

# LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) EN URUGUAY

Dr. Hugo Dibarboure Icasuriaga\*

## 1. INTRODUCCIÓN

En los límites necesariamente breves de un artículo se exponen ideas relativas a la Atención Primaria de Salud (APS), a la atención de la salud en el primer nivel y su relación con la atención en otros niveles.

La institucionalización de la APS en el sistema de atención de la salud es una operación compleja que supone una modificación cualitativa de todos los sectores involucrados, no sólo del primer nivel de atención.

Para lograr este tipo de modificaciones, cuando existen en el sector grupos que apuestan con fuerza al statu quo, como es el caso, se requiere una voluntad política firme

que exprese el apoyo de todos los actores involucrados además de la autoridad sanitaria: otros organismos estatales, Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), gremiales médicas, corporaciones médicas, Universidad de la República (UDELAR), gremiales de trabajadores de la salud, usuarios de los servicios, quienes parece comienzan a organizarse, etcétera. Será indispensable la coordinación de servicios. Es decir, se plantea en realidad una alternativa de atención que involucra a la globalidad del sistema, aunque sea más específica para el primer nivel que es el que requiere una reformulación sustantiva, de mayor entidad.

La línea estratégica determinante de las acciones en salud deberá

ser el beneficio del usuario, considerando la globalidad de factores concurrentes: individuales, familiares, comunitarios. En este sentido se enfatiza el objetivo de resolver completamente el episodio de enfermedad o la consulta en el lugar de la atención: examen clínico, exámenes complementarios, medicación, trámites administrativos, etcétera.

## 2. SOBRE LA APS Y LA MEDICINA FAMILIAR

Con respecto a la APS consideramos que el documento de Alma Ata<sup>(1)</sup> que como el Quijote muchos citan y pocos leen, es confuso y equívoco. Remitimos a quienes se interesen en verificar lo que decimos al artículo de Vicente Navarro<sup>(2)</sup> y a su comentario por quien suscribe<sup>(3)</sup>. Esta naturaleza equívoca y confusa de dicho documento se expresa en el proceso de institucionalización de la APS en Uruguay, creada dependiendo de la Dirección General de la Salud (DIGESA) como una División sin servicios de atención de la salud, orientada por la Comisión Nacional de APS, organismo deliberante de 34 miembros. Esta comisión consideró que se debían coordinar no sólo servicios de atención de la salud (que no tenía bajo su égida por su ubicación en el organigra-

ma del Ministerio de Salud Pública) *“sino dinamizando a todos los actores sociales que buscan mejorar los niveles de bienestar... los que se expresan en términos de salud, alimentación, vivienda, educación, producción, empleo, ingreso familiar y consumo tanto para el individuo como para la comunidad”*<sup>(4)</sup>. Esta concepción idealista y grandilocuente de la APS, según la cual vamos a lograr la justicia social con una comisión en el MSP, expresa como un retruécano al documento de Alma Ata cuando invoca *“un espíritu de cooperación técnica conforme al nuevo orden económico internacional”*<sup>(1)</sup> capaz de lograr la salud para todos en el año 2000, según el eslogan de la época.

Pretender modificar situaciones económicas y sociales de poblaciones pobres, que no son vulnerables por acciones que puedan emprenderse desde el sector salud, determina que el empeño sea retórico y burocratizador en general y frustrante para los bien intencionados. Ello no implica que el médico o el equipo de salud actuante no contribuyan a atenuar situaciones concretas que se le presenten en su práctica. Por otra parte, aquella pretensión nos distrae de lo específico: el trabajo en el sistema de atención de la salud. Si lográramos su adecuación a la estrategia de APS podríamos aportar beneficios

concretos a la población y profundizar en el conocimiento de cómo operan las condiciones sociales, la pobreza y la riqueza para producir enfermedad y muerte. Vale la pena citar a Marcia Angell: *“Burocratizar nuestra apreciación de la importancia del status socio-económico en la salud, podría sugerir que la atención médica es menos importante. Sin embargo existen enfermedades que requieren atención. El hecho de que algunas tengan una base socio-económica y sean por lo tanto teóricamente prevenibles, no disminuye la necesidad de su tratamiento o de su paliación”*. *“Aunque la atención de la salud no influya mucho sobre las tasas de mortalidad y morbilidad en grandes poblaciones, para los individuos no sólo puede ser salvadora en algunas circunstancias, sino además determinar la diferencia entre una aceptable calidad de vida y otra de sufrimiento”*<sup>(5)</sup>.

