

Salud Familiar en las Américas

Medwave 2013 Ene/Feb;13(1):e5615 doi: 10.5867/medwave.2013.01.5615

Orígenes y posibilidades de desarrollo de la medicina familiar y comunitaria en Uruguay

Origins and possibilities of development of family and community medicine in Uruguay

Autora: Jacqueline Ponzó⁽¹⁾

Filiación: ⁽¹⁾Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria; Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay

E-mail: ponzo4@gmail.com

Citación: Ponzó J. Origins and possibilities of development of family and community medicine in Uruguay. *Medwave* 2013 Ene/Feb;13(1):e5615 doi: 10.5867/medwave.2013.01.5615

Fecha de envío: 23/10/2012

Fecha de aceptación: 12/12/2012

Fecha de publicación: 1/1/2013

Origen: solicitado

Tipo de revisión: con revisión externa por 1 revisor, a doble ciego

Palabras clave: family medicine, primary care, Uruguay

Resumen

La Medicina Familiar y Comunitaria (MFYC) reconoce en el Uruguay dos referentes históricos que, en el contexto de la lucha antidictatorial, moldearon una medicina próxima a la gente y cargada de contenido científico. El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), aprobado en 2007, se basa en el primer nivel de atención y tiene sintonía con la reforma curricular de la carrera de medicina reorientada hacia las personas y los estudiantes. La residencia de MFYC existe desde 1997 y presenta un incremento acelerado pero aún insuficiente para las necesidades del modelo que propone el SNIS. El reperfilamiento de médicos del primer nivel no se ha establecido como política. Desde 2010 funcionan en el subsector público las Unidades Docente Asistenciales (UDAs) que favorecen la presencia de equipos docentes en el territorio para potenciar los servicios de salud y desarrollar docencia e investigación en el primer nivel de atención. La consolidación en 2011 de la nueva Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria es una expresión del fortalecimiento y desarrollo que transita en Uruguay la MFYC que, no obstante, no deja de estar cargado de dificultades.

Abstract

Family and community medicine (FCM) in Uruguay recognizes two historical references that, in the context of the struggle against the dictatorship, spawned a people-oriented and scientifically-driven medicine. The Integrated National Health System (SNIS), created in 2007, is based on primary care and is consistent with curriculum reform undertaken in the medical career, which was reoriented towards people and students. The FCM residency was established in 1997 and has had a rapid expansion but is still insufficient for the needs of the model proposed by the NHIS. The policy to reprofile doctors' role in the primary care level has not occurred. Since 2010, the Teaching and Clinical Care Units were set up in the public subsector in order to potentiate health services and to conduct research and teaching in primary care. In 2011, the Uruguayan Family and Community Society was created as an expression of the strengthening and growth of family medicine in the country. Notwithstanding, the road is still fraught with difficulties.

Raíces

Muchas son las confluencias que ubican a la medicina familiar y comunitaria (MFYC) de Uruguay, en el lugar que hoy tiene, seguramente sin algunas de ellas todo sería menor.

Juan Carlos Macedo (1943-2002) y Hugo Dibarboure Icasuriaga (1929) son dos referentes ineludibles¹. Fraguada en la lucha antidictatorial, su medicina fue,

entre otras cosas, resistencia. Mientras Hugo debió exiliarse desde su Florida natal, Juan Carlos optó por el insilio. Destituído de su cátedra de fisiología en la facultad de medicina intervenida por la dictadura militar, se radicó en Mígues, departamento de Canelones, donde participaba en una práctica del primer nivel de atención, el Grupo Médico Mígues. Allí dejó su impronta marcada por el trabajo colectivo; puerta abierta las 24 horas, los 365 días; la investigación como forma de mantener el espíritu y la mente alertas en medio de la rutina en la que puede devenir la cotidianeidad de la medicina alejada de los grandes centros de diagnóstico y enseñanza. "La práctica médica general en el punto crítico del primer contacto como área de investigación" era la frase que presidía el cuarto médico² y se tradujo en producción científica publicada en tiempos que este hecho era excepcional desde el primer nivel de atención^{3,4,5}.

