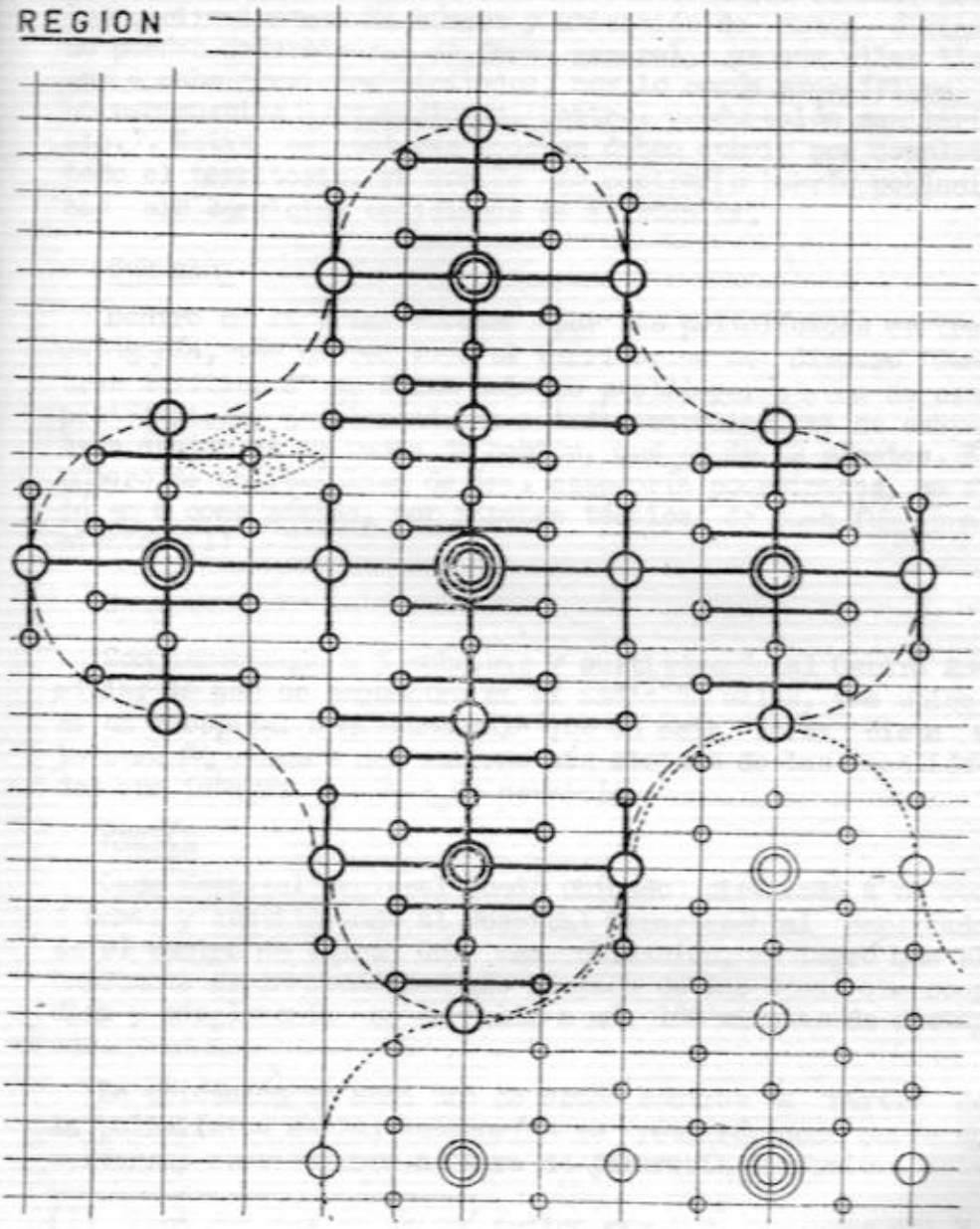


ZONA





REGION



Localidad

La estructura correspondiente a una localidad, estaría dada por una policlínica de la. categoría, dentro de cuya área de servicio funcionan varias policlínicas de 2a., móviles o circulantes. El número y ubicación de estas últimas no pueden determinarse en forma general, ya que ellas llevan a cabo servicios limitados, por lo común específicos y no permanentes (vacunaciones, control y educación sanitaria etc.). Estas estructuras locales deben cubrir por completo todo el territorio, ya que de lo contrario habría poblaciones sin servicios cotidianos de asistencia.

Sub-zona

Dentro de la trama formada por las policlínicas de 1ra. categoría, que cubren todo el territorio, se dispuso "Centros Auxiliares" en forma tal que sustituyeran a una de esas policlínicas, complementando a todas aquellas que se encuentran dentro de su radio de acción, que es de 42 minutos. El número de policlínicas de 1ra. categoría coordinadas, se fijó en 6 como máximo, por razones técnicas de buen funcionamiento. (1)

Zona

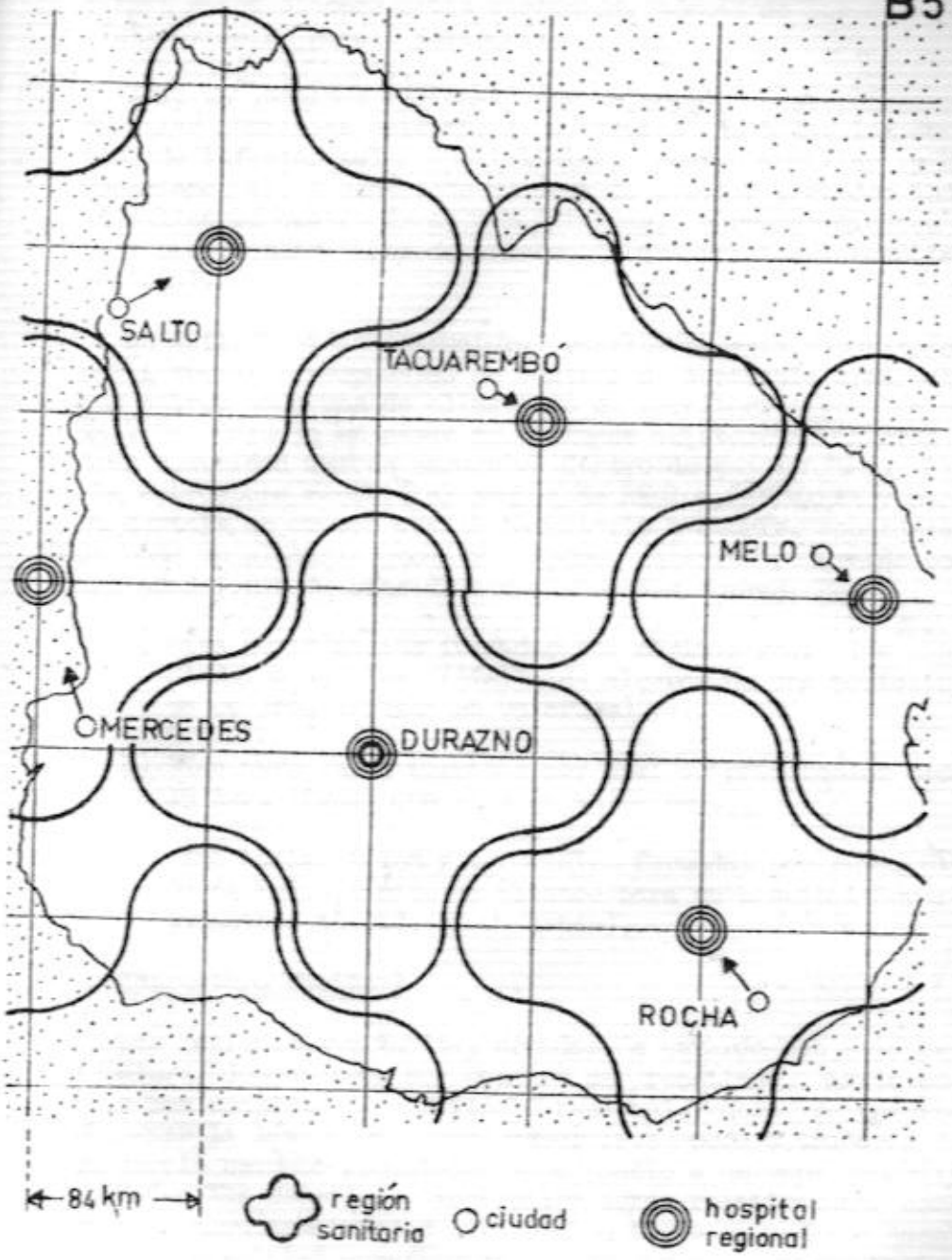
Complementando a 5 subzonas y sustituyendo al Centro Auxiliar la que se encuentra en el medio de ellas, fue ubicado un "Hospital Departamental" que en esta forma dista a lo sumo 84 minutos del extremo más alejado de las localidades que integran su área de servicio.

Región

Cada Hospital Regional quedó ubicado sirviendo a su vez 5 zonas y sustituyendo al Hospital Departamental emplazado en el centro de ellos. Con esa ubicación, se logró que el habitante de la localidad más alejada de las zonas que coordina y complementa no se halle a más 180 minutos de distancia.

La ubicación de cada uno de estos centros -a partir de la policlínica de la. categoría- se realizó, como puede observarse, sustituyendo a otro de jerarquía inferior. Esta

(1) Cantidad que se estimó óptima por los asesores del M. S.P. de acuerdo con la experiencia existente.


SALTO
TACUAREMBÓ
MELO
MERCEDES
DURAZNO
ROCHA
84 km
región sanitaria
ciudad
hospital regional

sustitución no quiere decir que desaparezca el servicio prestado por el centro que se reemplaza, pues el que lo sustituye posee siempre estos servicios, además de los característicos de su propia jerarquía.

Así, un hospital regional, por ejemplo, desempeña también las funciones asistenciales propias de todos los centros de inferior valor (policlínica, centro auxiliar y H. Departamental) y dentro de su área de servicio, pueden individualizarse cuatro áreas concéntricas, correspondientes a cada uno de esos tipos de asistencia que presta el hospital regional.

