

# SABORES Y SINSABORES DE LA APLICACIÓN DE UN NUEVO-VIEJO PARADIGMA

Dr. Baltasar Aguilar Fleitas\*

*Vida honesta y arreglada  
usar de pocos remedios  
poner todos los medios  
de no apurarse por nada.  
La comida moderada  
ejercicios y diversión  
salir al campo algún rato  
poco encierro, mucho trato  
y continua ocupación.*

Consejos para una buena salud.  
Escuela Salernitana. Siglo XIII

**Mil novecientos setenta y ocho.** Mientras en Alma-Ata, ex URSS, se horneaba el concepto y definición de la Atención Primaria de Salud -APS-, en Uruguay se

vivía uno de los peores años de la dictadura y todo hace pensar que ninguno de los múltiples componentes de aquella definición iba a recibir una entusiasta aprobación por estas latitudes, pues desbordaban los límites muy restringidos que se le pretendieron imponer a las palabras con potencial movilizador.

**Mil novecientos ochenta y cinco.** Se ponen de manifiesto los primeros signos del debilitamiento y posterior desaparición de los elementos sustanciales de lo que fue, a la postre, una gran frustración nacional: la Concertación Nacional Programática, pero que per-

mitió, sin embargo, la circulación y desarrollo de la concepción de APS. A partir de allí nadie podría ignorar el potencial transformador de esta estrategia. Sin embargo, ya habían crecido ciertas definiciones y conceptualizaciones sobre el tema, algunas fueron expresión de sabios intentos de adaptación a las realidades locales y otras, intentos minimalistas y neutralizadores de una renovadora estrategia, hechos con poco disimulo.

**Dos mil cinco.** Comienza la actual administración y no encuentra en este campo como en ningún otro, un papel en blanco sobre el cual poder edificar desde los cimientos una nueva realidad asistencial. Por el contrario, uno de los ejes de la reforma de la salud propuesta y hoy en marcha, el cambio del modelo de atención, basado en la estrategia de la atención primaria, ha sido motivo de grandes esfuerzos para vencer grandes obstáculos a todos los niveles, y se ha avanzado sobre la base de equipos técnicamente muy capaces, con alta dedicación y compromiso personal y políticamente muy claros y firmes en sus convicciones programáticas y operativas. Desmontar lo existente no parecía tampoco un camino lógico ni justo, y de hecho hubiera significado desistir de llevar adelante avances transformadores

en cuanto al cambio del modelo de atención. De todas maneras, fue necesario fijar un punto de partida, y ese punto de partida es siempre, de una manera u otra, una zona de diálogo con el pasado.

Los cambios en los modelos o paradigmas, tal como lo afirma Kuhn, se producen cuando se advierten fallas o fisuras en el modelo dominante<sup>(1)</sup>.

Es claro que el modelo biomédico excluyente, centrado en la persona enferma, que tiene como actor principal al especialista fragmentador de la compleja peripezia humana y como escenario privilegiado al hospital, que no enfatiza en la educación y prevención y que, por lo tanto, no trabaja con la persona sana, y que pone barreras de acceso geográfico, burocrático, económico y cultural a los distintos servicios, terminó demostrando fehacientemente su fracaso en mejorar la salud de una población con las características demográficas y epidemiológicas como la nuestra.

Reescribir ese texto, dibujar, diseñar, sobre ese lienzo ya pintado, nos obliga a fijarle ciertos límites prácticos a nuestra tarea: los importantes cambios procesados en el modelo de atención constituyen

---

1. Khun T. *La estructura de las revoluciones científicas*, México, Fondo de Cultura Económica, 1991.

una primera aproximación a la meta propuesta, en un camino que reconocemos de retoques, correcciones y profundizaciones.

La cultura de las organizaciones, y en este cambio participan muchas, como la propia Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), las instituciones formadoras de recursos humanos, etcétera, no es automáticamente permeable a propuestas de cambio en forma unánime. Muchas veces no es posible, por las lógicas imperantes en los colectivos y en el relacionamiento entre ellos, tomar medidas puntuales, de corto o mediano alcance que se orienten en todos sus términos e inequívocamente hacia ese objetivo superior. Por ejemplo, no existe una estricta correspondencia entre el cambio del modelo de atención propuesto y el acuerdo salarial firmado entre ASSE y las gremiales médicas.