Dice Dibarbouré: "En mi visión de los problemas de salud, fue decisiva la experiencia de Capilla del Sauce, marco referencial de lo demás. Todo lo que sé lo aprendí en ese pueblo... Debí decodificar lo que había aprendido hasta entonces y recodificarlo según el código de aquellas gentes. La recodificación me resultó tan cómoda, tan ajustada a mis necesidades y apetencias, que sigue viajando conmigo"⁶.

Circunstancias

Con el fin de la dictadura en Uruguay y otros países de Latinoamérica se multiplicaron los recetarios para "el desarrollo" asociados a préstamos internacionales. En ese contexto el Ministerio de Salud Pública (MSP) crea el cargo de médico de familia en el primer nivel de atención de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)⁷. Referentes internacionales de la MFYC contratados por el MSP dictaron los cursos iniciales de varias semanas de duración. El número de cargos creció en forma progresiva pero acotada y no alcanzó a dar cobertura a la totalidad de la población usuaria de ASSE. Aquellos médicos de familia estaban concentrados en Montevideo y sus áreas más pobres. Carecían de espacio y reconocimiento académico en el ámbito universitario (en Uruguay sólo éstas entidades titulan y certifican especialidades). Algunos médicos de familia de esa etapa continúan su labor y son referentes de colegas y comunidades, otros volvieron a sus tareas como especialistas focales que habían relegado en favor de un salario atractivo.

Paralelamente, la recuperación de las libertades y las instituciones democráticas permitió a la ciudadanía retomar el cogobierno en la Universidad de la República, se activó el Sindicato Médico del Uruguay, el gobierno mismo, se reanudó la esperanza a pesar de la pobreza y se abrieron las oportunidades de pensar colectivamente desde esos lugares un sistema de salud único, nacional, accesible. La VIII Convención Médica Nacional realizada en el año 2004 sintetizó la elaboración acumulada antes y después de la dictadura en ámbitos participativos y su resultado fue la base fundamental del nuevo sistema de salud⁸.

El Sistema Nacional Integrado de Salud: avances y contradicciones

La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se establece en la Ley 18.211 (5 de diciembre del año 2007) durante el primer gobierno del Frente Amplio. Se estructura en tres ejes de cambio: el modelo de financiación, el modelo de gestión y el modelo de atención. En su artículo 34 la Ley dice: "Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención"⁹. Hasta 2010 el énfasis estuvo en la financiación y la gestión. A partir de 2010 y con el segundo gobierno frenteamplista comienza la profundización del cambio de modelo de atención. Algunos hechos que fundamentan esta afirmación: en ASSE se produce la creación de la Dirección Nacional del Primer Nivel lo cual da autonomía financiera respecto al segundo y tercer nivel al instituir unidades ejecutoras en todo el país. Los antiguos cargos de medicina familiar se integraron a la estructura presupuestal, se convocó a concurso para nuevos cargos específicos de MFYC y se llevó la remuneración al escalafón de especialista. Se establecieron metas asistenciales tendientes a promover las acciones preventivas del sistema de salud y favorecer el vínculo de la población con el sistema a través de un médico de referencia¹⁰. En las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), donde el primer nivel de atención ha sido históricamente deficitario, el cambio de modelo de atención se procesa con peligrosa lentitud y la presencia de la MFYC se limita a muy pocas instituciones donde, no obstante, continúa predominando el modelo de atención fragmentado basado en la especialización. De modo que lo dicho por Juan Carlos Macedo en el año 1980 no deja de tener vigencia en el Uruguay del SNIS. "Uno de los hechos más notables en la organización de nuestro sistema asistencial es la inexistencia en esta estructura de un nivel primario suficientemente desarrollado. Nivel primario que cumpla los requisitos básicos, entre otros, de la accesibilidad fácil, de la universalidad (en cuanto a pacientes y problemas), y de la continuidad en la atención. Esta ausencia constituye, sin duda, uno de los motivos que más perturba, confunde y encarece su funcionamiento"¹¹.