**Con respecto a la Medicina Familiar** se considera la disciplina médica específica de la APS<sup>(6)</sup>. La hemos definido como una artesanía cultural que se ocupa de la salud del ser humano<sup>(7)</sup>. Es frecuente que algunos que no la han practicado nunca, se refieran a la Medicina Familiar (MF) como una disciplina que *“atiende problemas de escasa complejidad”*, o que *“se ocupan de pacientes con baja probabilidad de*

*presentar una enfermedad grave”* mientras *“el especialista se centra en personas que tienen mayor probabilidad de padecer un trastorno o daño”*<sup>(8)</sup>. Son formas de desestimar y desacreditar, con conciencia o sin ella, a quienes la practican, de alentar la medicina fraccionada de los especialistas, *“los que saben cada vez más de cada vez menos”* (Pascal dixit), de mantener el statu quo sin mencionarlo. Para ser breve, algunos comentarios: ¿cómo se estima la probabilidad de una enfermedad grave?, ¿deberíamos dominar las tablas de las aseguradoras y orientar los pacientes según ellas?, ¿quién asume y cómo la responsabilidad de un paciente hipertenso, con una coronariopatía, prostático, diabético, con una depresión?, ¿es el oncólogo quien hace con mayor frecuencia el diagnóstico precoz de cáncer? A la frase *“escasa complejidad”* le falta un adjetivo: tecnológica. Porque adentrarse en la manera de ser, en el comportamiento de personas, en sus relaciones familiares, en la modalidad de su inserción laboral y comunitaria, etcétera, es complejo. Lograrlo lleva tiempo, supone una buena interrelación humana, un buen desempeño profesional y es indispensable para realizar adecuadamente el trabajo en salud en primera línea de atención<sup>(9)</sup>. Finalmente, quien quiera instruirse so-

bre la complejidad de la formación en MF puede consultar, por ejemplo, el programa de la Residencia correspondiente en España ([www.semfyec.es](http://www.semfyec.es)).

**Es una disciplina médica específica:** -Con un objeto específico de atención: la atención de la salud de una población conocida, estable, no seleccionada según edad, sexo o patología. -Con un método específico de trabajo: la atención permanente de la salud de aquella población, mantenida en el tiempo (longitudinal), centrada en la familia, orientada a la comunidad mediante un equipo de salud estable.

Es esencialmente una disciplina clínica.

Sus **características fundamentales** son:

-la atención longitudinal cuya importancia se debe enfatizar con fuerza. “*La esencia de la relación entre el médico general y el paciente es su continuidad*”, dice Balint<sup>(10)</sup>, “*La atención continuada, íntegra y coordinada de la salud, es un privilegio de la Medicina Familiar*” dice Taylor<sup>(11)</sup>. La American Medical Association (AMA) incluye la *Continuity of care* como el primer principio de la MF<sup>(12)</sup>. La consideración global del hombre es función de su atención continuada. En vez de la suma no integrada de seccio-

nes transversales que por aposición constituye la forma de proceder del especialismo con el paciente, su conocimiento es longitudinal, entero, continuadamente sucesivo. En vez de la fotografía del episodio, el filme de la historia. “*La satisfacción del paciente se vincula con su atención personalizada y continua. Si la satisfacción del paciente es aceptada como una parte integrante de la calidad de la atención, debe reforzarse aquella característica de la atención como un medio de incrementar dicha calidad*”<sup>(13)</sup>.

- Atención en el contexto familiar y comunitario.
- Alta frecuencia de contactos, por lo menos con el grupo familiar.
- Cada contacto es una oportunidad de prevención y valoración de todo el grupo familiar.
- Compromiso con la población a cargo para mantener su salud y resolver problemas de enfermedad independientemente de edad, sexo, órgano o sistema involucrado.