En definitiva la estructura resultante está constituída por 4 tramas superpuestas de centros de jerarquía creciente que cubren cada una de ellas todo el territorio (ver lámina B4). En conjunto es capaz de brindar asistencia integral a toda comunidad que se encuentre dentro de sus límites. Dicha estructura recibió el nombre de REGION SANITARIA y para su montaje se supuso que el territorio a cubrir, considerado como un elemento geométrico puro, estaría recorrido por una cuadrícula de vías de comunicaciones formada por:

a) Vías horizontales formadas por caminos vecinales espaciados a 7,5 Kms. (límite de alcance de una policlínica de 1ra. ubicada en un cruce).

b) Vías verticales formadas por caminos principales cada 15 Kms. (igual que el caso anterior).

c) Vías horizontales y verticales formadas por rutas cada 84 Kms. (límite de alcance para un Hospital Departamental, ubicado en un cruce).

Estructura Nacional

Las regiones sanitarias, armadas de acuerdo con esta estructura, demostraron ser capaces de repetirse, hasta cubrir por completo el territorio nacional, como lo permite observar la lámina B5. Puede advertirse -pese a tratarse de un simple esquema geométrico superpuesto a un mapa geográfico- cómo los Hospitales Regionales están relativamente cercanos a algunas ciudades cuyo equipamiento en materia hospitalaria permitirá constituirse en verdaderos centros regio-

nales. Tales son los casos de Mercedes, Salto, Tacuarembó , Durazno, Melo y Rocha.

C - APLICACION.

La teoría recientemente desarrollada, tomó como puntos de partida una serie de principios que tenían en cuenta la orientación general bajo la cual está organizado actualmente el sistema asistencial del M.S.P. (Centros-tipo de asistencia, jerarquías según las cuales se realiza la complementación de servicios y la coordinación funcional, etc.).

Estas orientaciones generales, sin embargo, en la práctica no se encuentran aplicadas en forma perfecta. Además, la ubicación de los centros asistenciales no se atiene, como es lógico, a las leyes de distancia-tiempo, sino a criterios diversos, generalmente empíricos o producto de situaciones especiales, procesos de evolución administrativa, política, etc., que ha experimentado el M.S.P. durante el transcurso de los años.

Para proceder al ajuste de esa red actual de centros asistenciales, se realizaron diversos trabajos de investigación que se concretaron en:

1) Análisis de la organización técnico-administrativa actual.
2) Análisis de las áreas de servicio existentes.
3) Ajuste primario de la estructura actual.
4) Bases para el ajuste completo de la estructura asistencial.

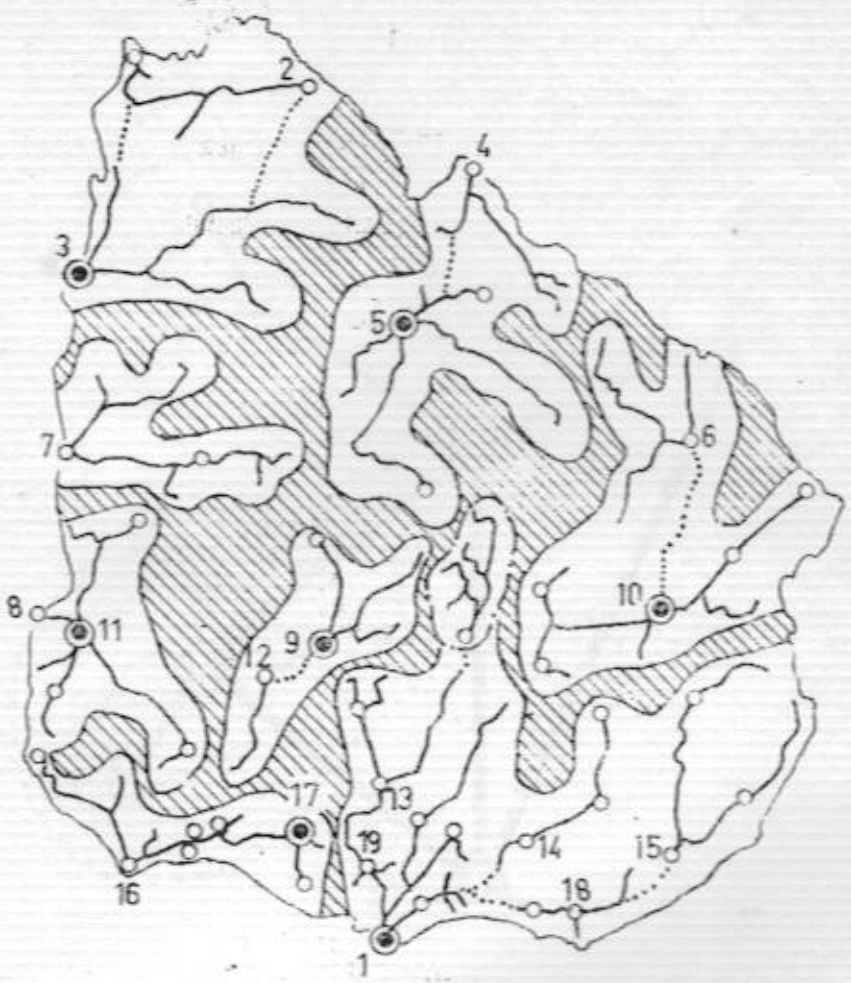
1 - Análisis de la organización técnico administrativa actual

Las láminas C1, C2 y C3, grafican las circunscripciones sanitarias, indicando como dependen entre sí los centros actuales desde el punto de vista de la complementación de servicios (tránsito asistencial y administrativo). Para efectuar este esquema se graficaron las Ordenanzas Nos. 366 y 382 (1), que son las que regulan estas situaciones.

---

(1) Ver sus textos en el Apéndice.

C-1



región sanitaria (no indica zona de influencia)

1, 2, 3... centros de circunscripción

hospitales regionales

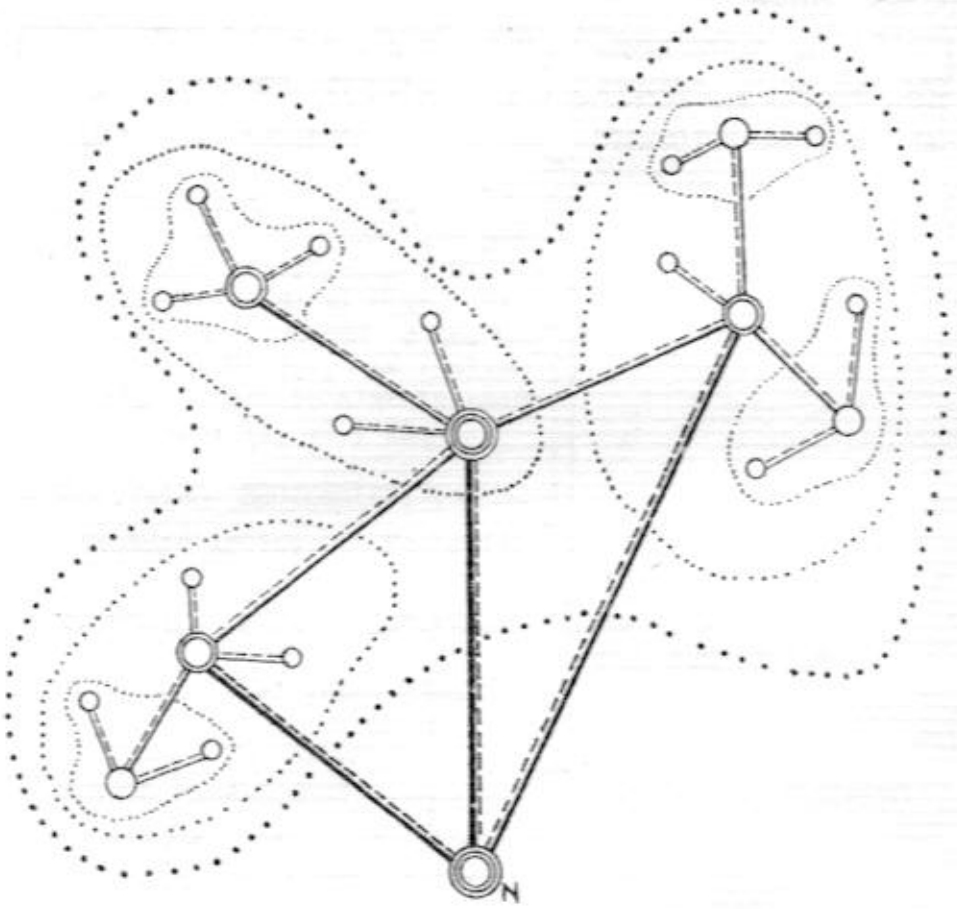
hosp. departament.

ruta que vincula servicios que internan enfermos en un hosp. deptal.

ruta que vincula servicios que internan enfermos en un hosp. regional.

grupo de servicios que dependen de un centro ajeno a su región

C 2



LÍMITE DE DISTRITO SANITARIO

LÍMITE DE CIRCUNSCRIPCIÓN SAN.