La institucionalización de la formación y el marco académico

En julio del año 1996 causó sorpresa la edición de un diario de domingo que publicó la convocatoria a cuatro cargos de residencia para medicina familiar. Del punto de vista de la formación, este hecho es uno de los más significativos por la irreversibilidad de sucesos que desencadenó. Entonces existían 129 médicos en cargos de medicina familiar en ASSE y ningún especialista titulado en el país. A partir de esta apertura, la Facultad de Medicina retoma la discusión sobre la pertinencia de la "nueva" especialidad que finalmente es aprobada en el año 2000 por la Escuela de Graduados con la denominación de Medicina Familiar y Comunitaria. En el proceso que llevó a este reconocimiento ocurrió la transformación del Programa de Docencia en Comunidad

en Departamento (1998), primer paso hacia el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina al cual se arriba con esta denominación y un cuerpo docente específico en el año 2007¹². Desde hace varios años la residencia de MFYC es una de las tres especialidades con mayor número de plazas concursables (junto a medicina interna y pediatría). Desde el año 2009 los cargos ofrecidos ya no son exclusivamente a nivel estatal sino también en instituciones del subsector privado lo cual permite albergar esperanzas respecto al desarrollo de la MFYC en estas instituciones que actualmente dan cobertura a más del 50% de la población uruguaya.

El número de médicos en Uruguay oscila entre 13.000 y 14.000 según distintas fuentes¹³. La proporción estimada es de 40 médicos por 10.000 habitantes. Según la encuesta médica nacional aproximadamente el 50% de los médicos tienen al menos una especialidad¹⁴.

En el año 2012 se estima que el número de especialistas de MFYC en Uruguay, titulados o con residencia concluida, son 419 (129 títulos expedidos por competencia notoria o actuación documentada a partir de la creación de la especialidad y 240 a través de posgrado o residencia)¹⁵. El programa de formación de especialistas tiene tres años de duración con una carga horaria semanal de 48 horas para residentes y 36 horas para posgrados no rentados¹⁶. En 2012 se habilitó el Régimen de Interior para MFYC. Con ello se facilitó el acceso a la especialidad a profesionales que viven alejados de Montevideo y se alcanzó la máxima matrícula de la historia en el ingreso a MFYC, 60 médicos: 30 residentes y 30 posgrados.

Como lo muestra la gráfica, el ritmo de formación se ha incrementado notablemente. En los 16 años que se ha contado con formación curricular el promedio anual de ingresos a la especialidad ha sido de 22 médicos. Si analizamos los últimos 10 años el promedio crece a 30 y en los recientes 5 años a 38. No obstante, esta velocidad de "producción" es baja en relación a las necesidades del nuevo modelo de atención. Si tomamos el más alto de los valores promedio de ingreso anual (38) y estimamos una baja anual de 1% en el total acumulado de especialistas, a velocidad estable y población estable, se necesitarán casi 150 años (para el año 2160) para contar con 3000 médicos especialistas en MFYC, número razonable para la población uruguaya de 3.300.000 habitantes, pero aún proporcionalmente bajo en el contexto del total de médicos del país (3000 es menos del 25% del número actual de médicos y para entonces la proporción será menor aún).

Hay aspectos cualitativos también relevantes. La capacidad de formación a través de cursos regulares tiene un límite que surge de la capacidad docente pero también desde la aspiración. El aumento del número de plazas no tuvo un incremento proporcional del número de aspirantes, ocasionando con reiteración cupos vacantes. En el año 2010, con 34 de 267 cargos de residencia para 46 especialidades, la MFYC ocupó el segundo lugar en número de cargos, pero con un aspirante por cargo, ocupó

el penúltimo lugar en aspiración. Resulta necesario profundizar la política de formación de recursos humanos para favorecer un crecimiento rápido en MFYC sin perder calidad. Acciones que promuevan la inserción de la MFYC en todos los efectores del SNIS y reflejen la priorización en la remuneración y condiciones de trabajo son, junto al reperfilamiento de los médicos del primer nivel de atención, acciones complementarias e imprescindibles. En Uruguay aproximadamente el 25% de los médicos no tiene especialidad¹⁴. La mayor parte de estos médicos actúan en el primer nivel de atención sin una formación específica. El reperfilamiento ha sido explorado con programas puntuales¹⁷, pero no ha existido una política que favorezca o estimule este mecanismo, aún cuando el nuevo SNIS ofrece recursos normativos e institucionales para impulsarla.

Intersticios: donde algunas cosas se tornan posibles

Los años más recientes han sido intensos para la MFYC alojada principalmente en espacios docente-asistenciales donde se gesta el cambio del modelo de atención y el cambio del modelo de formación en la carrera de medicina¹⁸.

