

**APORTES DE LA FORMACIÓN DE MÉDICOS FAMILIARES AL
DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN IBEROAMÉRICA. UNA
REVISIÓN HERMENÉUTICA.**

INFORME URUGUAY

INVESTIGADOR PRINCIPAL

DR. MAURICIO ALBERTO RODRIGUEZ ESCOBAR

COINVESTIGADOR

DIANA FABIOLA MURILLO VARGAS

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
BOGOTÁ
2015**

**APORTES DE LA FORMACIÓN DE MÉDICOS FAMILIARES AL
DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN IBEROAMÉRICA. UNA
REVISIÓN HERMENÉUTICA.**

INFORME URUGUAY

INVESTIGADOR PRINCIPAL

DR. MAURICIO ALBERTO RODRIGUEZ ESCOBAR

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
BOGOTÁ
2015**

SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

“LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS CONCEPTOS EMITIDOS POR LOS INVESTIGADORES EN SU TRABAJO, SOLO VELARÁ POR EL RIGOR CIENTÍFICO, METODOLÓGICO Y ÉTICO DEL MISMO EN ARAS DE LA BÚSQUEDA DE LA VERDAD Y LA JUSTICIA.”

TUTORES:

COINVESTIGADOR

DR. MAURICIO ALBERTO RODRÍGUEZ ESCOBAR
TUTOR METODOLÓGICO

COINVESTIGADOR

DR. MAURICIO ALBERTO RODRÍGUEZ ESCOBAR
TUTOR TEMÁTICO

BOGOTÁ, _____ DÍA ____ MES ____ AÑO _____

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de investigación, que requirió dedicación y un gran esfuerzo, no hubiera sido posible sin la colaboración de todas las personas que constituyeron un gran apoyo a lo largo de los años que llevó planear y realizar el proyecto.

En primer lugar quiero agradecer a Dios y en especial a nuestras familias, también al cuerpo Docente de la Especialización y a todos los Residentes de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque.

RESUMEN

En este trabajo se pretende dar a conocer la labor del Médico familiar y el estado de la especialidad en los diferentes países de Iberoamérica, específicamente en Uruguay.

Se describe el papel fundamental de la Medicina Familiar en el desarrollo y fomento de la atención al paciente basada en el modelo bio-psico-social, así como también el mejoramiento de las policlínicas y centros de salud en el primer nivel de atención.

Uruguay es un país con una población de 3.332.972 habitantes, pero a pesar de no ser tan amplia existe un insuficiente número de médicos familiares para cubrir las necesidades de atención en salud por lo que se plantean las posibles maneras de incrementar esta cantidad de profesionales.

Las experiencias que se describen desde Uruguay muestran que las universidades han participado en la formación de recurso humano en servicios de salud que son vinculados por el Ministerio de Salud.

INTRODUCCIÓN

Los diversos problemas en el sistema de salud colombiano a lo largo de la historia y la posición actual de los profesionales sanitarios dentro de la organización se convierten en motivación para buscar experiencias con modelos exitosos de prestación y organización de servicios de salud a nivel mundial.

La Ley 100 de 1993 como hito dentro de la fundamentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), llena de dificultades y contradicciones no resueltas hasta el momento, ha requerido de múltiples normativas regulatorias y reformas, dentro de las que destacamos la Ley 1438 del 2011 que promueve la implementación de la APS en nuestro SGSSS. Este nuevo marco lleva a la necesidad de explorar y hacer nuevos planteamientos sobre la operatividad del sistema y del papel preponderante del tema de recursos humanos o talento humano en salud.

El papel del médico familiar dentro del sistema de prestación de servicios de salud dentro del modelo de Atención Primaria en Salud (APS) ha sido planteado como alternativa y solución en varios países a la inequidad en la prestación y distribución de los recursos, la baja cobertura y poca continuidad e integralidad de los servicios. En algunos países de Iberoamérica como Uruguay se realizó reforma al sistema de salud, para implementar la Atención Primaria en Salud, como una estrategia para disminuir las inequidades existentes en salud, dar respuesta las necesidades de su población, mejorar las condiciones y calidad de vida de su población, bajo el modelo de Salud Familiar.

Para Colombia, la formación del recurso humano en salud y el énfasis en la calidad de ésta, se ha considerado entre otras, en la Ley 1438 de 2011 que constituye una reforma a algunos de los aspectos relevantes de la Ley 100 de 1993. Esta Ley en aras de plantear e implementar soluciones a las problemáticas de regulación, financiamiento y arreglo institucional propone el Modelo de atención basado en Atención Primaria en Salud y contempla los problemas relacionados con talento humano reconociendo como dificultades la baja utilización de

médicos en el primer nivel de atención y la creciente necesidad de ajustar destrezas clínicas al manejo de afecciones que representan la mayor carga de enfermedad y asegurar calidad y uso adecuado de competencias.