LÍMITE DE REGIÓN SANITARIA

RELACIÓN ADMINISTRATIVA

TRÁNSITO ASISTENCIAL

POLICLÍNICA

CENTRO AUXILIAR

HOSPITAL DEPARTAMENTAL

HOSPITAL REGIONAL

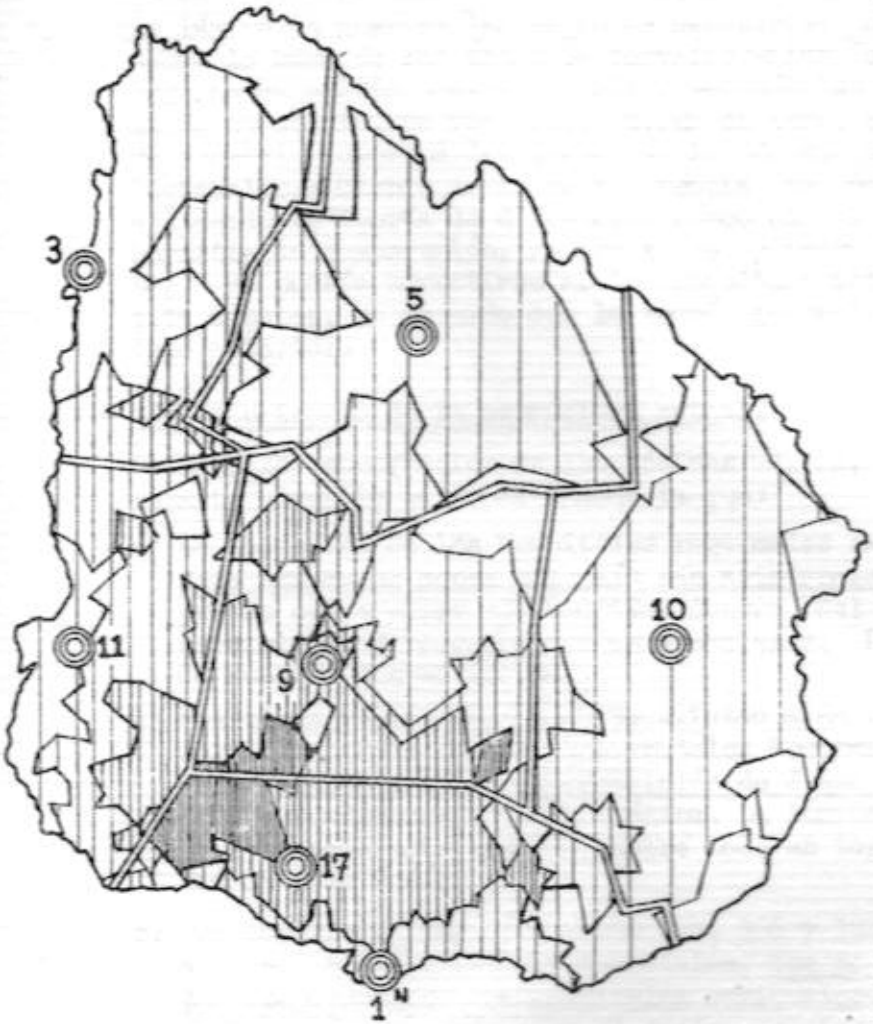
HOSPITAL NACIONAL

N

TRANSITO (esquema ordenanza 366)	ADMINISTRACION esquema ordenanza 382
- HOSPITALES NACIONALES	- DIRECCION GENERAL DE SECRETARIA.
1 Centro en Montevideo. (el tránsito desde los hospitales regionales y en particular desde el Hosp. Escuela de Paysandú a los Hospitales Nales., se realiza sólo excepcionalmente según los Art. 19, 20 y 22.	
- HOSPITALES REGIONALES.	
7 Centros incluyendo Montevideo	
- HOSPITALES DEPARTAMENTALES	- JEFATURA DE CIRCUNSCRIPCION
19 Centros incluyendo Mdeo.	
- CENTROS AUXILIARES	- JEFATURA DE DISTRITO
50 Centros incluyendo a los 19 hospitales departamentales.	
- POLICLINICAS	JEFATURA DE POLICLINICA.
- POLICLINICAS DERIVADAS	

Las flechas indican: en la Ord. 366 el sentido en que se realiza el tránsito de internación de enfermos, y en la Ord. 382 la dependencia administrativa.

C 4



área no servida

área servida por 1 hosp. regional

" " 2 " "

" " 3 " "

" " 4 " "

hospital regional

hospital nacional N

límite de región sanitaria

2 - Análisis de las áreas de servicio existentes.

La lámina C4 muestra las regiones sanitarias actuales, sobre la base de las áreas de servicio de los Hospitales Regionales existentes. Los centros secundarios no se tomaron en cuenta, ya que ellos deben de tener sus áreas de servicio comprendidas dentro de las de sus Hospitales Regionales.- Dichas áreas de influencia se determinan aplicando la teoría de distancia-tiempo con el fin de permitir la comparación, ya que si se aplicara otro criterio no podría advertirse si la estructura actual necesita ajustes, de acuerdo con la teoría general del capítulo anterior.

3 - Ajuste primario de la estructura actual.

La simple observación de las láminas C1, C2, C3 y C4, permite advertir en forma inmediata que:

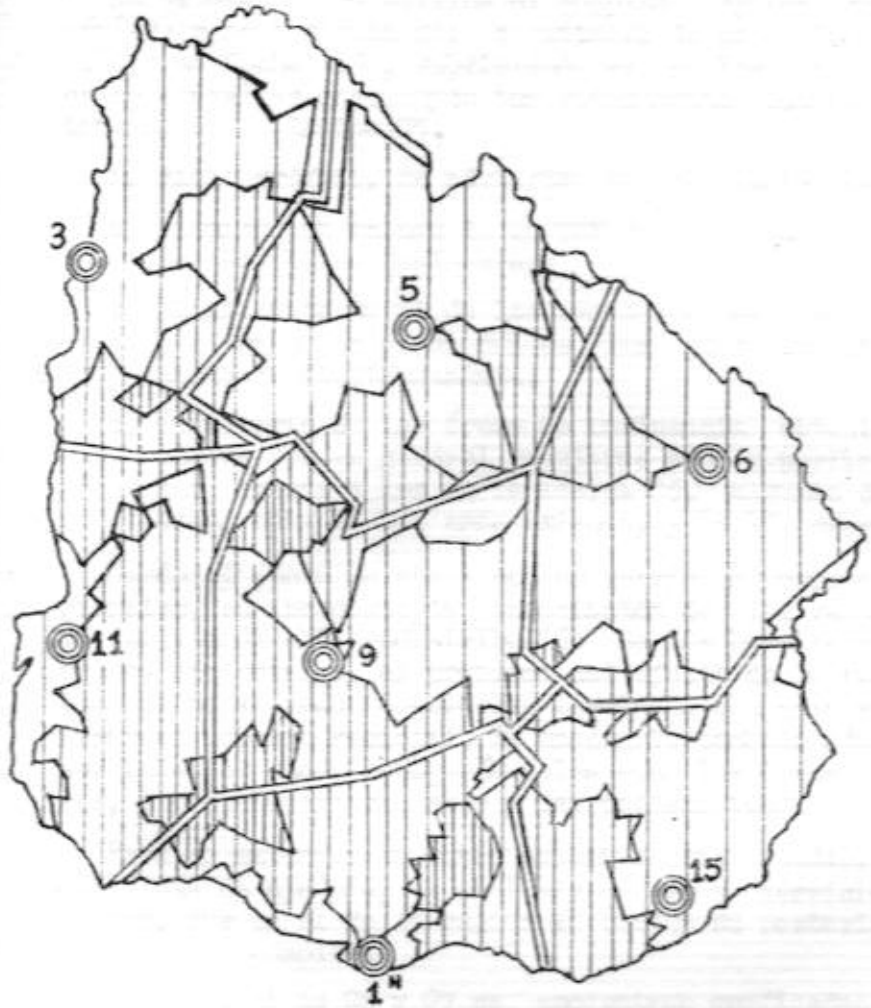
a) La ubicación de los hospitales regionales existentes deja numerosas zonas del país sin asistencia integral por no estar ellas comprendidas dentro del área de servicio de dichos centros asistenciales. La lámina C4 muestra dichas áreas.

b) Esa misma ubicación, hace que existan a su vez, áreas servidas por hasta cuatro hospitales Regionales a la vez, creando así una superposición de áreas de servicios verdaderamente antieconómica. La lámina C4 pone en evidencia este aspecto, sobre todo en torno al centro 17 (San José).

c) Por imperio de las ordenanzas Nos. 366 y 382, existen diversos hospitales Departamentales, que no complementan sus servicios con hospitales regionales. En la lámina C1, puede verse cómo el centro asistencial 7 aparece autónomo y cómo los Hospitales Departamentales 13, 19 y 15, próximos a Hospitales Regionales, no se vinculan a éstos, sino al de Montevideo.

Un ajuste primario de esta red asistencial llevaría a cambiar esas ubicaciones. Si se observa la lámina B4 , que plantea en forma teórica la distribución de los centros asistenciales, se advierte la posible solución de los aspectos a) y b) mencionados anteriormente.

C 5



área no servida

área servida por 1 hosp. regional

" " " 2 " "

" " " 3 " "

hospital regional

hospital nacional N

límite de región sanitaria

En efecto, si se elimina el Hospital Regional de San José (17) y se instalan dos hospitales de ese tipo en Melo (16) y en Rocha (15), suprimiendo el de Treinta y Tres(10) estas anomalías disminuyen apreciablemente,como puede constatarse en la lámina C5.

En dicho gráfico, se advierten los siguientes beneficios:

a) Disminución en más de un 70% de las zonas no servidas por Hospitales Regionales.

b) Eliminación total de las zonas servidas por 4 centros y disminución en un 80% de las zonas servidas por 3 centros simultáneamente.

c) Equilibrio de las áreas de influencia obtenidas, las cuales son en general regulares y de superficie similar, frente a los de la lámina C5, algunas de cuyas áreas como la 17, eran exiguas, y la 10, excesivas.