La Ley 18.362 de octubre del 2008 creó el "Programa de fortalecimiento de RRHH de los Prestadores Públicos de Salud" que ofreció la oportunidad para la instalación de equipos del primer nivel en un territorio y sus servicios de salud públicos para realizar asistencia, docencia e investigación. A los proyectos aprobados que comenzaron a funcionar en el año 2010 se les denominó Unidades Docente Asistenciales (UDA). En el primer nivel de atención se instalaron once UDAs de MFYC dispersas en todo el país (cuatro en Montevideo, cuatro en Canelones, una en Florida, una en Salto y una en Paysandú-Tacuarembó).

En estos lugares que no existía otro primer nivel que un médico aislado en una policlínica precaria, se avanzó al trabajo en equipo, interdisciplinariedad, ampliación de los servicios (en cantidad, calidad y horarios), presencia de estudiantes y docentes en el territorio, y desarrollo de investigación local. Estas experiencias desencadenaron numerosos procesos participativos a nivel local materializando la extensión universitaria^{19,20}.

Esta pauta territorial es consecuente con la Segunda Reforma Universitaria que promueve el desarrollo de nuevas centralidades en el territorio, así como también con el principio de la salud como derecho en la cual se funda el SNIS.

Estas transformaciones se procesaron en sintonía con la implementación del Nuevo Plan de Estudios de la Facultad de Medicina que centra la formación en el estudiante y ubica el proceso formativo en la proximidad de la gente y los servicios del primer nivel de atención. La MFYC ha sido uno de sus protagonistas fundamentales y ha permitido alcanzar una evaluación auspiciosa en el proceso de acreditación de la Facultad de Medicina²¹.

La investigación es otra de las actividades donde se han producido hechos nuevos para la MFYC. En cada UDA se desarrolla investigación local, diagnósticos de situación de salud con participación de estudiantes de grado y posgrado, pero también se han instalado importantes proyectos colaborativos en vinculación con equipos de la región^{22,23,24} y referentes internacionales. Lo acumulado a la fecha permite imaginar un tiempo de mayor producción y desarrollo.

En el año 2011 surge la Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria por integración de las dos organizaciones que hasta entonces coexistían en Uruguay nucleando por separado a especialistas surgidos en el MSP y a residentes y especialistas surgidos en la Residencia. El 2012 es un momento de encuentro y construcción que dota al colectivo de la MFYC de una herramienta potente para el diálogo con los actores políticos locales y para la integración regional.

"¿Puede concebirse o realizarse una práctica médica legítima, legitimidad definida como éticamente sin fisuras, diagnóstica y terapéuticamente eficaz, productora de conocimientos o formalizadora de nuevas prácticas, viable económicamente o socialmente totalizadora, racional o aun científicamente cumplida, en suma, en un lugar del mundo, éste, que ha sido adjetivado como subdesarrollado?"²⁵.

¿Podemos concebir esa práctica en el primer nivel de atención? La respuesta es contundentemente sí, es posible. Sólo que requiere algunos recursos y decisiones políticas que aún no han transcurrido, requiere cambios culturales en el colectivo médico y en la población que necesitan tiempo y trabajo. La convicción de que esta medicina es la más favorable a los derechos y la salud de las personas, y que la MFYC está llamada a jugar un papel de privilegio en esos procesos son los que mantienen el trabajo de quienes hoy como hace mucho tiempo luchan para construirlo.

Notas

Declaración de conflictos de intereses

La autora ha completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por Medwave, y declara no haber recibido financiamiento para la realización del artículo/investigación; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. El formulario puede ser solicitado contactando a la autora responsable.