En este trabajo se recopilaron las experiencias Uruguayas, como implementaron la Atención Primaria, el desarrollo de la Medicina Familiar y su contribución al desarrollo de la Atención Primaria en Salud. Explica el contexto en el que se ha desarrollado el sistema de salud en estos dos países Iberoamericanos, resalta algunas experiencias, las dificultades que encontraron y las ventajas que ha traído haber implementado ese modelo.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

1. Contexto del sistema de salud	11
1.1 Características generales del país	11
1.2 Generalidades del sistema de salud	14
1.2.1. Antecedentes	14
1.2.2. Estructura	15
1.2.3. Financiación	16
1.2.4. Modelo de atención primaria y de prestación de servicios	17
2. Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios	21
2.1. Formación en medicina familiar	21
2.1.1. Hitos	21
2.1.2. Características de los programas académicos	23
2.2. Aporte de la medicina familiar a la atención primaria	24
2.2.1. Ámbitos de desempeño	26
2.2.2 Rol del médico familiar en el desarrollo de la APS	27
3. Conclusiones	29

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Indicadores demográficos y de salud	13
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide poblacional de Uruguay según estimado para el 2014	12
---	----

Listado de siglas

ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado

CIMF: Centro Internacional para la Medicina Familiar

DGSS: Dirección General de Seguridad Social

DSSE: Dirección de los Seguros Sociales por Enfermedad

Fonasa: Fondo Nacional de Salud

FNR: Fondo Nacional de Recursos

IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva

IMAE: Institutos de Medicina Altamente Especializada

Junasa: Junta Nacional de Salud

MSP: Ministerio de Salud Pública

Sumefac: Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

SNS: Seguro Nacional de Salud

URUGUAY

1. Contexto del sistema de salud

1.1 Características generales del país

La República Oriental del Uruguay se encuentra al sudeste de América del Sur, tiene una superficie de 176.215 km² y un área marítima de 125.057 km². Es un estado unitario con un gobierno constitucional democrático conformado por los poderes ejecutivo, legislativo y judicial. Está constituido por 19 departamentos y su capital es Montevideo. Limita al oeste con Argentina, al norte y nordeste con la República Federativa del Brasil, al este y al sur con el Océano Atlántico y el Río de la Plata (Agencia Central de Inteligencia. CIA, 2014; Muñoz & Fernandez, 2009).

En 2014 cuenta con una población de 3.332.972 habitantes, de los cuales el 40% reside en Montevideo, lo que evidencia un alto grado de urbanización. El territorio lo habitan tres grupos étnicos: blancos (88%), mestizos (8%) y negros (4%). El idioma oficial es el español y también se habla el portuñol, una mezcla de portugués y español. Los Uruguayos profesan las siguientes religiones: católica romana (47,1%), cristiana (11,1%), judía (0,3%), otras (1,1%), sin denominación (23,2%); también hay ateos (17,2%) (CIA, 2014).

La Figura 1 muestra la pirámide poblacional según datos de 2014.

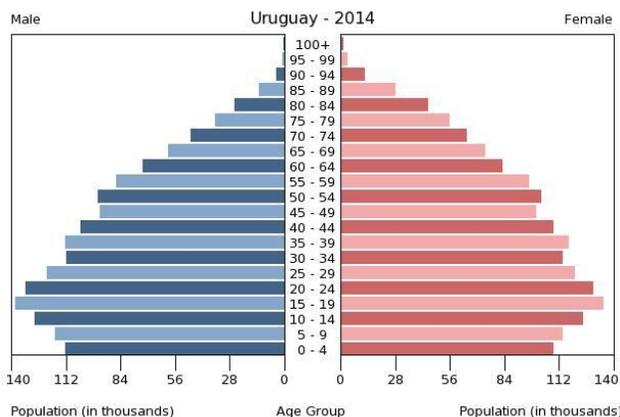


Figura 1. Pirámide poblacional de Uruguay 2014.

Fuente: CIA, 2014.

De acuerdo con los datos anteriores, la distribución estimada para 2014 por grupos de edad es:

0-14 años: 21% (hombres 356.851/mujeres 344.576)

15-24 años: 16% (hombres 269.820/mujeres 262.830)

25-54 años: 38,9% (hombres 639.766/mujeres 658.257)

55-64 años: 13,9% (hombres 158.170/mujeres 178.194)

65 o más años: 13,9% (hombres 185.132/mujeres 279.376) (Estadísticas 2014)

De lo anterior se infiere que Uruguay tiene una proporción alta de menores de 14 años (21%) con respecto a países como Canadá (15,5%) o España (15,4%), pero es menor si se compara con países latinoamericanos como Colombia (25,3%), Argentina (24,9%), Perú (27,3%) y Ecuador (28,5%). Es un país con un promedio relativamente bajo de mayores de 65 años (13,9%) al compararlo con Canadá (16,8%) y España (17,5%). A nivel de

Latinoamérica tiene un porcentaje superior de personas mayores de 65 años comparado con Colombia (6.5%), Argentina (11,3%), Ecuador (6,7%) y Perú (6,7%)

(CIA, 2014)

El Cuadro 1 presenta algunos indicadores demográficos y de salud del país.