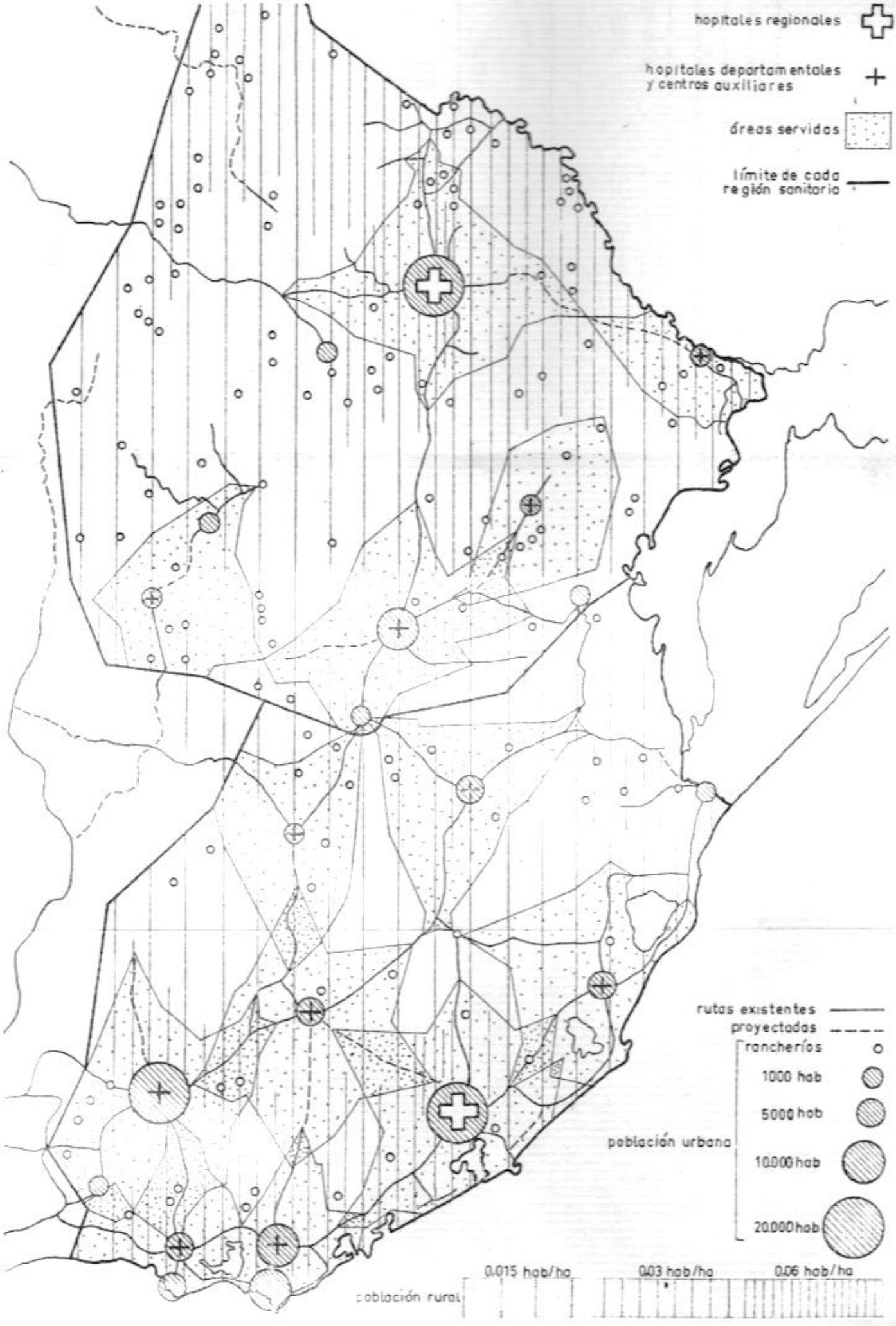
Desde el punto de vista de los servicios hospitalarios regionales, es inmediata la apreciación de las ventajas que se derivan de esta redistribución de los hospitales regionales. Sin embargo, el problema del ajuste de la red asistencial no se puede considerar terminado con solo reestructurar su aspecto regional. Es necesario también ajustar los servicios de menor categoría tales como los Centros Auxiliares, los H. Departamentales y las policlínicas.

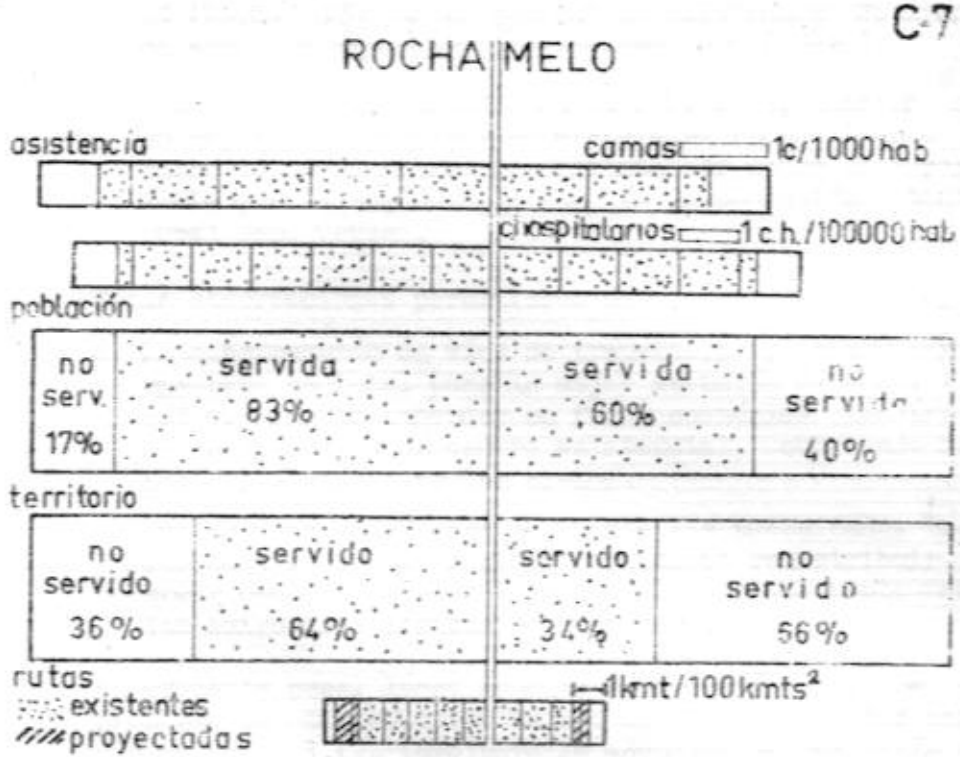
Para no extender en forma excesiva este estudio, se encaró, a vía de ejemplo, el análisis de esos servicios en un sector, que es el de la región 10 (C4) y su posterior ajuste en forma completa.

En las láminas C6 y C7 se encuentran graficadas las características de la asistencia que prestan los centros de menor jerarquía existentes (Centros Auxiliares y H. Departamentales).

En dichos gráficos se observará en forma directa y general:

a) Que existen extensas áreas urbanas y rurales no servidas en la escala inferior a la regional (zonales y locales).


hospitales regionales
hospitales departamentales y centros auxiliares
áreas servidas
límite de cada región sanitaria
rutas existentes
proyectadas
rancherías
población urbana
1000 hab
5000 hab
10.000 hab
20.000 hab
población rural
0.015 hab/ha
0.03 hab/ha
0.06 hab/ha



	ASISTENC		POBLACION				TERRITORIO		RUTAS	
	cama	centro hospit	servida urb.	servida rural	no servida urb.	no servida rural	hectár. servida	hectár. no servidas	kmts const	kmts proyec
ROCHA	549	8	63.106	41.252	3585	18.165	1.543.000	875.000	1.168	175
			104.358		21.750					
			126.108				2.418.000		1.343	
MELO	268	5	48.162	21.522	16.024	38865	959.000	873.000	780	155
			59.684		46889					
			116.573				2832000		935	

b) Que el mayor desarrollo de la vialidad en la región 15 (Rocha) permite en general la existencia de áreas de servicio mayores que en la región 6 (Melo).

c) Que los centros poblados de la región 15, cuentan en su mayoría con centros asistenciales (ocho frente a cinco de la región 6) no obstante ser menor en superficie que la región 6, y también en población, tanto rural como urbana.

Estas observaciones permitieron deducir que:

a) La construcción de vías de tránsito, proyectadas sobre una base racional para la mejor atención de zonas rurales, permite extender en forma económica las áreas de servicios de un centro asistencial, cubriendo zonas hoy carentes de los mismos.

b) Una política que tenga en cuenta las necesidades locales dentro de cada región, permitiría redistribuir y crear centros asistenciales en forma consecuente con las exigencias lógicas de cada zona.

Es evidente pues, luego de este somero análisis, que el problema de reestructurar la red asistencial de los servicios del M.S.P., involucra la adopción de una serie de medidas de orden general, como vialidad, equipamiento territorial, y no queda encerrado necesariamente dentro de los límites de una simple reorganización del servicio del M.S.P.

4 - Bases para el ajuste integral.

Puede deducirse así, que la racionalización de la estructura asistencial de la Salud Pública, por su enfoque espacial (distribución dentro de un territorio), requiere definir la acción a desarrollarse según una de las orientaciones siguientes:

1) O el Planeamiento Asistencial se ajusta a las posibilidades que ofrecen la técnica, la administración y el equipamiento territorial actuales;

2) O el Planeamiento Asistencial se ajusta a las necesidades técnicas, sociales y económicas, impulsando la

modificación de las situaciones administrativas y territoriales a sus requerimientos:

a - Ajustando los programas vigentes de obras públicas en el orden de la vialidad y equipamientos viales;

b - U orientando nuevos programas para la utilización del territorio, vialidad, equipos, administración etc., en los órdenes nacional y municipal.

La primera posición, implica aceptar la situación existente, redistribuyendo y creando nuevos centros asistenciales para cubrir déficits notorios. Por este camino se puede llegar a soluciones en las cuales las áreas de servicio de numerosos centros se superpongan o sean muy reducidas por falta de una vialidad adecuada que les permita cubrir amplias zonas rurales.

La segunda posición implica incidir dentro de diversos organismos Estatales y Municipales, para que las obras públicas ayuden a extender las áreas de influencia de los servicios existentes y brinden posibilidad de crear otros nuevos, con amplios medios de alcance, reduciendo las creaciones al mínimo. Este camino, por la directa ligazón que tienen los centros del M.S.P. con los agrupamientos-tipo de servicios, permitiría además beneficiar con otros servicios similares a amplias zonas, hoy carentes de ellos.

No corresponde al programa de esta publicación, definir cual de ambas orientaciones debe adoptarse para llevar a la práctica la teoría expuesta, ya que su objetivo es simplemente desarrollarla.

