

Medicina familiar en Uruguay: hacia un nuevo modelo de atención

Ana Iris Kemayd Rotta

Palabras preliminares de la autora: «Para la elaboración de este artículo me ubiqué en el lugar de alguien que conoce la medicina familiar en Uruguay desde sus primeros pasos y que ha trabajado en ella durante todo este lapso. Mi profunda implicación en ella hace que el artículo refleje mi propia visión del hoy, el pasado y el futuro de la medicina familiar en nuestro país, por lo que asumo el sesgo personal. He tratado de que sea operativo y no obstaculizador. Otro sesgo, producto de mi condición de docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, primero en comunidad y actualmente como profesora adjunta de grado 3 del Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria, seguramente también impregna mi visión».

Antecedentes

En Uruguay, el cargo de médico de familia fue creado por decreto a través de la Ley 15903 en el año 1987. Su figura aparece en el ámbito de la salud pública en el trabajo con poblaciones carenciales. Estos médicos recibieron adiestramiento específico en la especialidad a través de cursos con asesores de la Organización Panamericana de la Salud (las Dras. Cedrado de Carpio y Vedilei). No obstante, desde mucho antes de la citada ley se disponía en Uruguay de experiencias de una práctica médica integral en el primer ámbito de atención, desde las que el médico general ocupaba un lugar de privilegio en la atención de las personas y de las comunidades. Muchas de estas experiencias fueron desconocidas para la mayoría, salvo para sus beneficiarios, la población.

A partir de 1987, y durante 3 años más, se desarrollaron cursos de capacitación en medicina familiar, en los que se formó a un total de 130 médicos de familia que pasaron a desempeñar acciones en el ámbito de la salud pública. Casi todos estos médicos han obtenido el título de especialista en medicina familiar y comunitaria expedido por la Es-

cuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, encontrándonos actualmente en actividad en el ámbito público bajo la órbita del Ministerio de Salud.

La relación laboral del Ministerio de Salud con los médicos de familia es contractual (8 años) con un área de responsabilidad asignada, con acciones de prevención, promoción y educación para la salud, y asistenciales en el domicilio y el consultorio, coordinación con el centro de salud de referencia de la zona, así como con los diferentes programas sanitarios y las organizaciones sociales, vecinales, escuelas, merenderos, guarderías y otros actores del primer ámbito de atención de la zona.

Hasta la asunción del gobierno actual, había una Unidad Nacional de Medicina Familiar que se encargaba del control programático, evaluativo, de coordinación y de supervisión de los médicos de familia. Una de las primeras medidas tomadas por la actual ministra de Salud es la disolución de dicha unidad, por lo que los médicos de familia pasan a depender de los directores de los centros de salud. Se creó también la figura del coordinador regional (referente de área en el primer ámbito de atención), quien también tiene ingerencia en la organización, supervisión y evaluación de los médicos de familia.

Situación académica

La presencia de la especialidad en la facultad de medicina tiene su antecedente en el decanato del Prof. Carlevaro con el surgimiento del programa de extensión universitaria APEX CERRO y el programa de practicante de salud familiar, que comienza en el pregrado con formación en comunidad mediante pasantías; estos primeros equipos docentes estaban a cargo principalmente de pediatras y psicólogos. Aunque la consolidación académica de la medicina familiar no se produjo con la celeridad que hubiéramos deseado, algunos hechos relevantes en materia educativa fueron los siguientes:

1. La incorporación de la medicina familiar y comunitaria como especialidad en el Programa Nacional de Residencias Médicas, a partir del año 1996, con el ingreso de los primeros 4 residentes de esta especialidad; en el año 2005 se alcanzaron los 25 cargos de la especialidad. A cada resi-

Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar. Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria. Uruguay.

Palabras clave: Gestión. Uruguay. Docencia.

dente se le asigna un tutor que lo asesora, orienta, supervisa, guía el aprendizaje y evalúa junto con el equipo docente, durante los 3 años que dura la residencia (los tutores son en su amplia mayoría médicos de familia y el cargo es honorario). En estos momentos, cumplidos los primeros 8 años de implementación de esa residencia, tenemos 43 egresados, 54 residentes en ejercicio y 8 posgrados distribuidos en 3 generaciones. En el año 2006 han ingresado 25 nuevos residentes en medicina familiar y comunitaria y un posgrado, que están comenzando su formación.

2. La creación del Departamento de Docencia en la Comunidad en el año 1998, que brindó en los ciclos clínicos patológicos I, II y III (quinto, sexto y séptimo años de la carrera) pasantías por comunidad con una frecuencia bisemanal a cargo de médicos generales, pediatras, ginecólogos, psicólogos y epidemiólogos.

3. El reconocimiento de la medicina familiar y comunitaria como especialidad médica por la facultad de medicina se produjo en el año 2001.

4. La asunción de la responsabilidad académica del posgrado por el Departamento de Docencia en Comunidad se produjo a partir del año 2002.

