

**DRA. JACQUELINE PONZO**

Marcos propuso en la reunión que tuvimos en el SMU con el comité organizador de la CMN, los integrantes de comisiones, el pasado 14 de enero, ir pensando en un documento transgresor que sirva un poco como punta de lanza y de provocación, a la vez que motivador a la participación de quienes aún no ven la CMN como una instancia clave.

Uniendo esto con el tema de la Comisión Sistema Nacional de Salud y las dificultades que desde ya se vislumbran en la misma para llegar a propuestas renovadoras, se me ocurren algunas ideas que las transcribo para la consideración de los compañeros.

### **Un modelo de atención a la salud para el Uruguay de hoy**

- Que atienda las necesidades de la gente

- Que se base en las definiciones ya adoptadas por el SMU de priorización del primer nivel de atención

- Que sea fuente de trabajo satisfactoria para los médicos

- Que sea renovador

Cambiar lo que está consolidado es difícil siempre.

Hacer algo innovador donde no existe nada o donde hay muchas carencias, parece más sencillo.

Entonces, la idea lanzada por Marcos en la prensa, de creación de 1.000 equipos de atención primaria para todo el país, puede ser una buena puerta de entrada.

Para avanzar en la idea podemos preguntarnos:

- ¿Qué integración para estos equipos?

- ¿Qué criterio de selección?

- ¿Qué criterio de distribución?

- ¿Qué estructura sustenta estos equipos?

- ¿Quién financia estos equipos?

- ¿Cómo coordinan estos equipos la atención de su población con el segundo y

el tercer nivel?

Modelo experimental de organización del primer nivel de atención en el Uruguay es una terminología que se ajusta a la propuesta en tanto intento, prueba, pero también tiene un sentido táctico. Porque lo de *experimental* asusta menos. Puede ser visto como locura transitoria y sin futuro, y ser, por ello, menos atacado que si se plantea como un cambio estructural. Pero si resulta efectivo puede ir generalizándose luego con menor resistencia del poder y con mayor apoyo de la población que habrá probado sus bondades.

### **Modelo experimental**

Algunas posibles respuestas a las preguntas formuladas. Apuntes para pensar.

### **FINANCIACIÓN**

Un fondo nacional.

La creación del mismo mediante un impuesto a los procedimientos de la medicina altamente especializada puede ser una vía.

Para el inicio podría pensarse en una financiación externa: un préstamo para el funcionamiento del primer año o los primeros dos años, podría ser una opción.

### **DIRECCIÓN – DEPENDENCIA**

Sería necesario un organismo coordinador que podría tener una integración mixta, pública-privada, con participación de municipios, MSP, IAMC, instituciones gremiales.

### **INTEGRACIÓN**

El modelo se basa en múltiples equipos de atención primaria con una integración básica propuesta:

- Médico generalista: médico que acredite formación o experiencia, o ambas, en trabajo en el primer nivel de atención con base comuni-

taria y con enfoque integral y generalista. Obligatorio

- Enfermera: enfermera universitaria con formación o experiencia, o ambas, en enfermería comunitaria. En su defecto, auxiliar de enfermería con perfil equivalente. ¿Opcional? ¿Obligatorio?

- Médicos jóvenes: al menos la mitad de los integrantes del equipo deben ser médicos egresados después de 1993 y reunir el requisito de estar formados o formándose en las disciplinas básicas de la medicina: medicina familiar y comunitaria, pediatría, ginecología, medicina interna. Pueden no tener formación de posgrado y, en tal caso, el requisito es iniciarla en una de las disciplinas básicas (o exclusivamente en medicina familiar y comunitaria, eso sería mejor aun). Obligatorio

- Pediatra: con experiencia de trabajo en el primer nivel de atención. Opcional

- Otras especialidades: psiquiatría, ginecología, geriatría. Opcional

- Otros técnicos: fisiatra, nutricionista, asistente social, psicólogo. Opcional

Número de integrantes del equipo: mínimo cuatro médicos, máximo seis médicos, más los profesionales no médicos que se propongan.

Esta integración laxa tiene el sentido de dar un margen de libertad en la conformación de los equipos de modo que quienes se dispongan a formar un equipo puedan armarse según un criterio general, pero también según un criterio propio de su forma de ver las cosas (y también por afinidades personales de los integrantes).

El mecanismo de integración de equipos al modelo será mediante un llamado a concurso de equipos donde se pondere:

### **Integración propuesta**

Formación y experiencia de los integrantes.

Plan de desarrollo propuesto por el equipo.

### **ÁMBITO DE APLICACIÓN**

El ámbito de aplicación puede ser diverso: una zona de Montevideo, un pequeño poblado del interior, una ciudad del interior, una población de usuarios definida por un criterio funcional (caso actual IMM-CASMU), una población de usuarios mutuales definida por elección de los propios usuarios (experiencia que vienen desarrollando de alguna forma aproximada algunas emergencias móviles). Hay muchos, muchísimos lugares con una atención médica inadecuada.

Se podría hacer una convocatoria a usuarios y efectores del sistema de salud (público o privado) que entiendan tener una necesidad de mejora de su atención y que estén dispuestos a intentar la solución por su integración al modelo experimental, y sobre la base de las solicitudes distribuir luego los equipos.

Si el equipo se instala en respuesta a una demanda insatisfecha en población usuaria del subsector público, su referencia al segundo y tercer nivel será este sector.

Si el equipo se instala en respuesta a una demanda en una IAMC, su referencia será la propia IAMC.

Del mismo modo se podría cubrir lo relacionado a medicación y paraclínica.

Tanto en uno como en otro caso, la institución responsable de la cobertura de la población a la cual se asigna el equipo, sea pública o privada, deberá aportar un monto de dinero al Fondo Nacional del modelo experimental proporcional al número de personas que sean atendidas en este sistema alternativo. ■