En cualquiera de ambos casos, es factible su aplicación en cuanto a teoría espacial. Los factores económicos, sociales y en fin, una concepción política de la realidad nacional es la que debe elegir entrambas orientaciones.-

REPUBLICA O. DEL URUGUAY

Ministerio de Salud Pública

O R D E N A N Z A Nº 366

(Decreto del Poder Ejecutivo Nº 25.957)

Montevideo, 27 de enero de 1954.

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LAS "CIRCUNSCRIPCIONES SANITARIAS" EN EL TERRITORIO DE LA REPUBLICA, QUE DEPENDEN DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA.

ART. 1º.- Entiéndese por Circunscripción Sanitaria el agrupamiento de todos los servicios de Higiene y Asistencia que funcionan en la órbita de los Establecimientos descriptos en el artículo 5º de este Reglamento y por "Distrito Sanitario" la zona que éste atenderá (dentro de su respectiva circunscripción) y los servicios de higiene y asistencia que lo integran, los cuales fijarán los respectivos Jefes de Circunscripción Sanitaria, dando cuenta de inmediato al Ministerio de Salud Pública de la forma en que han quedado constituídos.

DE LOS JEFES DE CIRCUNSCRIPCION SANITARIA.-

ART. 2º.- Los Jefes de Circunscripción Sanitaria serán los actuales Directores Departamentales de Higiene y asistencia, a que se refiere el artículo 113 de la Ley Nº 11.923, y tendrán jurisdicción dentro de las respectivas zonas de influencia que integran las formaciones sanitarias a que se alude en el artículo 5º, ejerciendo la superintendencia de todos los servicios de Asistencia, Higiene y Profilaxis establecidos en las mismas, sobre las que deberán mantener continuo contralor y vigilancia.

ART. 3º.- Adoptarán todas las medidas de fiscalización sobre los servicios de higiene y salubridad pública, sin perjuicio de los cometidos administrativos correspondientes a su cargo, siendo responsables de la Circunscripción que se encuentra bajo su contralor inmediato.

DE LOS JEFES DE DISTRITO SANITARIO.-

ART. 4º.- Los Jefes de Distrito Sanitario (Directores de Centros Auxiliares, el Director de la Maternidad de Santa Lucía y el Médico Jefe del Puesto de Socorros de Fray Marcos) asumirán las funciones encomendadas en los artículos 2º y 3º en el Distrito en que actúan.

Los Jefes de Distrito Sanitario y Médicos Jefes de Policlínica Rural, dependientes de las Circunscripciones sanitarias del Litoral e Interior del país, dirigirán sus sugestiones y pedidos de mejoras al Jefe de la Circunscripción que integran, quien los elevará debidamente informados al Ministerio.

ART. 5º.- Las Circunscripciones Sanitarias quedan organizadas en la forma siguiente:

a) CIRCUNSCRIPCION SANITARIA Nº 1, que agrupará los Establecimientos ubicados en el Departamento de Montevideo y las Colonias de Alienados "Dr. Bernardo Etchepare" y "Dr. Santín C. Rossi" del Departamento de San José.

b) CIRCUNSCRIPCION SANITARIA Nº 2, que agrupará los Establecimientos siguientes: Centro Departamental de Artigas, Centro Auxiliar de Bella Unión, Puesto de Socorros de Tomás Gomensoro y Policlínicas de Isla de Cabellos.

c) CIRCUNSCRIPCION SANITARIA Nº 3, que agrupará los Establecimientos siguientes: Centro Departamental de Salto (Hospital Regional del Litoral Norte) y las Policlínicas de Belén, Constitución, Colonia Lavalleja, Guaviyú de Arapey, Mataojo y Vera.-

d) CIRCUNSCRIPCION SANITARIA Nº 4, que agrupará los Establecimientos siguientes: Centro Departamental de Rivera y Policlínicas Tranqueras, Paso La Puente y Moirones.

e) CIRCUNSCRIPCION SANITARIA Nº 5, que agrupará los Establecimientos siguientes: Centro Departamental de Tacuarembó, Centro Auxiliar de Minas de Corrales (Departamento de Rivera), Centro Auxiliar de San Gregorio de Polanco y Policlínicas de Achar, Caraguatá, Curtina, Paso del Borracho, Piedra Sola (Departamento de Paysandú), Paso del Cerro, Tambores y su derivada Valle Edén.

f) CIRCUNSCRIPCION SANITARIA Nº 6, que agrupará los Establecimientos siguientes: Centro Departamental de Cerro Largo y Policlínicas de Vichadero (Departamento de Rivera), Acegúa, Fraile Muerto y Tupambaé.

g) CIRCUNSCRIPCION SANITARIA Nº 7, que agrupará los Establecimientos siguientes: Centro Departamental de Paysandú (Hospital Escuela) y Policlínicas de Guichón, Algorta (Departamento de Río Negro) y sus derivadas, General Borges (Departamento de Río Negro) y Piedras Coloradas, Merinos y sus derivadas, Sarandí de Cuchillas de Navarro (Departamento de Río Negro) y Tres Árboles, Porvenir, Piñera y su derivada Paso de los Mellizos, (Departamento de Río Negro), Quebracho y Paso de los Carros de Buricatupí.-

h) CIRCUNSCRIPCION SANITARIA Nº 8, que agrupará los Establecimientos siguientes: Centro Departamental de Río Negro, Centro Auxiliar de Young y Policlínicas de San Javier y Nuevo Berlín.

i) CIRCUNSCRIPCION SANITARIA Nº 9, que agrupará los Establecimientos siguientes: Centro Departamental de Durazno, Centro Auxiliar de Saran-

dí del Yí, Centro Auxiliar de Paso de los Toros (Dpto. de Tacuarembó) y Policlínicas de Blanquillos, Carmen, Melles, Chileno y sus derivadas (Colonia Rossell y Rius, Izcalla y Agüero), San Jorge y La Paloma.

j) CIRCUNSCRIPCION SANITARIA Nº 10, que agrupará los Establecimientos siguientes: Centro Departamental de Treinta y Tres, Centro Auxiliar de Batlle y Ordoñez (Dpto. de Lavalleja), Centro Auxiliar de Cerro Chato, Centro Auxiliar de Vergara, Centro Auxiliar de Río Branco, (Departamento de Cerro Largo) y Policlínicas de Zapicán (Dpto. de Lavalleja), José Pedro Varela (Dpto. de Lavalleja), Valentines, Santa Clara de Olimar y Cebollatí (Dpto. de Rocha).

k) CIRCUNSCRIPCION SANITARIA Nº 11, que agrupará los Establecimientos siguientes: Centro Departamental de Soriano (Mercedes, Hospital Regional del Litoral Sur), Centro Auxiliar de Cardona y Florencio Sánchez, Centro Auxiliar de Dolores y Policlínicas de Villa Soriano, Agraciada, José Enrique Rodó, Palmitas y su derivada Egaña.

l) CIRCUNSCRIPCION SANITARIA Nº 12, que agrupará los Establecimientos siguientes: Centro Departamental de Flores y Policlínica de Arroyo Grande.

m) CIRCUNSCRIPCION SANITARIA Nº 13, que agrupará los Establecimientos siguientes: Centro Departamental de Salud Pública de Florida, Centro Auxiliar de Sarandí, Puesto de Socorros de Fray Marcos y su derivada Bolívar (Dpto.de Canelones) y Policlínicas de 25 de Agosto, Cardal, Isla Mala, La Cruz y su derivada Pintado, Goñi, Polanco del Yí, Chamizo, Casupá y su derivada Reboledo, Cerro Colorado, Illescas y su derivada Las Chircas y Sauce del Yí.

n) CIRCUNSCRIPCION SANITARIA Nº 14, que agrupará los Establecimientos siguientes: Centro Departamental de Lavalleja (Minas), Centro Auxiliar de Aiguá (Dpto. de Maldonado), Centro Auxiliar de Pirarajá y Policlínicas de Solís de Mataojo y Mariscala.

o) CIRCUNSCRIPCION SANITARIA Nº 15, que agrupará los Establecimientos siguientes: Centro Departamental de Rocha, Centro Auxiliar de Castillos, Centro Auxiliar de Lazcano y Policlínicas de 19 de Abril, Chuy y su derivada La Coronilla, 18 de Julio, San Luis al Medio y Velázquez.

p) CIRCUNSCRIPCION SANITARIA Nº 16, que agrupará los Establecimientos siguientes: Centro Departamental de Colonia, Centro Auxiliar de Nueva Palmira, Centro Auxiliar de Carmelo, Centro Auxiliar de Rosario, Centro Auxiliar de Juan Lacaze y Policlínicas de Conchillas, La Paz y su derivada Colonia Valdense, Ombúes de Lavalle, Tarariras y su derivada La Estanzuela y Colonia Miguelete.

q) CIRCUNSCRIPCION SANITARIA Nº 17, que agrupará los Establecimientos siguientes: Centro Departamental de San José, Centro Auxiliar de Libertad, Centro Auxiliar de Nueva Helvecia (Dpto. de Colonia) y su Policlínica derivada Cufré (Dpto. de Colonia) y Policlínicas de Ecilda Paullier, Rodríguez y su derivada Capurro, Mal Abrigo y su derivada Estación González.-

r) CIRCUNSCRIPCION SANITARIA Nº 18, que agrupará los Establecimientos siguientes: Centro Departamental de Maldonado, Centro Auxiliar de Pan de Azúcar y Policlínicas de Garzón, La Sierra y Punta del Este.

s) CIRCUNSCRIPCION SANITARIA Nº 19 , que agrupará los Establecimientos siguientes: Centro Depar-

tamental de Canelones, Maternidad de Santa Lucía, Centro Auxiliar de San Ramón, Centro Auxiliar de Tala, Centro Auxiliar de Pando y las Policlínicas de Cerrillos, La Paz y su derivada Abayubá, Las piedras y su derivada Progreso Empalme Olmos y su derivada Suárez, Tapia y su derivada La Pedrera, Estación Montes, Soca y su derivada La Floresta, Sauce, San Jacinto, Miguez, Santa Rosa, San Bautista y San Antonio.