5. El cambio de denominación del Departamento de Docencia en Comunidad a Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria se produjo por resolución del Consejo de Facultad de Medicina del 1 de septiembre de 2004. Este departamento tiene responsabilidad en la formación del pregrado con cursos en el sexto y séptimo años de la carrera de doctor en medicina, donde el estudiante realiza actividades en el consultorio y comunitarias en un área asignada, con una carga de 8 h semanales durante todo el año curricular. Estos cursos tienen una evaluación continua realizada por el equipo docente durante todo el año y otra final integrada al resto de los cursos. Actualmente, el cargo de profesor de grado 5 está vacante, y se dispone de un «colegiado» de grado 4 encargado de la dirección (pediatra, psiquiatra, internista, epidemiólogo, médico familiar y comunitario). El resto del plantel docente está compuesto por médicos familiares, internistas, pediatras, ginecólogos, psicólogos y epidemiólogos, con un 20% correspondiente a la especialidad de medicina familiar y comunitaria. La formación en esta especialidad también está a cargo de estos equipos docentes, distribuyéndose los residentes y posgraduados durante los 3 años de formación por las diferentes zonas. A este equipo se suman los tutores que, como ya se ha mencionado, son en su mayoría médicos familiares con actuación destacada en medicina familiar y comunitaria, que trabajan como docentes honorarios; con ellos, el residente/posgrado trabaja en su formación en la especialidad durante los 3 años, y el tutor tiene la responsabilidad en todo el proceso de enseñanza/aprendizaje, incluida la evaluación.

6. Las nuevas autoridades, encabezadas por el decano Dr. F. Schelotto, tienen en su plan de trabajo una muy firme y acabada propuesta respecto a la especialidad de medicina

familiar y salud comunitaria y valoran su importancia en la formación de pregrado y posgrado. Esto trae nuevos aires para los médicos de familia de Uruguay.

Por último, cabe mencionar a la Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar (SUMEFA), sociedad científica que agrupa a médicos de familia desde el año 1989 y que, tradicionalmente, no sólo se ha abocado a los aspectos científicos, sino que también se ha comprometido con las reivindicaciones gremiales de sus afiliados.

Integrante desde su conformación, del Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF), y luego de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), forma parte actualmente de la región Mercosur de CIMF WONCA y ha participado en numerosas actividades destinadas a desarrollar la salud familiar y la medicina familiar, como la Declaración de Ontario (Canadá), en 1994; la Declaración de Buenos Aires (Argentina), en 1996; la I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en Sevilla (España), en mayo de 2002; la I Reunión de Expertos en Certificación Profesional y Acreditación de Programas de Medicina Familiar (Cumbre de Margarita) en noviembre de 2003, y la II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en octubre del 2005 en Chile.

Entre las actividades internacionales de nuestra sociedad científica se pueden mencionar desde el Primer Encuentro Rioplatense de Medicina Familiar hasta el V Congreso Uruguayo de la especialidad y IV del Mercosur, que fue sede en 1997 del Primer Congreso de Medicina Familiar del MERCOSUR, en Punta del Este; este evento marcó un hito en nuestra historia por su calidad técnica, científica y humana, y representó un capítulo novedoso dada la participación activa de las comunidades en nuestros eventos científicos.

SUMEFA tiene en su haber numerosos cursos, actividades de investigación y de difusión de la especialidad, de relación con otras sociedades científicas y con el Sindicato Médico de Uruguay, pero desde nuestra más profunda convicción queremos reafirmar que el médico de familia y comunitario es el recurso humano fundamental de un modelo de atención más humano, centrado en las personas, con capacidad para el abordaje integral de los problemas de salud y su tratamiento eficiente. Parece entonces impostergable por parte del Ministerio de Salud valorar la situación actual en cuanto a la disponibilidad de los recursos y su capacitación. La sociedad coincide en la importancia de la dedicación exclusiva de este especialista a su función, para lo que debe haber una remuneración adecuada, ya que, si se trata de priorizar el primer ámbito de atención, la asignación de los recursos es un buen indicador de políticas de salud.

Esta reseña demuestra que se ha avanzado bastante en los últimos años, pero es mucho lo que queda por hacer. Uruguay ha sido el último país de América en reconocer la medicina familiar y comunitaria como especialidad e in-

corporarla a sus programas de formación académica. Ahora es el momento, la oportunidad real de incorporarla al nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud que se está forjando. Resultaría irónico y doloroso (principalmente para la población) que, en un país que transita el cambio de modelo de atención hacia el fortalecimiento del primer ámbito, no tengan cabida los especialistas más específicos de éste, egresados de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y muchos de ellos con una vasta experiencia de años en el terreno, avalada por el propio Ministerio de Salud.

Parece que éste es un lujo al que nuestro país, nuestras comunidades y la salud de nuestro pueblo no pueden acceder; por esto, la intención de los médicos de familia de Uruguay fue, es y será aportar para ello desde todos los frentes: científico, académico y gremial.

Colofón

En la actualidad asistimos a la construcción de un nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud con un modelo de atención encaminado al fortalecimiento del primer ámbito asistencial. El médico familiar y comunitario, por su experiencia de más de 15 años de ejercicio en las zonas más carenciales atendiendo a las comunidades que más han experimentado los efectos de nuestra grave crisis económica, es el especialista idóneo del primer ámbito de atención. Los programas de evaluación y supervisión muestran a ciencia cierta la eficiencia y la eficacia del Programa de Medicina Familiar, con formación en ejercicio, avalada por el título de especialista otorgado por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Por ello resultaría utópico que no tenga aún una clara cabida en el sistema de salud público y privado.