Referencias

1. Dibarboure H, Macedo JC. Introducción a la Medicina Familiar. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República, Dpto. Publicaciones, 1998. ↑
2. D'Agosto M, Díaz D, Estefan M, Niz C, Ponzo J. Migués queda en Migués. Noticias. 2004;124(Separata):6-8. ↑
3. Grupo Médico Migués. La práctica médica general en un medio rural: aspectos epidemiológicos del asma 1977-1979. Rev Med Urug. 1985 Nov;1(1):5-14. ↑ | [Link](#) |
4. Grupo Médico Migués. La práctica médica general en un medio rural III: sobre la prevalencia e incidencia de la insuficiencia cardíaca congestiva. Rev Med Urug. 1990 Mar;6(1):9-12. ↑ | [Link](#) |
5. Grupo Médico Migués. La práctica médica general en un medio rural IV: anemias y morbilidad crónica en pacientes con 75 años y mayores, no agudamente enfermos. Rev Med Urug. 1990 Ago;6(2):110-113. ↑ | [Link](#) |
6. Dibarboure H. Historias. Montevideo, Uruguay: AEM, 1996:9. ↑
7. Sindicato Médico del Uruguay. El sector salud: 75 años de un mismo diagnóstico. Parte III. La crisis del sector salud 1955-1995, las nuevas propuestas 1985-1995. [on line]. ↑ | [Link](#) |
8. Sindicato Médico del Uruguay. Fundamentos, Aportes y Conclusiones. Encuentro Solís III: "Prof. Dra. María Rosa Remedios". Declaración final. 21-22-23 Abril, 2006. ↑ | [Link](#) |
9. Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación. Ley nº 18.211 de 13 de Diciembre 2007. Parlamento Uruguayo. ↑ | [Link](#) |
10. Junta Nacional de Salud. Meta 1. Metas del niño, niña y la mujer. Montevideo, Uruguay: Ministerio de Salud Pública, 2010. ↑ | [Link](#) |
11. Macedo JC. De las ausencias o el médico general. Compendio. 1980;3(2):3. ↑
12. Schelotto F, Barrios A, Bielli H, Braidá J, Buglioli M, Careaga A, et al. Formación de recursos humanos para el primer nivel de atención utilizando la estrategia de atención primaria de salud. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República, 2009. ↑ | [Link](#) |
13. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los recursos humanos del sector salud en el Uruguay. Montevideo: OPS, 2005. ↑ | [Link](#) |
14. Equipos Mori. Encuesta médica nacional. VIII Convención Médica Nacional. Sindicato Médico del Uruguay. Federación Médica del Interior. Montevideo, 2004. ↑ | [Link](#) |
15. Ponzo J. Pediatría y medicina familiar y comunitaria. En la construcción del primer nivel de atención para la salud de niños, niñas y adolescentes del Uruguay. Jornada Medicina Familiar y Comunitaria y Pediatría en el primer nivel de atención. Montevideo, 2012. ↑ | [Link](#) |
16. Jones J, Sosa A, Vignolo J. Formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria. Cuadernos del CES. 2003;3:89-105. ↑ | [Link](#) |
17. Ponzo J, Rodríguez H, Urruty F. Curso de reperfilamiento para médicos del primer nivel de atención: una estrategia en marcha. Cuadernos del CES. 2008;(2):35-56. ↑ | [Link](#) |
18. Asamblea del Claustro. Plan de Estudios de la Carrera de Doctor en Medicina. Universidad de la República. [on line]. ↑ | [Link](#) |
19. Unidad docente asistencial Canelones al Este. UDA Canelones al Este.blogspot.com. [on line]. ↑ | [Link](#) |

- 20.Unidad docente asistencial Las Piedras. udalaspiedras.tk. [on line]. ↑ | [Link](#) |
- 21.Sistema ARCU-SUR. Informe preliminar de pares evaluadores externos para la Facultad de Medicina de la Universidad de la República de la República Oriental del Uruguay. Montevideo, Octubre, 2012. ↑
- 22.Jornada de Investigación del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. UDA Canelones al Este.blogspot.com. [on line]. ↑ | [Link](#) |
- 23.Grupo PCAT.UY, Pizzanelli M, Ponzo J, Buglioli M, Toledo A, Casinelli M, et al. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. Rev Med Urug. 2011 Sep;27(3):187-189. ↑ | [Link](#) |
- 24.Grupo de Investigación. PCAT.uy. blogspot.com. [on line]. ↑ | [Link](#) |
- 25.Macedo JC. Sobre la viabilidad-legitimidad del trabajo clínico: elementos para el diálogo. Compendio. 1979;2(2):3-6. ↑