### 3. ORGANIZACIÓN

En la situación actual del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), las alternativas parecen ser dos:

-**Primera opción.** Servicios de APS de todas las instituciones de atención de la salud, integrados

según población con base territorial.

**-Segunda opción.** Servicios de APS organizados por cada institución para su propia población.

**La primera opción** es inexistente en el momento actual; muy difícil de lograr. Ya se señalaron razones que lo explican, basadas en la contradicción existente entre lo que se plantea, una alternativa de atención que involucra a la globalidad del sistema, aunque sea más específica para el primer nivel que es el que requiere una reformulación sustantiva, y la existencia de poderosos grupos que apuestan con fuerza al statu quo.

**La segunda opción** parece viable en forma más inmediata. ASSE en cuanto institución prestadora de servicios de atención de la salud, puede intentar la reformulación global de sus propios servicios. Puede así mismo intentar la integración con establecimientos extrahospitalarios de otras instituciones del Estado, especialmente intendencias municipales. Ello puede suministrarle además de la experiencia, mayor afiliación y por lo tanto mayor ingreso. ASSE dispone de una red de establecimientos extrahospitalarios importante, especialmente en el interior, muchas veces en buen estado o mejorables

sin gastos excesivos con la posible ayuda de comisiones de apoyo que existan o se creen. Por otra parte, puede ofrecer mayor accesibilidad al servicio al no cobrar tiques de copago y facilitar la solución de problemas en el lugar (problemas administrativos, entrega de medicamentos, obtención de muestras para exámenes de laboratorio, etcétera). Pero deberá evitarse que se ofrezca un paquete restringido de servicios en tanto subsistema para la población pobre que entonces no pueda acceder a todos los servicios, con equidad. Deberá valorarse la posibilidad de integrar también a policlínicas dependientes de ONG, con años de experiencia en el trabajo en terreno, negociando los términos de autogestión y dependencia jerárquica de ASSE. A continuación se exponen las bases organizativas que considero pertinentes.

**Nómina de establecimientos participantes.** Según las áreas podrá comprender: consultorios de MF de ASSE, otros establecimientos extrahospitalarios de ASSE (Centros de Salud), establecimientos extrahospitalarios de instituciones públicas no dependientes de ASSE, policlínicas de las intendencias municipales, policlínicas dependientes de ONG según se ha planteado. Deben registrarse:

nombre del establecimiento, domicilio, teléfono, correo electrónico si tuviera, institución responsable en el caso de las ONG, persona y cargo responsable de su actividad, nómina de personal actuante con especificación del cargo.

**Organización en red.** Se trata de vincular a policlínicas donde se realiza exclusivamente atención de primer nivel, para establecer el trabajo coordinado entre ellas. Para la elección de los establecimientos predominará el criterio geográfico, es decir, se regionalizará en áreas que agrupen integradamente a las policlínicas. Cada conjunto tendrá el mismo establecimiento de referencia de segundo nivel de atención (Centros de Salud, Centro Auxiliar en el interior) y de tercer nivel (Hospital).

No se crea que organizando el servicio de esta manera seríamos originales. *“Los Centros Primarios de Salud se definen como una institución capaz de proporcionar varios servicios preventivos y curativos organizados unitariamente. Estarán constituidos por servicios de medicina curativa y preventiva conducidos por los médicos generales del distrito, en conjunción con un eficiente servicio de enfermería y con la ayuda de consultantes y especialistas”.* *“Un grupo de Centros Primarios de Salud estará relacionado con un Cen-*

*tro Secundario de salud donde serán referidos pacientes complejos o que requieran tratamientos complejos”.*

(14)

**Condiciones del servicio.** Cada policlínica tendrá asignada un área de responsabilidad claramente delimitada y estará a cargo de la atención en salud de sus habitantes afiliados a ASSE por el SNIS. Es importante tener la información de la población a cargo a través de los propios servicios de ASSE y de la población potencial usuaria del servicio para su captación. A esos efectos será ineludible realizar las gestiones pertinentes en el Instituto Nacional de Estadística (INE). Se intentará lograr áreas de 1.000 a 1.500 habitantes. Deberá ofrecerse la mayor disponibilidad posible de servicio, por lo menos de 8 a 20 horas, o mejor aún hasta las 22 o 24 horas. Ello exigirá una organización grupal, no de un solo médico, y mayor dotación que la habitual de recursos humanos no médicos. Será la boca de entrada exclusiva al sistema de atención, salvo excepciones a determinar. Es una condición fundamental para el adecuado funcionamiento del sistema que se propone<sup>(15)</sup>.