Indicador	
Población total (millones)	3.332.972 (2014) ¹
Población cubierta por la seguridad social (%)	95 (2014) ²
Población no asegurada (%)	5 (2014) ²
Expectativa de vida	76,81 (2014) ¹
Mortalidad infantil por 1.000 N.V.	8,7 (2014) ¹
Razón de mortalidad materna por 100.000 N.V.	29 (2014) ¹
Tasa de natalidad por 1.000 habitantes	13,18 (2010) ²
Tasa de mortalidad general por 1.000 habitantes	9,48/1000 (2014) ¹
Médicos por 1.000 personas	3,74 (2010) ³
Enfermeras por 10.000 personas	55,5 (2010) ³
Gasto per cápita en salud cambio promedio (US\$)	948 (2010) ³
Gasto nacional en salud como % del PBI	8(2010) ³
% de los costos de salud pagados por el gobierno	65,3(2010) ³

Cuadro 1. Indicadores demográficos y de salud de Uruguay (2010-2014)

Fuentes:

¹(CIA, 2014)

²(Aran & Laca, 2011)

³(Organización Mundial de la Salud, 2013)

1.2 Generalidades del sistema de salud

1.2.1 Antecedentes

Las normas que regulan el sistema de salud Uruguayo han variado con el tiempo. En 1975, mediante el Decreto ley 14.407, se crea la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad, cuyo propósito era procurar asistencia médica completa a trabajadores privados, a quienes pertenecían a la dirección de arquitectura del Ministerio de Transporte, los prejubilados y a quienes cubría el seguro de desocupación, por medio de instituciones prestadoras de salud públicas o privadas (Muñoz & Fernandez, 2009).

Entre 1973 y 1985, periodo de la dictadura militar, se incorporan al régimen de salud los empresarios unipersonales, se elimina la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad y se asigna a la Dirección General de Seguridad Social (DGSS) todo lo relacionado con la seguridad social. Esta última se asignó como una dependencia del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, encargada a su vez de la Dirección de los Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE)(Muñoz & Fernandez, 2009).

En 1991 se promulga la Ley de Rendición de Cuentas, según la cual el poder ejecutivo determinaría el valor promedio de la cuota de afiliación mutua. Luego en 1996 se aprueba la Ley 16.713 que modifica algunos aspectos de los Seguros Sociales del Estado; por ejemplo, se indica que afiliados pasivos jubilados y trabajadores dependientes en actividades aseguradas en el Banco de Previsión Social tendrían derecho a beneficiarse de la cuota mutua si tuvieran pocos recursos(Muñoz & Fernandez, 2009).

En 2001 se determina que los trabajadores dependientes del área rural no pagarían el aporte equivalente al seguro por enfermedad. Posteriormente se observan problemas de acceso a

los servicios de salud y detrimento en la calidad de la atención, por lo cual surge en 2005 la necesidad de hacer una reforma que se enfoque en atención primaria y tenga en cuenta a toda la población tanto urbana como rural (Muñoz & Fernandez, 2009).

1.2.2 Estructura

En la actualidad, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) Uruguayo está conformado por los sectores público y privado. La creación de SNIS implicó la universalización de la cobertura a través del Seguro Nacional de Salud (SNS). Aunque el propósito es integrar los subsistemas público y privado bajo una lógica de coordinación y complementación que fortalezca el SNS, esto requiere cambios en el modelo de atención, modelo de financiamiento y modelo de gestión que se han dado progresivamente (Aran & Laca, 2011; Rios, 2014).

A nivel público el principal prestador de servicios es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), que tiene a su disposición una red de establecimientos con cobertura nacional que se encargan de la atención de personas con pocos recursos y sin acceso a servicios de salud (37% de la población). También cuenta con el Hospital de Clínicas, que depende directamente de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y las empresas públicas (petróleo, agua, bancos y energía eléctrica (Aran & Laca, 2011; Sollazzo & Berterretche, 2011).

Se encuentran también los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), que son hospitales o clínicas de origen público o privado donde se realizan intervenciones de complejidad y costo altos. Las personas de regímenes especiales (5% de la población)

reciben atención en la Sanidad de las Fuerzas Armadas, que depende del Ministerio de Defensa, y la Sanidad Policial, dependiente del Ministerio del Interior (Aran & Laca, 2011; Sollazzo & Berterretche, 2011).