Sin embargo, se han adoptado medidas generales y particulares que nos interesa destacar:

1) **Jerarquización del primer nivel de atención.** La actual administración creó la figura del coordinador de la Red de ASSE. El coordinador de ASSE se encarga de la administración, organización, desarrollo y control del primer nivel de atención en todo el país, sobre todo del primer nivel de atención

extrahospitalario. Ello ha permitido que se revirtiera el aislamiento histórico de los servicios ambulatorios, por lo general muy pobres, relegados a policlínicas auxiliares, para el control de los enfermos y pocas cosas más, sin recursos apropiados, que se mendigaban a los hospitales departamentales. Esa era la situación de las policlínicas barriales y de zonas rurales de nuestro país. Hoy esos servicios han sido dignificados y forman parte de una red asistencial que aún deberá fortalecerse y establecer flujos claros de referencia y contrarreferencia.

Se ha trabajado intensamente estos tres años y medio con los coordinadores en su propia capacitación y en la capacitación de sus equipos, lo que ha permitido conseguir una masa crítica de referentes que no sólo manejan las cuestiones operativas vinculadas al primer nivel, sino que han procesado una **acumulación conceptual** sobre el cambio del modelo de atención que los convierte en piezas insustituibles en la tarea por venir, que es la consolidación de los cambios ya transitados.

Es cierto que, salvo en Montevideo con la RAP, en el interior aún no se ha conformado el primer nivel como una Unidad Ejecutora provista de recursos propios. Como contrapartida, se ha legiti-

mado un espacio de negociación, primero conflictivo, ahora fecundo, de los coordinadores de ASSE con los hospitales para la reasignación y redistribución interna de recursos privilegiando el primer nivel de atención.

El presupuesto de ASSE ha crecido sustancialmente en este período, el mayor crecimiento en gastos operativos se ha dado en el interior y sobre todo a nivel de centros de menor complejidad; si bien es problemático extrapolar dicho crecimiento de recursos a un primer nivel de atención, consideramos que igualmente ese cuadro pone de manifiesto prioridades en materia de políticas de salud, con resultados en general aceptables, medidos con indicadores como la disminución de consultas en urgencia y emergencia, mejor calidad de atención y mayor cercanía de los servicios adonde la gente vive y trabaja, ámbitos adecuados para la promoción y prevención, etcétera.

2) **Territorialización.** Se han definido regiones y áreas de salud tanto en Montevideo como en el interior del país. Funcionan 22 regiones, una por cada departamento en 17 de ellos, dos en el departamento de Canelones y tres en Montevideo. En cada región se han definido áreas de salud, unidades de población y territorio, que

se han transformado en una herramienta útil de administración y programación de servicios.

3) **Capacitación.** A través de la Unidad de Capacitación de ASSE se ha venido trabajando con los coordinadores regionales, no sólo para la capacitación de los mismos sino además de sus equipos. Se encuentra en fase de proyecto, a ser presentado ante organismos internacionales, el reperfilamiento de médicos de medicina general hacia el primer nivel de atención.

En este tema cabe destacar que el cambio de modelo de atención lo visualizamos como un proceso que va mucho más allá que una simple transferencia de recursos o desconcentración de servicios tradicionales hacia los barrios o zonas rurales. No es llevar más cerca de las personas lo que se hace en los hospitales porque eso, a la postre, sería un gasto para “más de lo mismo”. Los contenidos de esa “Medicina de proximidad” son trascendentes para que se produzca el proceso de cambio de paradigma.

En ese proceso cabe destacar la introducción del concepto de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), en una serie de actividades en las que participaron los 100 médicos de área asignados a unidades de población-territorio durante esta administración.

APOC es “una práctica de medicina y enfermería, o de atención primaria, enfocada en la atención de individuos que se sienten sanos o enfermos, o en riesgo de enfermar, mientras también está enfocada en la promoción de la salud de la comunidad como un todo o cualquiera de sus subgrupos”. (Sidney L. Kark, 1983).