ART. 6º.- La Jefatura de la Circunscripción Sanitaria Nº 1 quedará a cargo de las Divisiones Asistencia, Higiene, Técnica y Administración, en base a las funciones que les encomienda la Ordenanza Nº 169 de 20 de diciembre de 1936. Las mencionadas Divisiones mantendrán asimismo, la rectoría con respecto a las demás Circunscripciones Sanitarias.

ART. 7º.- Los Centros Auxiliares, la Maternidad de Santa Lucía y el Puesto de Socorros de Fray Marcos, actuarán en sus respectivas Circunscripciones, en función de Distritos Sanitarios.

ART. 8º.- Los servicios asistenciales que pudieran crearse serán incorporados por Decreto Ministerial a la Circunscripción Sanitaria que corresponda y funcionarán de acuerdo a lo dispuesto en la presente reglamentación.

ART. 9º.- Los establecimientos continuarán atendiendo sus respectivas zonas de influencia actuales.

FUNCIONES TECNICO-ADMINISTRATIVAS DE LOS JEFES DE CIRCUNSCRIPCION SANITARIA Y DE LOS JEFES DE DISTRITO SANITARIO.-

ART. 10º- Corresponde a los Jefes de Circunscripción Sanitaria y de Distrito Sanitario del Ministerio de Salud Pública:

a) Ejercer la superintendencia administrativa de todas las dependencias de la formación sanitaria a su cargo, de cuyo regular funcionamiento son directamente responsables.

b) Vigilar el funcionamiento de todos los servicios técnicos, velando porque sean cumplidos todos los reglamentos y ordenanzas que los rigen.

c) Exigir de todos los empleados técnicos y administrativos el estricto cumplimiento de las obligaciones impuestas por los reglamentos para el desempeño de sus respectivos cargos.

d) Autorizar los pedidos de suministros y demás gastos ordinarios, los que deberán ser formulados, de acuerdo con las instrucciones recibidas de las oficinas respectivas del Ministerio de Salud Pública y con estricta sujeción a los presupuestos autorizados.

e) Cuidar que las sumas autorizadas por el Presupuesto de Gastos sólo sean aplicadas a llenar las necesidades reales del Establecimiento, a fin de que la buena administración y una bien entendida economía, permiten mejorar paulatinamente los servicios.

f) Visar los presupuestos de empleados y gastos que mensualmente habrá de elevar a la Contaduría.

g) Elevar informados al Ministerio de Salud Pública, los pedidos de útiles, instrumentos, aparatos, etc., que formulen los médicos y no puedan ser atendidos en carácter de suministros corrientes.

h) Organizar el servicio de guardias de entrada, en las salas, en las Policlínicas y en las farmacias.

i) Ordenar se evacúen por los médicos los informes pedidos por las autoridades y elevarlos a quien corresponda.

j) Efectuar el reconocimiento médico y expedir los certificados correspondientes en los casos siguientes: a los funcionarios de la Administración Central, Entes Autónomos y Servicios Descentralizados, a las personas desocupadas que solicit n terrenos para colonizar, cuyo pedido sea formulado por la autoridad respectiva; los certificados para trámites de pensiones o de invalidez y certificados de edad para ingreso a los Institutos Normales.

k) Asumir enteramente la representación de la Circunscripción o del Distrito que dirijan, en las relaciones con los proveedores, en los informes que con respecto a los hospitalizados soliciten las autoridades, corporaciones o particulares y los pases de enfermos a otros establecimientos.

l) Elevar, debidamente informados, al Ministerio de Salud Pública, los pedidos, reclamos, quejas o indicaciones del personal técnico y funcionarios administrativos, tendientes a mejorar la organización de los servicios.

m) Elevar anualmente al Ministerio de Salud Pública una memoria detallada de la marcha de la formación sanitaria a su cargo, indicando las reformas o mejoras que, a su juicio, convenga realizar para el mejor funcionamiento de todos los servicios.

n) Controlar las recaudaciones que por cualquier concepto se realicen en los distintos servicios, disponiendo su depósito en la cuenta "Tesoro Nacional", dentro de las 24 horas subsiguientes, sin admitir dilación alguna, de todo lo cual vigilará se efectúe la correspondiente escrituración de acuerdo con las normas dictadas.

o) Otorgar licencias a los empleados del Centro a su cargo, de acuerdo con las disposiciones vigentes.

p) Concurrir diariamente de mañana y de tarde al Centro a su cargo y permanecer en él cuanto tiempo sea necesario para el cumplimiento de su cometido. Deberá tener domicilio en la proximidad del Establecimiento, a fin de facilitar su concurrencia cuando así lo requieran circunstancias graves o imprevistas.

q) Realizar visitas periódicas de inspección a los servicios de asistencia, higiene y profilaxis establecidos en sus respectivas jurisdicciones.

r) Elevar el Inventario General anualmente en las fechas que se han establecido.

ART. 11º.- Asumirán las funciones relacionadas con la higiene y asistencia que se establecen a continuación:

a) Cumplir y hacer cumplir todas las disposiciones sobre higiene y policía sanitaria, que se hayan dictado hasta el presente y las que se dicten en el futuro, por las autoridades competentes.

b) Vigilar el ejercicio de las profesiones de médicos, cirujanos, farmaceúticos, odontólogos, parteras, etc., dando cuenta de las infracciones que se cometieran.

c) Informar en los proyectos, en las propuestas y en los pedidos de concesión de obras de saneamiento, escuelas, hospitales, cementerios, mercados y demás obras y establecimientos públicos que requieran condiciones higiénicas especiales para cada uno de ellos, teniendo en cuenta las necesidades locales del presente y del futuro.

d) Trasmitir los datos sobre enfermedades infecto-contagiosas, cuya denuncia es obligatoria, sin perjuicio de comunicar de inmediato la aparición del primer caso de infecto-contagioso.

e) Informar, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso m) del artículo 10º y siempre que le sea solicitado, sobre las condiciones sanitarias de la Circunscripción (Capital, pueblo, centro de población, secciones rurales) indicando las causas de insalubridad y proponiendo las medidas que juzgue necesarias para remediarlas.

f) Proponer las mejoras en materia de obras de saneamiento o indicar la necesidad de implantarlas, acompañando los documentos, antecedentes, estadísticas, etc., que sean pertinentes al caso.

g) Velar por las buenas condiciones de las aguas de consumo y abrevadero en las cuestiones que a ellas se refieren.

h) Propender al mejoramiento de las habitaciones rurales, indicando las mejoras que conceptúe convenientes introducir, tanto en las construcciones principales como en sus dependencias y censar y clasificar los rancheríos ins talados en la zona de influencia de la Circunscripción.

i) Propender a la propagación de la vacuna siguiendo las instrucciones de las oficinas respectivas del Ministerio de Salud Pública, recomendando a las poblaciones la adopación de este medio preventivo e indicando, cuando lo juzgue necesario, los pueblos, villas o secciones rurales que reclaman su aplicación, dando cuenta mensualmente de los resultados obtenidos.

j) Atender en la Circunscripción Sanitaria o en el distrito a su cargo, la profilaxis de las enfermedades venéreo-sifilíticas, de acuerdo con las reglamentaciones que rigen en la materia y formar las Estadísticas de la Prostitución, con los comentarios que se desprenden del estudio de las mismas y enfermedades que ocasionan.

k) Tener bajo su jurisdicción las estaciones sanitarias que se establezcan o estén establecidas.

l) Desempeñar funciones de Médico de Sanidad Marítima, en las localidades dónde haya puertos.

m) Vigilar el estado sanitario de sus respectivos jurisdicciones, dando cuenta en los casos de epidemia en que considere necesaria la clausura de escuelas a los efectos que hubiere lugar.

n) Elevar anualmente una memoria detallada sobre el estado sanitario de la población de la Circunscripción y sus respectivos Distritos, sin perjuicio de los informes que periódicamente deberán enviar a la División Higiene.

o) Inspeccionar las farmacias locales, a los efectos de determinar si se cumplen las disposiciones relativas a las recetas de alcaloides turnos, etc.-

p) Inspeccionar los botiquines que, de acuerdo a las Ordenanzas respectivas, deben hallarse instalados en los lugares donde se realicen espectáculos públicos.

q) Vigilar el expendio de sustancias tóxicas en las casas de comercio.

r) Propender al mejor funcionamiento de los servicios obstétricos en su jurisdicción.

s) Evacuar los informes sobre sanidad escolar, que soliciten las Inspecciones Departamentales de Instrucción Primaria.

t) Fomentar una colaboración armónica con las Instituciones Públicas, facilitando su acción recíproca.

ART. 12º.- Corresponde asimismo a los Jefes de Circunscripción Sanitaria y de Distrito Sanitario, presidir las Comisiones Auxiliares de Salud Pública, cuya constitución deberán propiciar, haciendo resaltar la importancia que revisten estos cargos en la educación higiénica y sanitaria del pueblo, sobre cuya propaganda deberán insistir tenazmente difundiendo los preceptos higiénicos como base de la salud pública.

ART. 13º.- Siendo los cargos de Jefe de Circunscripción Sanitaria y de Distrito Sanitario, de carácter técnico-administrativo, estos funcionarios, para ejercer la medicina y cirugía en el Establecimiento, se regirán por las disposiciones vigentes, debiendo en todos los casos someter a consideración del Ministerio los servicios que atenderán personalmente dentro de los mismos, para lo cual serán especialmente autorizados.

ART. 14º.- Será considerada presunción de ineptitud para el desempeño de los cargos, la provocación o el mantenimiento de conflictos o disidencias personales que redunden en perjuicio del funcionamiento de los servicios.

DE LOS HOSPITALES REGIONALES.

ART. 15º.- Corresponde a los Hospitales Regionales el tratamiento médico-quirúrgico especializado de los enfermos que remitan las Jefaturas de Circunscripción de la Región Sanitaria que se les encomienda a los Establecimientos radicados dentro de su propia Circunscripción.