**La relación con los otros niveles de atención.** *En relación con el segundo nivel de atención se realizará en forma coordinada la consul-*

ta con especialistas, transporte de muestras, otros exámenes complementarios, ecografía, electrocardiograma, radiología, transporte de pacientes, uso de la farmacia. Las consultas con especialistas se realizarán con la presencia del médico que la solicita, preferentemente en el local del primer nivel.

*En relación con el nivel hospitalario* deberá personalizarse la relación entre médicos, aunque sea telefónicamente, pero se trata de que haya una presencia en el hospital del médico a cargo del paciente en el área extrahospitalaria. En el caso del parto es de la mayor importancia que el médico que controló el embarazo acompañe a la paciente y, eventualmente, pueda educarse en servicio para atender el parto normal bajo supervisión del personal hospitalario a cargo.

Tomando como prototipo el programa para la atención extrahospitalaria del paciente oncológico, podrán desarrollarse programas similares. En estos casos deberá estar presente el médico que remitió el paciente al hospital.

Las consultas se harán mediante un resumen de la historia y un comentario sobre los problemas del paciente que la justifican. A su vez, el consultante remitirá un resumen de su observación o una ficha de alta cuando corresponda. Estos documentos se incorporarán

a la historia clínica del paciente.

**Red informática.** Será de gran importancia para la vinculación de las policlínicas del primer nivel entre sí y con los otros niveles de atención. Permitirá tener el registro de todos los usuarios según lugar de atención y con el tiempo una base de datos de historias clínicas.

#### 4. RECURSOS

**Físicos.** El local debe disponer, como mínimo, de dos consultorios médicos, un consultorio odontológico, una sala de enfermería, una sala de espera, lugar de estar del personal, lugar para depósito, baño para personal, baño para público. Tendrá adecuada separación y aislamiento del medio natural, adecuada separación y aislamiento de los locales de atención del medio social. Son importantes los aspectos relativos a abastecimiento de agua, eliminación de excretas, y seguridad.

**Equipamiento.** Mobiliario adecuado a las funciones desarrolladas, teléfono, fuente de calor, balanza de adultos, balanza pediátrica, talla de adultos y pediátrica, estetoscopios, estetoscopio de Pinard, esfigmomanómetro, oxímetro de pulso, otoscopio, oftalmoscopio,

tabla de registro de la agudeza visual, espéculos vaginales, material de pequeña cirugía, material de inyectables, material de extracción y almacenamiento de muestras, laringoscopio y sondas traqueales, balón de oxígeno, manómetro y material para la oxigenoterapia y para la realización de nebulizaciones si no se dispone de nebulizadores, poupinel u olla a presión, material de enfermería, tubos de ensayo, material odontológico.

**Humanos.** Serán: médico de medicina general o MF, odontólogo, auxiliar de enfermería, auxiliar de limpieza. El número de ellos dependerá de la cobertura horaria del servicio y del número de habitantes y la estructura demográfica de la población a cargo. Deberá establecerse una relación periódica permanente con personal del segundo nivel de atención que ejerza sus funciones propias directamente, y de asesoramiento cuando corresponda. Se plantean en relación con Enfermería (licenciada en enfermería), Servicio Social (asistente social) y con médicos consultantes.