Figuras

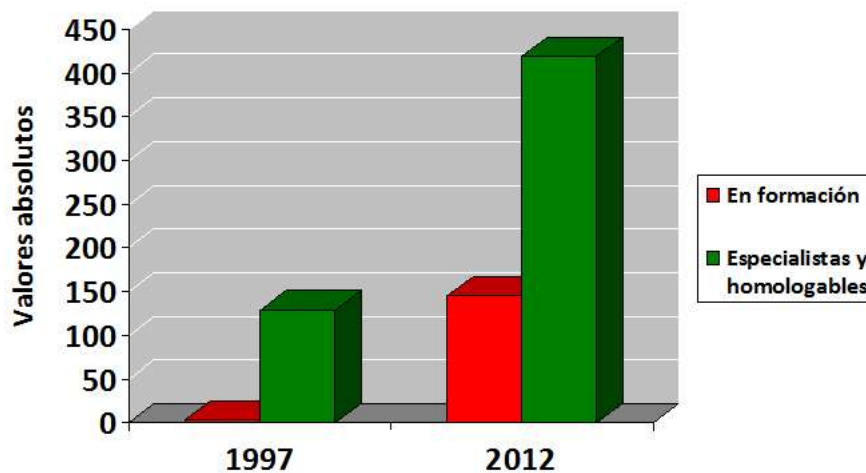


Figura 1. Evolución de la medicina familiar y comunitaria en Uruguay. *Fuente.* Estimación de la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria de Uruguay.

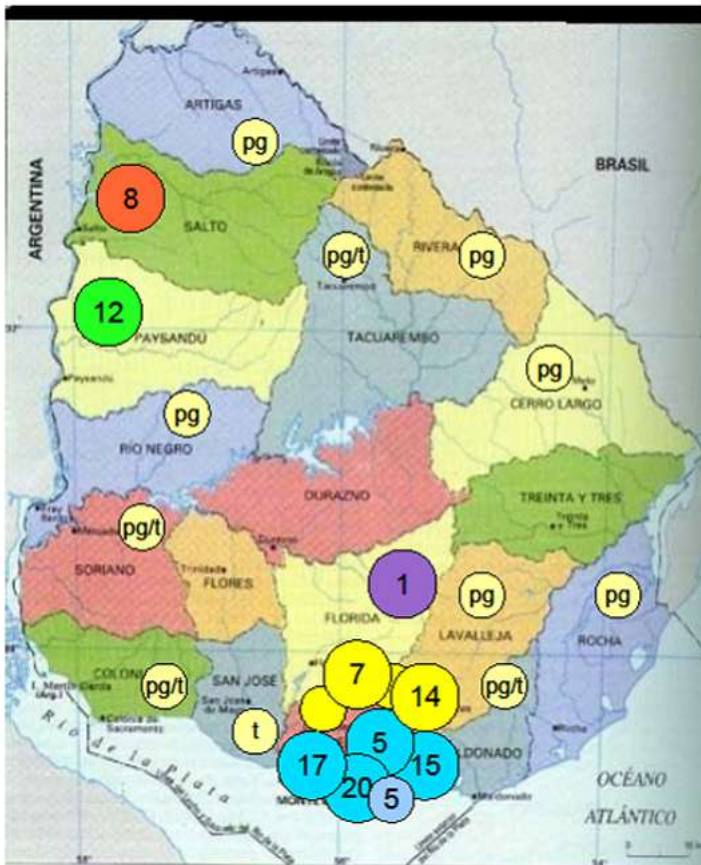


Figura 2. Distribución de las Unidades Docente Asistenciales de Primer Nivel de Atención en el territorio uruguayo. En círculos de color está incluido el número de posgrados de MFYC a cargo (octubre 2012).



Figura 3. Verónica Guatini, estudiante de pregrado y Julio Vignolo, profesor de Medicina Familiar y Comunitaria, con participante del Estudio CESCAS en el Centro Cívico Salvador Allende.



Figura 4. Estudiantes de Medicina y docentes de Medicina Familiar y Comunitaria en la reinauguración de la Policlínica de Colonia Nicolich, UDA Canelones al Este (octubre 12, 2012).

Correspondencia a:

⁽¹⁾Unidad Docente Asistencial Canelones al Este, Centro Cívico Salvador Allende, Camino Maldonado, kilómetro 23.800 Barros Blancos, Canelones, Uruguay



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.