El sector privado está a cargo de asociaciones de profesionales privadas sin ánimo de lucro, denominadas Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), así como de clínicas y hospitales. Según datos estadísticos del año 2009, las primeras atienden a 56% de la población y las segundas a 2%. La mayoría de IAMC se encuentra agremiada en entidades como la Federación Médica del Interior y la Unión de la Mutualidad del Uruguay. En ocasiones, dichas instituciones toman la figura de seguro obligatorio para las personas con capacidad de pago (Aran & Laca, 2011).

1.2.3 Financiación

El sistema de salud Uruguayo se financia con fuentes públicas y privadas. Las primeras provienen de las contribuciones obligatorias de los trabajadores del sector público, empresas del sector formal de la economía, aportes de jubilados y de impuestos generales. Estas se reúnen en el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), administrado centralmente por la Junta Nacional de Salud (Junasa). Esta última se encarga de adquirir servicios de las instituciones prestadoras de salud independientemente del sector al que pertenezcan. Además proporciona a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) pagos per cápita por la atención de la comunidad (Aran & Laca, 2011).

Las contribuciones patronales corresponden al 5% de los aportes. Los trabajadores que devengan un salario mensual superior al mínimo y tienen hijos menores de 18 años o mayores, pero con discapacidad, aportan 6% de su salario; 4,5% lo aportan quienes reciben un salario superior al mínimo pero no tienen hijos, 3% lo proveen trabajadores con menores recursos. Los independientes aportan una cuota que les da el derecho de afiliarse a una IAMC o a la ASSE(Aran & Laca, 2011).

La financiación del sector privado está a cargo de los fondos de los hogares que se emplean en pagos de bolsillo y las primas de los seguros privados (Aran & Laca, 2011). En cuanto a los riesgos profesionales, los accidentes laborales son atendidos en la Central de Servicios Médicos en Montevideo y su soporte económico está a cargo del Banco de Seguros del Estado (Aran & Laca, 2011; Sollazzo & Berterretche, 2011). El Fondo Nacional de Recursos (FNR) asegura el cubrimiento de las intervenciones catastróficas y se financia con las contribuciones de todos los afiliados al sistema(Aran & Laca, 2011; Sollazzo & Berterretche, 2011).

1.2.4 Modelo de atención y de prestación de servicios

En respuesta a las dificultades por las cuales atravesaba el sistema de salud traducidas en la poca cobertura del sector público y el área rural, en 2005 mediante el artículo 264 de la ley 17.930 se establece que la atención primaria en salud será la estrategia global y se le dará prioridad al primer nivel de atención y a las acciones de promoción, prevención y rehabilitación (Muñoz & Fernandez, 2009).Este propósito se consolida con la Ley 18.211 de 2005 que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), cuyos principios rectores se enuncian a continuación:

- La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
- La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
- La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.
- La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.
- La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.
- El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.
- La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.
- La participación social de trabajadores y usuarios.
- La solidaridad en el financiamiento general. La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.
- La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud

(Muñoz & Fernandez, 2009)

Una forma de evaluar la eficacia en la prestación de servicios de salud es la verificación del cumplimiento de metas prestacionales que determina habitualmente el Ministerio de Salud Pública (MSP). En 2008 se enuncia como prioridad la práctica asistencial a nivel materno-infantil, al igual que el mejoramiento en tiempos de espera. En 2009 se proponen

programas de capacitación continua de los recursos humanos en salud y se determina un médico referente para cada uno de los usuarios de las instituciones prestadoras. Posteriormente se asigna un determinado número de pacientes a un equipo de salud con el objetivo de procurarles una mayor cobertura y una mejor calidad en la atención (Muñoz & Fernandez, 2009).

Los equipos están conformados por un médico general, médico familiar, pediatra, ginecólogo y partera. Los centros de mayor complejidad pueden incluir psiquiatra, oftalmólogo, cardiólogo, nutricionista, psicólogo, odontólogo, enfermera, trabajo social, auxiliar de enfermería y auxiliares de registros médicos y de servicios. Para el año 2005 se reportó una distribución inadecuada de los recursos y escasez de algunos, por ejemplo los de enfermería, razón por la cual no todos los equipos tienen todos estos integrantes. Lo que los hace equipos es su integración organizacional y funcional (Rios, 2014).

Desde 2009 el MSP permite el ingreso de la alta tecnología al sector público para facilitar el acceso de toda la población a estos recursos. En cuanto a los sitios de atención, se cuenta con centros de salud e instituciones comunitarias, que desarrollan actividades ambulatorias y domiciliarias (Levcovitz, Antoniol, Sánchez, & Fernández, 2011).

En 2011 se publicó un estudio de caso en el Centro de Salud Unión de la Administración de Servicios de Salud del Estado del departamento de Montevideo, sus policlínicas y consultorios independientes, donde se aplicó la herramienta Primary Care Assesment Tool (PCAT), cuyo objetivo era comprender como los modelos organizativos de oferta y gestión de la APS se traducían en prácticas, servicios y procesos asistenciales. Se seleccionó a través de muestreo no probabilístico por criterios a un grupo de usuarios, profesionales y gestores (Berterretche & Sollazzo, 2012).