Las características de la demografía médica en el país dificultan la posibilidad de contar con recursos humanos en cantidad suficiente, con una formación adecuada a la función. En una población

médica de 15.000 para 3.500.000 habitantes (1 médico cada 230 habitantes) el 90% de los médicos son especialistas y la mitad de ellos tienen más de una especialidad<sup>(16)</sup>. La formación académica de MF comienza con la Residencia en 1997 y el postgrado recién se crea y funciona algunos años después, por lo que el número de MF producido es notoriamente escaso, digamos poco más de una centena.

Podrá disponerse de especialistas en Medicina Interna y Pediatría para el trabajo en el primer nivel, pero deberán adiestrarse para tener cierta polivalencia que les permita cumplir su función según se ha definido para el MF. Está demostrado que otros especialistas no son funcionales para el trabajo en el primer nivel. En otros países hay experiencia en la adaptación médica que se plantea.

Los médicos generales (graduados sin cursos de postgrado) deberán valorarse individualmente en cuanto a su competencia profesional para el cargo y según esa valoración podrán requerir cursos complementarios o no. Existe una masa de médicos con pocos años de recibidos y penosas situaciones laborales. En el interior existen médicos autodidactas en MF con una rica experiencia en terreno.

Respecto del personal auxiliar de enfermería y de limpieza, con-



sideramos importante que proceda del lugar donde trabaja o de sus alrededores. Sirve como nexo adecuado con la población a cargo, contribuye a la comprensión de pautas culturales diferentes entre población usuaria y equipo de salud, introduce el lenguaje adecuado para el entendimiento, se siente comprometido con el trabajo que realiza, el ausentismo sería mínimo. Las exigencias actuales de la Facultad de Enfermería respecto a que el ingreso a cursos de Auxiliar de Enfermería se limita a quienes tengan aprobado 6° año de Secundaria, constituye un grave error. En Uruguay hay una relación de 5 a 1 entre el número de médicos y el de personal de enfermería. Debiera validarse la formación en servicio de este personal con todos los controles y evaluaciones que se quieran, pero permitiendo su incorporación al trabajo. La selección debe basarse en cualidades personales, no en bases curriculares excluyentes que no aseguran personal apto.

## 5. FUNCIONAMIENTO

**Tareas.** *Atención de la demanda* incluyendo situaciones de urgencia.

*Atención programada* de episodios no urgentes, de pacientes crónicos y su seguimiento, control del niño sano, de embarazadas. Se

incluye en el punto la consulta con ecografista para ecografías programadas y capacitación en servicio del MF.

*Atención domiciliaria* para control evolutivo de episodios de enfermedad breves, para control y complemento de información sobre portadores de afecciones crónicas y para tener una visión directa del conjunto familiar y su habitat.

*Rehabilitación domiciliaria.*

*Atención relativa a salud reproductiva.*

*Prevención* de cáncer de cuello uterino, mama, próstata, colon.

*Educación sanitaria* sobre aspectos preventivos, vacunación, hábitos alimentarios, modificaciones del estilo de vida, salud reproductiva, programas de autoayuda, etcétera.

*Realizar como mínimo* una consulta anual por usuario, considerando que se puede visitar un hogar sin que necesariamente consulte cada integrante.

*Exámenes complementarios de laboratorio*, sencillos, encuadrados dentro de lo que en otros medios se denominan laboratorio en consultorio, near patient test (NPT) o point of care. (Glucemia mediante sangre capilar, exámenes inmunológicos para la *pesquisa* de HIV, hepatitis A y B, VDRL, toxoplasmosis, cinta reactiva para la orina, PSA, estreptococo B, etcétera).

*Vacunaciones.*

*Registro de las consultas en formularios de consulta y en la historia clínica familiar.*

*Esterilización de materiales.*

*Registro de la actividad de enfermería.*

*Instrucción del personal auxiliar* relativa a limpieza del local; lavado, desinfección y esterilización de materiales; tratamiento de desechos; seguridad en depósito de fármacos si los hubiera.

*Programa de farmacia y de recolección de muestras* en relación con el establecimiento de segundo nivel, que permita realizar esas tareas sin necesidad de que el paciente se desplace a dicho establecimiento.

*Coordinación con programas de dirección centralizada:* anticoagulación, fisioterapia, cuidados paliativos, farmacodependencia, salud mental.