ART. 16º.- A los efectos de la aplicación del artículo 15º, se establecen las regiones sanitarias siguientes:

a) Hospitales Nacionales a cargo de la Circunscripción Sanitaria Nº 1, hacia cuyos establecimientos e Institutos especializados se canalizarán los pacientes desde las Circunscripciones Sanitarias Nros. 13, 14, 15, 18, 19, y directamente desde los distritos Nº 2 (Centro Auxiliar de Pando); Nº 3 (Centro Auxiliar de San Ramón), y Nº 5 (Centro Auxiliar de Tala), de la Circunscripción Sanitaria Nº 19. Y asimismo, de los Hospitales Regionales y de la Circunscripción Sanitaria Nº 7, cuando a juicio de sus respectivos jefes, proceda el tratamiento en los Hospitales Nacionales.

b) Hospital Regional del Litoral Norte, a cargo de la Circunscripción Sanitaria Nº 3, hacia el cual se canalizarán los pacientes de la Circunscripción Sanitaria Nº 2.

c) Hospital Regional del Litoral Sur, a cargo de la Circunscripción Sanitaria Nº 11, hacia el cual se canalizarán los pacientes de la Circunscripción Sanitaria Nº 8.

d) Hospital Regional del Norte, a cargo de la Circunscripción Sanitaria Nº 5, hacia el cual se canalizarán los pacientes de la Circunscripción Sanitaria Nº 4.

e) Hospital Regional del Sur, a cargo de la Circunscripción Sanitaria Nº 17, hacia el cual se canalizarán los pacientes de la Circunscripción Sanitaria Nº 16.

f) Hospital Regional del Este, a cargo de la Circunscripción Sanitaria Nº 10, hacia el cual se se canalizarán los pacientes de la Circunscripción Sanitaria Nº 12.

ART. 17º.- Los hospitales regionales procederán asimismo a desplazar sus técnicos profesionales, personal especializado y auxiliar de enfermería, hacia las Circunscripciones que integran la Regional en toda ocasión en que la extensión de brotes epidémicos o hechos o accidentes de proporciones inusitadas, así lo aconsejen, dando cuenta de inmediato de las medidas adoptadas a la División Higiene o a la División Asistencia, según corresponda.

ART. 18º.- Se establece que el Distrito Nº 2 (Centro Auxiliar de Sarandí del Yí) dependiente de la Circunscripción Sanitaria Nº 9, enviará los enfermos para hospitalización y/o tratamiento médico-quirúrgico especializado a la Circunscripción Sanitaria Nº 13 y el Distrito Nº 3 (Puesto de Socorros de Fray Marcos) dependiente de la Circunscripción Sanitaria Nº 13, hospitalizará los pacientes en el Distrito Nº 3 (Centro Auxiliar de San Ramón) de la Circunscripción Sanitaria Nº 19.

DEL TRANSITO ASISTENCIAL.

ART. 19º.- Con las excepciones previstas en el inciso a) del artículo 16 y en el artículo 22, queda prohibida la remisión de pacientes a los Hospitales Nacionales.

ART. 20º.- Los Hospitales Regionales mencionados en los incisos b), c), d), e), f), g) del artículo 16, podrán enviar enfermos a los Hospitales Nacionales previa autorización de la División Asistencia, salvo en los casos en que la urgencia se imponga, en los cuales procederán a remitirlos, dando cuenta posteriormente. Cuando se trate de bacilares, consultarán a la Dirección del Servicio de Asistencia y Preservación Antituberculosa.

ART. 21º.- Los Hospitales Nacionales y Establecimientos ubicados en la Circunscripción Sanitaria Nº 1, no podrán desplazar sus pacientes hacia las demás

Circunscripciones Sanitarias, sin la expresa autorización de la División Asistencia, salvo en los casos en que se trate del retorno de un enfermo ya tratado a su lugar de origen.

ART. 22º.- Se autoriza a los Establecimientos, sin excepciones, para remitir directamente al Hospital Vilardebó (Hospital Nacional) a los pacientes que requieran asistencia psiquiátrica, dando cuenta a la División Asistencia .

ART. 23º.- Con treinta días de antelación a la implantación de la presente reglamentación, cada Jefe de Circunscripción Sanitaria procederá a organizar una reunión a la que deberán concurrir obligatoriamente todos los Jefes de Servicios de los Establecimientos instalados en la Circunscripción a su cargo (Distritos y Policlínicas) en la cual se acordará el stock de medicamentos que se facilitará a cada Policlínica Rural y se planeará la iniciación de las actividades de la Circunscripción, adoptándose las medidas pertinentes para la aplicación de la presente reglamentación, incluso la fijación de las zonas sanitarias que quedarán a cargo de las Jefaturas de Distrito. Posteriormente, los Jefes de Circunscripción provocarán semestralmente una reunión con los Jefes de Distrito, con el fin de mantener la coordinación entre los distintos servicios.

DE LOS SUMINISTROS.

ART. 24º.- La División Administración, por intermedio del Departamento de Suministros y la División Asistencia, por intermedio de la Inspección General de Hospitales, procederán a la planificación del sistema de abastecimientos a los servicios asistenciales.

DEL REGIMEN ASISTENCIAL.

ART. 25º.- El Médico Jefe de Policlínica Rural, elevará a la Jefatura de Circunscripción Sanitaria o al Distrito Sanitario que corresponda, las declaraciones juradas que obtenga para la solicitud de asistencia gratuita o arancelada de las personas radicadas en la zona de influencia de la Policlínica a su cargo, debidamente informadas y documentadas. Las Jefaturas de Circunscripción Sanitaria o Distrito Sanitario, están obligadas a tramitar y despachar dentro de 15 días subsiguientes a la recepción de las declaraciones juradas procedentes de las Policlínicas rurales de su jurisdicción, las libretas de Carnet de Asistencia a las personas que hayan justificado sus derechos, de acuerdo a las normas vigentes, debiendo rechazar con informe fundamentado las que no corresponda atender.

DE LAS RECAUDACIONES.

ART. 26º.- Cuando corresponda el cobro de asistencia prestada en la Policlínica rural, el Médico Jefe lo comunicará en cada caso particular con todos los datos inherentes a la Jefatura de Circunscripción o al distrito donde se tramita la aplicación del régimen de asistencia (Art. 25º) a los efectos de que proceda a efectuar la recaudación pertinente.

DE LOS VALORES INTERVENIDOS.

ART. 27º.- A partir de la fecha de vigencia del presente reglamento, las policlínicas rurales procederán a la devolución de los valores intervenidos que se les haya confiado a la Contaduría General de la Nación.

ART. 28º.- A partir del 1º de enero de 1955, la División Administración procederá a la distribución y contralor de los valores intervenidos que utilizarán las dependencias del Ministerio de Salud Pública, debiendo al efecto ponerse en contacto con la Contaduría General de la Nación (Sección Valores) y establecer el procedimiento de entrega documentada a los establecimientos y su devolución anual.

FEDERICO GARCIA CAPURRO

(Asunto Nº 5670/1)

REPUBLICA O. DEL URUGUAY

Ministerio de Salud Pública

O R D E N A N Z A Nº 382

Montevideo, setiembre 8 de 1954

TRANSITO ASISTENCIAL EN LAS CIRCUNSCRIPCIONES SANITARIAS.

CIRCUNSCRIPCION 2

Puesto de Socorro de Tomás Gomensoro: Internará sus pacientes en el Distrito Centro Auxiliar de Bella Unión.

Policlínica de Isla Cabellos: Internará sus pacientes en el Centro Departamental de Artigas.

Distrito Centro Auxiliar de Bella Unión: Derivará la asistencia médico-quirúrgica especializada hacia el Centro Departamental de Artigas.

Centro Departamental de Artigas: canalizará la asistencia médico-quirúrgica especializada hacia el Hospital Regional del Litoral Norte (Centro Departamental de Salto - Circunscripción 3).

CIRCUNSCRIPCION 3

Las Policlínicas de Belén, Constitución, Colonia Lavalleja, Guaviyú de Arapey, Mataojo y Vera, internan sus pacientes en el Hospital Regional del Litoral Norte (Centro Departamental de Salto - Circunscripción 3).

El tránsito asistencial desde este Hospital Regional hacia los hospitales nacionales se regulará en la forma establecida en el Reglamento.

CIRCUNSCRIPCION 4

Las Policlínicas de Tranqueras, Paso La Puente y Moirones internarán sus pacientes en el Centro Dptal. de Rivera.

Centro Departamental de Rivera: Canalizará la asistencia médico-quirúrgica especializada hacia el Hospital Regional del Norte (Centro Departamental de Tacuarembó - Circunscripción 5).

CIRCUNSCRIPCION 5

Las Policlínicas de Achar, Caraguatá, Curtina, Paso del Borracho, Paso del Cerro, Piedra Sola, Tambores y su derivada Valle Edén, internarán sus pacientes en el Hospital Regional del Norte (Centro Departamental de Tacuarembó - Circunscripción 5).

Los Distritos, Centro Auxiliar de Minas de Corrales (Rivera) y Centro Auxiliar de San Gregorio de Polanco, derivarán la asistencia médico-quirúrgica especializada hacia el Hospital Regional del Norte (Centro Departamental de Tacuarembó - Circunscripción 5).

El tránsito asistencial desde este hospital regional hacia los hospitales nacionales se regulará en la forma establecida en el Reglamento.

CIRCUNSCRIPCION 6

Las Policlínicas de Vichadero(Rivera), Acegúá, Fraile Muerto y Tupambaé, internarán sus pacientes en el Centro Departamental de Cerro Largo.

Centro Departamental de Cerro Largo: Circunscripción 6: Canalizará la asistencia médico-quirúrgica especializada hacia el Hospital Regional del Este (Centro Departamental de Treinta y Tres - Circunscripción 10).