La primera fase de esta investigación se basó en un estudio panorámico realizado en 2009 en Uruguay donde se analizaron los factores del contexto macro social y los elementos del sistema de salud que condicionan el desempeño de la APS. La segunda fase llevó a cabo estudios de caso en centros urbanos de Uruguay, Paraguay y Argentina caracterizados por una elevada densidad poblacional y donde se evidencian fuerzas sociales con diferentes intereses en el sector salud, así como prestadores de servicios en todos los niveles de atención. Las características mencionadas permitieron identificar los problemas principales y predisponentes que contribuyen o evitan la implementación de una APS (Berterretche & Sollazzo, 2012).

Se realizaron 178 entrevistas a usuarios, 25 a profesionales y 5 a gestores, 82% de sexo femenino, con una edad promedio de 53,8 años para los dos sexos. Desde la perspectiva de los usuarios, se concluye que la formación profesional fue el atributo mejor calificado de la APS, seguido del vínculo, la cartera de servicios, la puerta de entrada y la coordinación. Los que obtuvieron la peor calificación fueron el enfoque familiar y el acceso. Desde la perspectiva de los profesionales, la puerta de entrada fue calificada como el mejor atributo y el peor fue la orientación a la comunidad. Desde la perspectiva de los gestores, la cartera de servicios fue el mejor calificado, mientras que el acceso y la orientación a la comunidad fueron los peores atributos. A pesar de ser la estrategia de APS el eje a nivel macro social, su implementación se constituye en un reto para procurar una adecuada atención a la comunidad (Berterretche & Sollazzo, 2012).

Aunque esta experiencia nos da un panorama sobre los progresos que se tienen en la implementación en la APS en Uruguay, también nos deja claro que se requieren

evaluaciones dirigidas específicamente a la contribución que hace el médico familiar en este modelo.

2. Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios

2.1 Formación en medicina familiar

2.1.1 Hitos de la medicina familiar

En Uruguay la medicina familiar ha atravesado un largo camino que inicia, según algunos autores, en 1963 cuando se describen experiencias vividas por médicos generales en el área rural. Un ejemplo lo constituyen las jornadas de trabajo comunitario en el departamento de Florida en asentamientos temporales (Ciriacos, Pietrafesa, Pérez, & Cousté, 2006; Ponzo, Niz, Sosa, & Cuadrado, 2012b). En la década de 1970 se destaca la labor de los doctores Hugo Dibarboure y Juan Macedo, quienes promovieron el surgimiento de la medicina familiar al aportar sus experiencias, conocimientos y bibliografía acerca de la especialidad (Ponzo, Niz, Sosa, & Cuadrado, 2012a; Ponzo et al., 2012b).

El cargo de médico de familia del Ministerio de Salud Pública (MSP) se crea el 10 de octubre de 1987 mediante la Ley 15.903 en respuesta a las necesidades del sistema y especialmente de la población. En el artículo 270 se establece que la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) contará con médicos familiares que tendrán como rol prestar atención médica en el primer nivel (Ciriacos et al., 2006).

Ese mismo año inicia la capacitación del primer grupo de médicos de familia conformado por doce médicos generales mediante seminarios desarrollados por el Ministerio de Salud,

con la supervisión de la Organización Panamericana de la Salud. El 18 de noviembre de 1987, mediante la Resolución 1021, el Ministerio de Salud Pública crea la primera unidad de medicina familiar utilizando como infraestructura el Hospital pediátrico Dr. Pedro Vizca, donde se realizaba una práctica asistencial enfocada en la promoción, prevención, educación a pacientes, familia y comunidad en sus diferentes ámbitos como el colegio, la casa y sitios de trabajo (Ciriacos et al., 2006).

En 1989 se crea la Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar (Sumefa), que aborda aspectos científicos y gremiales, y es miembro activo del Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF) y posteriormente de la Organización Mundial de Médicos de Familia (Wonca, por su nombre en inglés) (Kemayd, 2007). Hace presencia en múltiples eventos internacionales, entre ellos, el Primer Congreso de Medicina Familiar de Mercosur, en Punta del Este (1997), la Primera Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en España (2002) y la Segunda Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en Chile (2005) (Kemayd, 2007).

Por medio de la Ley 17.930 del 19 de diciembre del 2005 en su artículo 284, que modifica el 270 de la Ley 15.903, se determina que un equipo interdisciplinario de salud, coordinado por un médico familiar, debe ser el responsable del primer nivel de atención. Este cambio le permitió a la población recibir atención de manera integral por parte de un profesional, o médico de cabecera, que supliera sus requerimientos generales (Ciriacos et al., 2006).