*Formación, asesoramiento y colaboración* con la Comisión de Apoyo.

*Administración de recursos* en la medida en que se indican gastos.

*Formulación de un programa de estudio de la morbilidad* con la colaboración de sectores centralizados competentes.

## **Procedimientos**

Control de la vía aérea. Control de la vía venosa. Electrocardiogra-

fía clínica programada mediante la rotación periódica de un electrocardiógrafo entre las policlínicas involucradas. Oximetría. Exámenes complementarios de laboratorio según técnicas de NPT comentadas. Sondaje vesical. Toma de muestras para estudio de Papanicolaou. Colocación de DIU. Procedimientos de pequeña cirugía: sutura de heridas, curaciones, drenaje de abscesos, panadizos, bartholinitis, tratamiento de quemaduras de primer y segundo grado cuando no haya compromiso vital ni funcional, toma de biopsias cuando corresponda, etcétera. Otoscopia. Oftalmoscopia.

## **6. EVALUACIÓN**

Deberá evaluarse la calidad de la atención de la salud en cada área de atención, en el conjunto de ellas, en el establecimiento de segundo nivel y en el nivel hospitalario cuando corresponda. Se propone para el primer nivel, a modo de ejemplo:

*-medidas de la actividad:* tasa de consultas, tasa de historias clínicas adecuadas, cobertura poblacional de inmunizaciones, cobertura de test de Papanicolaou.

*-evaluación de la calidad:* tasas de traslado adecuado/inadecuado de pacientes; tiempo transcurrido entre la primera consulta y el diag-

nóstico según el registro de la historia clínica; estadio del cáncer en el momento del diagnóstico; tasa de compensación metabólica de diabéticos; tasa de compensación de pacientes hipertensos; grado de satisfacción de los usuarios; grado de satisfacción del personal sanitario.

---

\***Médico. Administrativo de salud, medicina interna.**

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. WHO. International Conference on Primary Health Care, Alma Ata. Geneve: WHO, 1978.
2. **Navarro, Vicente.** A critique of the ideological and political position of the Brandt Report and the Alma Ata Declaration. International Journal of Health Services. 1984;14:159-72.
3. **Dibarboure Icasuriaga, Hugo.** Comentario a Navarro, V. "Crítica de la posición ideológica y política de la Declaración de Alma Ata". Compendio: Vol. 11, N° 5, págs. 4-15, noviembre 1988. Traducción del autor.
4. MSP. UNICEF. Atención Primaria de la Salud. Documento N° 1. Montevideo, 1987.
5. **Angell, Marcia.** Privilege and Health. What is the connection? N. Engl Med 1993; 29:2,126-7.
6. OMS-WONCA. Conferencia conjunta. London, Ontario, Canadá. Noviembre 1994: "Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia".
7. **Dibarboure Icasuriaga, Hugo.** Problemas de la Medicina Rural uruguaya. Oficina del Libro, 1970.
8. **Lazarov L, et al** Reestructura del primer nivel de atención. Cuadernos de CES 1. SMU, Marzo 2008.

9. World Health Organization. Technical Report Series N° 257. Complexity of the community in Training of the physician for family practice (Complexity of the community, pag. 9) WHO. Geneva, 1963.
10. **Balint, M.** El médico, el paciente y la enfermedad Buenos Aires, Libros básicos. 1961.
11. **Taylor, RB.** Medicina de Familia, Barcelona, Doyma 1991.
12. American Medical Association. Graduate Medical Educational Programs. Accredited by the Accreditation Council for Graduate Medical Education. 1990-1991.
13. **Hjortdahl P, Laerum E.** Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *British Medical Journal* 1992;304:1287-90.
14. Lord Dawson of Penn. Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services. United Kingdom, Ministry of Health. London; Her Majesty's Stationery Offices. 1920.
15. **Starfield, Barbara.** Primary Care and Health. A cross-national comparison. *JAMA*, 1991; 226: 2268-327.
16. **López O.** DIGESA, MSP. El sistema en salud de Uruguay. DIGESA, MSP. Seminario Internacional, Montevideo, 2002.