CIRCUNSCRIPCION 7

Las Policlínicas de Algorta(Río Negro)y sus derivadas General Borges (Río Negro) y Piedras Coloradas, Merinos y sus

derivadas Tres Arboles y Serandí de Cuchilla de Navarro (Río Negro), Porvenir, Piñera y su derivada Paso de los Mellizos (Río Negro), Quebracho y Paso de los Carros de Buricayupí internarán sus pacientes en el Hospital Escuela del Litoral (Centro Departamental de Paysandú - Circunscripción 7).

El Centro Auxiliar de Guichón(Distrito),deriva la asistencia médico-quirúrgica especializada hacia el Centro Departamental de Paysandú, pudiendo la Dirección de la Circunscripción disponer la internación de pacientes procedentes de las Policlínicas ubicadas en la zona de influencia en dicho Distrito en el instante en que juzgue que se encuentra habilitado para tratarlos.

El tránsito asistencial desde el Hospital Escuela del Litoral hacia los hospitales nacionales se regulará en la forma prevista en el Reglamento.

CIRCUNSCRIPCION 8

Las Policlínicas de San Javier y Nuevo Berlín internarán sus pacientes en el Centro Departamental de Río Negro.

El Centro Auxiliar de Young, derivará la asistencia médico-quirúrgica especializada hacia el Centro Departamental de Río Negro (Circunscripción 8).

El Centro Departamental de Río Negro canalizará la asistencia médico-quirúrgica especializada hacia el Hospital Regional del Litoral Sur (Centro Departamental de Soriano - Circunscripción 11).

CIRCUNSCRIPCION 9

Las Policlínicas de Carmen,Molles y San Jorge internarán sus pacientes en el Hospital Regional del Centro (Centro Departamental de Durazno - Circunscripción 9).

Las Policlínicas de Blanquillos, La Paloma, Chileno y sus derivadas Rossell y Rius, Izcalla y Agüero, internarán sus pacientes en el Distrito Centro Auxiliar de Sarandí del Yí y este canalizará la asistencia médico-quirúrgica especializada directamente hacia la Circunscripción 13 (Centro Departamental de Florida).

El Centro Auxiliar de Paso de los Toros (Distrito) derivará la asistencia médico-quirúrgica especializada hacia el Hospital Regional del Norte (Centro Departamental de Durazno - Circunscripción 9).

El tránsito asistencia desde el Hospital Regional del Centro hacia los hospitales nacionales se regulará en la forma prevista en el Reglamento.

CIRCUNSCRIPCION 10

Las Policlínicas de Valentines y Santa Clara de Olimar, internarán sus pacientes en el Centro Auxiliar de Cerro Chato (Distrito).

La Policlínica de Zapicán internará sus pacientes en el Centro Auxiliar de José Batlle y Ordoñez - Distrito(Lavalleja).

Las Policlínicas de Cebollatí (Rocha), José Pedro Varela (Lavalleja) y el Centro Auxiliar de Vergara internarán sus pacientes en el Hospital Regional del Este (Centro Departamental de Treinta y Tres - Circunscripción 10)

Los Centros Auxiliares (Distritos) de Cerro Chato, José Batlle y Ordóñez (Lavalleja) y Río Branco (Cerro Largo), derivarán la asistencia médico-quirúrgica especializada hacia el Hospital Regional del Este(Centro Departamental de Treinta y Tres - Circunscripción 10).

El tránsito asistencial desde este hospital regional hacia los hospitales nacionales se regulará en la forma establecida en el reglamento.

CIRCUNSCRIPCION 11

Las Policlínicas de Palmitas y su derivada Egaña, y de Villa Soriano internarán sus pacientes en el Hospital Regional del Litoral Sur (Centro Departamental de Soriano - Circunscripción 11).

La Policlínica de Agraciada internará sus pacientes en el Distrito Centro Auxiliar de Dolores.

Las Policlínicas de José Enrique Rodó y Colonia Miguelete (Colonia), internarán sus pacientes en el Distrito Centro Auxiliar de Cardona.

Los Distritos, Centros Auxiliares de Cardona y de Dolores, derivarán la asistencia médico-quirúrgica especializada hacia el Hospital Regional del Litoral Sur (Centro Departamental de Soriano - Circunscripción 11).

El tránsito asistencial desde este hospital regional hacia los hospitales nacionales se regulará en la forma establecida en el Reglamento.

CIRCUNSCRIPCION 12

La Policlínica de Arroyo Grande, internará sus pacientes en el Centro Departamental de Flores (Circunscripción 12).

El Centro Departamental de Flores canalizará la asistencia médico-quirúrgica especializada hacia el Hospital Regional del Centro (Centro Departamental de Durazno - Circunscripción 9).

CIRCUNSCRIPCION 13

Las Policlínicas de Isla Mala, 25 de Agosto, Cardal, La Cruz y su derivada Pintado internarán sus pacientes en el Centro Departamental de Florida (Circunscripción 13).

Las Policlínicas de Goñi y Polanco del Yí, internarán sus pacientes en el Distrito-Centro Auxiliar de Sarandí.

El Distrito, Puesto de Socorros de Fray Marcos y su policlínica derivada Bolívar (Canelones), y las Policlínicas de Casupá y su derivada Reboledo, Chamizo, Cerro Colorado, Illescas y su derivada Las Chircas, internarán sus pacientes en el Distrito Centro Auxiliar de San Ramón (Circunscripción 19).

La Policlínica de Sauce del Yí internará sus pacientes en el Distrito Centro Auxiliar de Sarandí del Yí.

Los Centros Auxiliares de Sarandí y Sarandí del Yí (Circunscripción 9), derivarán la Asistencia médico-quirúrgica especializada hacia el Centro Departamental de Florida - Circunscripción 13).

CIRCUNSCRIPCION 14

La Policlínica de Solís de Mataojo internará sus pacientes en el Centro Departamental de Lavalleja - Circunscripción 14.

La Policlínica de Mariscala internará sus pacientes en el Distrito Centro Auxiliar de Aiguá (Maldonado).

Los Centros Auxiliares de Aiguá y Pirarajá derivarán la asistencia médico-quirúrgica especializada hacia el Centro Departamental de Lavalleja.

CIRCUNSCRIPCION 15

Las Policlínicas de Velázquez y 19 de Abril internarán sus pacientes en el Centro Departamental de Rocha - Circunscripción 15).

La Policlínica de San Luis al Medio internará sus pacientes en el Centro Auxiliar de Lascano (Distrito).

Las Policlínicas de Chuy y su derivada Coronilla, y 18 de Julio internarán sus pacientes en el Distrito Centro Auxiliar de Castillos.

Los Distritos, Centros Auxiliares de Castillos y de Lascano derivarán la asistencia médico-quirúrgica especializada hacia el Centro Departamental de Rocha.

CIRCUNSCRIPCION 16

Las Policlínicas de Tarariras y su derivada Semillero La Estanzuela, Ombúes de Lavalle, internarán sus pacientes en el Centro Departamental de Colonia - Circunscripción 16.

La Policlínica de Conchillas internará sus pacientes en el Distrito Centro Auxiliar de Carmelo.

La Policlínica de La Paz y su derivada Colonia Valdense, internarán sus pacientes en el Distrito Centro Auxiliar de Rosario.

Los Distritos, Centros Auxiliares de Rosario, Carmelo, Juan Lacaze y Nueva Palmira, derivarán la asistencia médico-quirúrgica especializada al Centro Departamental de Colonia - Circunscripción 16.

CIRCUNSCRIPCION 17

La Policlínica derivada Cufré (Colonia) internará sus pacientes en el Distrito Centro Auxiliar de Nueva Helvecia. Las Policlínicas de Ecilda Paullier, Rodríguez y su derivada Capurro, Mal Abrigo y su derivada Estación González, internarán sus pacientes en el Hospital Regional del Sur (Centro Departamental de San José - Circunscripción 17).

Los Distritos, Centros Auxiliares de Libertad y de Nueva Helvecia, derivarán la asistencia médico-quirúrgica especializada al Hospital Regional del Sur.

El tránsito asistencial desde este hospital regional hacia los hospitales nacionales se regulará en la forma establecida en el reglamento.

CIRCUNSCRIPCION 18

La Policlínica de La Sierra internará sus pacientes en el Distrito Centro Auxiliar de Pan de Azúcar.

El Centro Departamental de Maldonado(Circunscripción 18) y las Policlínicas de Punta del Este y de Garzón internarán sus pacientes en el Centro Auxiliar de San Carlos (Hospital Departamental)

El Centro Auxiliar de Pan de Azúcar derivará la asistencia médico-quirúrgica especializada hacia el Hospital Departamental (Centro Auxiliar de San Carlos).

En esta circunscripción se regulará el tránsito asistencial hacia los Hospitales Naciones desde el Centro Auxiliar de San Carlos, con intervención del Jefe de la Circunscripción (Director del Centro Departamental de Maldonado).

CIRCUNSCRIPCION 19

Las Policlínicas de La Paz y su derivada Abayubá,Las Piedras y su derivada Progreso, Cerrillos y San Antonio, internarán sus pacientes en el Centro Departamental de Canelones (Circunscripción 19).

Las Policlínicas de San Bautista y Santa Rosa internarán sus pacientes en el Distrito Centro Auxiliar de San Ramón. Las Policlínicas de San Jacinto, Monte y Miguez internarán sus pacientes en el Distrito Centro Auxiliar de Tala.

Las Policlínicas de Tapia y su derivada La Pedrera, Soca y su derivada La Floresta,Atlántida,Empalme Olmos y su derivada Suárez, internarán sus pacientes en el Centro Auxiliar de Pando.

El Distrito Maternidad de Santa Lucía, derivará la asistencia médico-quirúrgica especializada hacia el Centro Departamental de Canelones.

Los Distritos, Centros Auxiliares de Pando, San Ramón y Tala, canalizarán la asistencia médico-quirúrgica especializada hacia los hospitales nacionales ubicados en la Circunscripción 1, en la forma prevista en el Reglamento.

FEDERICO GARCIA CAPURRO

(Asunto Nº 5670/1 A.)

EDICIONES
ITU
F. DE A.