En 2007 se legisla sobre la reforma sanitaria, que se pone en marcha un año después. Esto constituye un hecho fundamental pues se establece el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), encargado de articular a los sectores público y privado. En 2009 entra en vigencia un nuevo plan de estudios en la Universidad de la República. Este se orienta al espacio

comunitario y al primer nivel de atención, donde la medicina familiar tiene un papel protagónico(Aran & Laca, 2011).

En diciembre de 2011 se conforma la Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria (Sumefac) que reúne las primeras dos asociaciones que formaron los médicos familiares: Sumefa y la conformada por médicos residentes. La Sociedad, desde su creación, es miembro de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), que desde el 2004 es la VI región de la Wonca) (Ponzo et al., 2012b). El programa de Medicina Familiar y Comunitaria en Uruguay logra su acreditación en 2012.En marzo del 2015 se realizará en Montevideo el Cuarto Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar (Kemayd, 2007; Ponzo et al., 2012b).

2.1.2 Características del programa de formación en medicina familiar

En Uruguay existe solamente un programa de formación en medicina familiar y fue admitido en el Programa Nacional de Residencias Médicas de la Universidad de la República en 1996.Un año después la residencia inició prácticas en el subsector público(Ponzo et al., 2012b).

El programa de Medicina Familiar es reconocido como especialidad en el 2001 por la Facultad de Medicina. El 1° de septiembre de 2004, según la Resolución54, el Consejo de la Facultad cambia la denominación de Departamento de Docencia en Comunidad a Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, cuyo principal objetivo era el desarrollo de un escenario para la asistencia, la enseñanza, la investigación y la extensión en el campo

de la salud de la atención primaria. Desde su creación, tiene como sede el Hospital Dr. Gustavo Saint Bois, localizado en la periferia de Montevideo (Ponzo et al., 2012b).

En cuanto a los requisitos para ingresar al posgrado, es necesario presentar el examen de residencias médicas, que consta de dos pruebas escritas, con temas definidos. Los resultados permiten ordenar por puntaje a los aspirantes y distribuir el número de cupos existentes. Se adjudica el cupo a aquellos que hayan obtenido mejores resultados y el resto de los postulantes se ubica en orden decreciente. En 2008 se observó una aceptación importante del posgrado en medicina familiar, pues ocupó el primer puesto entre las especialidades en medicina con mayor demanda (Ponzo et al., 2012b).

No hay un número límite de cupos para el ingreso a la especialidad, ya que depende de la cantidad de aspirantes inscritos que realicen las pruebas. Sin embargo, se observa un incremento importante en el número de inscritos, pasando de 4 residentes en 1997 a 25 residentes en 2005 y finalmente a 40 en 2009 (Levcovitz et al., 2011).

En 2009 entra en vigencia un nuevo plan de estudios en la Universidad de la República que se orienta al espacio comunitario y al primer nivel de atención, donde la medicina familiar tiene un papel protagónico. Se percibe además el interés por parte de las instituciones de salud privadas de contribuir a la formación del recurso humano especializado en esta disciplina. El programa logra su acreditación en 2012 (Aran & Laca, 2011; Bielli, 2003).

La formación de los residentes y profesionales es responsabilidad del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, de creación reciente, y está en manos de docentes especialistas en esta área. Se basa en tres pilares: Clínica, Familia y Comunidad. Se destaca el progreso del marco académico dado por la implementación de las materias correspondientes y el énfasis en formación en el campo comunitario, así como la existencia

de un tutor. Él se encarga de guiar y asesorar directamente al estudiante durante su proceso de especialización (Ponzo et al., 2012b).

El sistema de formación del especialista en medicina familiar tiene como objetivo facilitarle al estudiante la adquisición de una serie de conocimientos, habilidades, aptitudes y actitudes para brindar eficientemente la asistencia médica a los pacientes, realizar funciones de promoción, prevención, educación sanitaria y asumir su autoformación para desarrollarse en el contexto académico, psicológico, ético, legal y técnico de alto nivel. Otorga el título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (Bielli, 2003).

La residencia en Medicina Familiar y Comunitaria dura tres años, con una intensidad académica de seis horas semanales para la salud pública distribuida en epidemiología, administración de servicios de salud de primer nivel, antropología, educación para la salud e investigación. La práctica clínica se realiza en el primer nivel de atención, con 48 horas semanales de formación, de las cuales 12 se desarrollan en la puerta de urgencias de diversos hospitales en los servicios de ginecología, pediatría y medicina general, 24 horas clínicas, 4 horas no clínicas, y 8 horas de trabajo comunitario por semana (Bielli, 2003)

En el primer año de la residencia se realiza el abordaje familiar y comunitario en el ámbito de pediatría y gineco-obstetricia. Además, incluye un módulo de medicina preventiva (medicina familiar), salud mental, epidemiología, emergencias y actividades en consultorios ambulatorios. El segundo año se centra medicina en el adulto, que comprende el módulo de salud mental, emergencias, medicina familiar preventiva, seminarios de residentes y talleres clínicos integrales. En el tercero se realiza la integración de los conocimientos adquiridos durante los años previos de residencia mediante una práctica denominada integral, desarrollada en diferentes departamentos de Uruguay y en la cual son

necesarios conocimientos en otorrinolaringología, dermatología, geriatría, reumatología y pediatría (Jones, Sosa, & Vignolo, 2011).