4) **Resolutividad.** Un primer nivel resolutivo requiere recursos humanos capacitados adecuadamente y equipamiento apropiado. Además de los esfuerzos propios realizados por la administración, se estarán incorporando en los próximos meses 3.007 equipos a través de un préstamo concedido por el gobierno de Italia. El 70% de ese equipamiento irá a las unidades asistenciales del interior del país, sobre todo a las de primer nivel de atención. Por otro lado y a través de un acuerdo con el Banco Mundial, se estará incorporando equipamiento destinado al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, responsables de la mayor carga de morbilidad en nuestro país.

5) **Complementación.** Las unidades población-territorio, a nivel de regiones o áreas de salud, permiten ensayar acuerdos de complementación entre servicios públicos

y entre servicios públicos y privados. Se han firmado muchos acuerdos o convenios de este tipo, tanto en Montevideo como en el interior del país, lo que ha permitido la optimización de los recursos generales del sistema, pero además ha mejorado la cobertura asistencial de poblaciones que de otra manera, si no fuera por la concurrencia de los actores referidos, tendrían una asistencia muy parcial o de baja calidad.

6) **Participación comunitaria.** Es imposible procesar un cambio en el modelo de atención sobre la base de resoluciones tomadas a nivel del núcleo corporativo central de la organización. La comunidad nos hace conocer sus necesidades, nos ayuda a diseñar las medidas para satisfacerlas, y, por lo tanto, en ese proceso, es esta una actividad desde la perspectiva de los derechos de las personas y de las familias y se construye ciudadanía.

7) **Acuerdos con actores relevantes.** En este capítulo incluimos los acuerdos que se han firmado con las Intendencias de varios departamentos, organismos públicos como el MIDES y el programa Infamilia, los acuerdos recientemente firmados con el Banco de Previsión Social, etcétera.

Pero es necesario jerarquizar el

diálogo fecundo con la Universidad de la República, la Facultad de Medicina, la Escuela de Graduados, el Hospital de Clínicas y la Cátedra de Medicina Familiar, que deben ser considerados como aliados estratégicos históricos de ASSE. La creación de Unidades Docentes Asistenciales y la complementación de servicios en policlínicas de primer nivel de atención, incluso en el interior del país; la administración conjunta, por primera vez en la historia, de ASSE y la Facultad de Medicina, de importantes sumas de recursos para financiar estas medidas contenidas en el proyecto de Rendición de Cuentas a estudio del Parlamento, y el aumento del número de residentes tanto para ir solucionando el problema de las especialidades críticas como de aquellas relevantes para el cambio del modelo de atención, son ejemplos de esa fermental sinergia entre ASSE y nuestra principal formadora de recursos humanos médicos.

**8) Ámbito de percepción y elaboración multidisciplinaria.** El primer nivel de atención es un ámbito adecuado para que los equipos de salud, partiendo de la realidad, elaboren y transmitan sistemáticamente los componentes esenciales del nuevo paradigma. Aula y servicio de salud, educación a distancia y relevamiento de la realidad, son

todas herramientas propicias para ir conformando un *corpus* de prácticas, saberes, destrezas, no sólo médicas sino también comunicacionales, esenciales para el nuevo modelo. Seguramente el trabajo en equipo tiene sus dificultades, marchas y contramarchas, pero en este sentido debemos ser cautos: pienso que por más pequeño que sea el aporte, es de todas maneras el posible desde esta reforma y desde esta Dirección, desde este aquí y ahora, desde estos recursos y desde esta concepción, a una tarea universal e histórica, que es la recuperación de la dimensión antropológica de la Medicina. Porque es cierto que históricamente “la Medicina no tiene paz”<sup>(2)</sup>, y el enfrentamiento entre su propio modelo y sus detractores hunde sus raíces en la Grecia Clásica. El pensar históricamente reconforta.

En suma, hablar del cambio de modelo de atención nos permite pendular casi constantemente entre el aquí y ahora a través de medidas concretas que operen la sustitución del viejo paradigma por el nuevo, y los propios fines de la Medicina<sup>(2)</sup>.

---

**\*Médico. Presidente de ASSE**

---

2. Pégola F, Ayala J M, *Antropología médica, Medicina para la persona*, Buenos Aires, CTM Servicios Bibliográficos, 2005.