2.2 Aporte de la medicina familiar a la APS

2.2.1 Ámbitos de desempeño

El primer nivel de atención y la atención comunitaria son los objetivos de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria; además, constituyen el ámbito de desempeño ideal para este especialista. Este se complementa con su participación en la educación superior. En este punto, es importante destacar el papel de las universidades en la formación del recurso humano mediante la divulgación de conocimientos teóricos y la creación de policlínicas como centros integradores docente-asistenciales en pre y posgrado que facilitan la práctica clínica, además del desarrollo de cursos de educación continuada para el equipo de APS (Kemayd, 2007). En 2010 se instalaron las primeras once unidades docente-asistenciales del primer nivel de atención, que son centros de formación de residentes y prestación de servicios de salud a la comunidad, en seis departamentos del país. En 2013 se contaba con quince de estas unidades, que incluyen unidades privadas. Esta expansión proporciona una mejor atención y mayor cobertura a los habitantes del área (Kemayd, 2007; Ponzo et al., 2012b).

En 2005 existían 129 cargos para médicos familiares. Casi una década después, se consideró que la velocidad para formar médicos familiares que se había tenido hasta el momento era insuficiente. Por esta razón, se pensó en capacitar médicos generales para que puedan convertirse en médicos familiares mediante programas de formación en servicio

(Ponzo et al., 2012b). En 2012 se contaba aproximadamente con 400 médicos familiares entre médicos ya certificados y homologables y 100 médicos familiares en formación. En la actualidad se calcula que para las necesidades de Uruguay se requieren unos tres mil médicos familiares, pero se tienen solo recursos para 559 (Ponzo et al., 2012b).

2.2.2 Rol del médico familiar en el desarrollo de la APS

Aunque en Uruguay se reconoce que la atención primaria en salud es mucho más que el primer nivel de atención, también se identifica la necesidad de que este sea fuerte, y para ello la figura del médico familiar es fundamental. De hecho, la especialidad se valora como una disciplina médica específica de la atención primaria en salud (APS), con un objeto y método particulares, cuyo trabajo se fundamenta en la atención de la salud de una población conocida e independiente de la edad, sexo o patología de sus integrantes (Dibarboure, 2006). Se le atribuyen características fundamentales como son la atención longitudinal o continuada, íntegra y coordinada de la salud en el contexto familiar y comunitario. Además, la mayor frecuencia de contactos con el grupo familiar genera más oportunidades para prevenir patologías mediante la educación de cada uno de sus miembros, con lo cual se promueve el estado de bienestar biopsicosocial de la población a su cargo (Dibarboure, 2006).

En consecuencia, el funcionamiento del modelo de atención primaria en salud en Uruguay se ha determinado a través de las siguientes tareas: atención de la demanda que incluye situaciones de urgencia, atención programada de episodios no urgentes, de pacientes crónicos, control de niños sanos y mujeres embarazadas, atención domiciliaria para controlar episodios de enfermedad limitados, verificación de la información y observación

el entorno familiar del paciente. Otras tareas son la educación sanitaria sobre hábitos de vida saludable, vacunación, salud sexual y reproductiva(Dibarboure, 2006).

Para que el médico familiar pueda ejercer su labor de manera integrada con las otras especialidades, en 2008 se planteó la necesidad de intentar integrar en centros primarios que funcionaran como puerta de entrada exclusivo al sistema de atención a establecimientos extrahospitalarios, especialmente intendencias municipales, consultorios de medicina familiar de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), centros de salud, policlínicas de las intendencias municipales y policlínicas dependientes de organizaciones no gubernamentales (Dibarboure, 2006). Lo ideal es que cada centro tenga a su cargo pacientes afiliados a ASSE por el Sistema Nacional Integrado de Salud que vivan en un área delimitada y se ofrezca un tiempo de servicio de por lo menos ocho o veinte horas (Dibarboure, 2006).

Esta especialidad nace en respuesta a la insatisfacción de la población, debido a la tendencia existente hacia la especialización que trajo como resultado la valoración y manejo fragmentados del paciente que iban en detrimento de la calidad en su atención (Levcovitz et al., 2011). El objetivo de los médicos familiares en Uruguay es promover un cambio en el modelo de atención que permita la construcción de un primer nivel resolutivo, íntegro, con la facultad para constituir y liderar equipos interdisciplinarios, orientado a la sociedad y su ambiente, que promueva actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación de los diferentes grupos poblacionales (Levcovitz et al., 2011). Para ello se requiere un volumen de médicos familiares mayor del que se tienen en el momento (2014).

3. Conclusiones

El sistema de salud en Uruguay está compuesto por sectores público y privado que se articulan a través del Sistema Nacional Integrado de Salud. Esto permite una mayor cobertura de toda la población tanto en el área urbana como rural. El sistema se encuentra en un periodo de expansión y consolidación mediante la instalación de unidades docente-asistenciales en el primer nivel de atención; sin embargo, aún está en la búsqueda de que la medicina familiar sea la puerta de entrada al sistema de salud.

La Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria apoya el cambio en el modelo de atención y considera que se logrará con el incremento en el número de profesionales en Medicina Familiar y Comunitaria. Para esto uno de sus objetivos es promover el desarrollo profesional continuo. Esto coincide con el objetivo de incrementar el número de médicos familiares, proceso que inició en 1997 y se ha acelerado a partir de 2009. Sin embargo, el número de profesionales en medicina familiar y comunitaria a 2014 aún es reducido.

Teniendo en cuenta las áreas de desempeño del médico familiar, la atención a diferentes grupos etarios independientemente de sexo o afección, la longitudinalidad, la continuidad, el enfoque preventivo y de riesgo y la capacidad en coordinación de la atención, se considera al médico familiar como el especialista idóneo para manejar de manera asertiva y precisa los programas de atención primaria.

La integración entre los centros de atención públicos y privados con los programas académicos de la universidad, convierte estas unidades docente-asistenciales en una proyección definida para consolidar al médico familiar como puerta de entrada y así aportar al desarrollo del modelo de APS en Uruguay.

OBRAS CITADAS (References)

- Agencia Central de Inteligencia [CIA]. (2014). *The World Factbook*. Recuperado de <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ve.html>
- Aran, D., & Laca, H. (2011). Sistema de salud de Uruguay. *Salud Pública De México*, 53(2), 5274.
- Berterretche, R., & Sollazzo, A. (2012). El abordaje de la atención primaria de salud, modelos organizativos y prácticas: Caso de un centro de salud público urbano de montevideo, Uruguay 2011. *Saúde Em Debate*, 36(94), 461 - 472. doi:10.1590/S0103-11042012000300017
- Bielli, H. (2003). *Programa de formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria* Recuperado de https://www.google.com.co/?gws_rd=cr&ei=1xfXUpaRHIapKAfxg4CwBg#q=http://medfamcom.files.wordpress.com/2012/09/programamfyc1.doc
- Ciriacos, C., Pietrafesa, D., Pérez, M. & Cousté, N. (2006). Historia de la medicina familiar en Uruguay. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2006/hf062g.pdf>
- Dibarboure, H. (2006). La atención primaria de salud (APS) en Uruguay. Recuperado de <http://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos3/art8.pdf>
- Jones, J. M., Sosa, A., & Vignolo, J. (2011). Formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria. *Facultad De Medicina Universidad De La República.*,

Recuperado de Universidad de la república

<http://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos3/art7.pdf>

Kemayd, A. I. (2007). Medicina familiar en Uruguay: Hacia un nuevo modelo de atención.

Atención Primaria, 39(8), 445. doi:10.1157/13108620

Levcovitz, E., Antonioli, G., Sánchez, D. & Fernández, M. (2011). Atención primaria de

salud en Uruguay: Experiencias y lecciones aprendidas. montevideo. Recuperado de

<http://Uruguay.campusvirtualsp.org/sites/default/files/webfiles/contenido/OPS - libro de APS-2011-FINAL-tapas.pdf>

Muñoz, M., & Fernandez, M. (2009). Perfil de los sistemas de salud república oriental del

Uruguay. *OPS*, 3, 71.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estadísticas sanitarias mundiales 2013*. ().

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf: Recuperado de <http://apps.who.int/>

Ponzo, J., Niz, C., Sosa, A. & Cuadrado, M. (2012a). Formación de especialistas en

medicina familiar y comunitaria en Uruguay. Recuperado de

<http://www.observatoriorh.org/?q=node/611>

Rios, G. 2. (2014). *Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud*

en los países de américa del sur. Mapeo de la APS en Uruguay. (). Retrieved from

[http://www.isags-unasursalud.org/uploads/biblioteca/7/bb\[185\]ling\[2\]anx\[559\].pdf](http://www.isags-unasursalud.org/uploads/biblioteca/7/bb[185]ling[2]anx[559].pdf)

Sollazzo, A., & Berterretche, R. (2011). El sistema nacional integrado de salud en Uruguay y los desafíos para la atención primaria. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/21.pdf>