

Montevideo, 14 de noviembre del 2001.

El CIESMU y la Comisión de Economía y Salud del SMU, están estudiando alternativas al modelo de atención médica en el primer nivel, de tal manera de que se logre una actividad más eficaz, eficiente y de mayor aceptación por parte de la población.

Se elaboró un primer documento, sobre los principales aspectos conceptuales de la atención médica en el primer nivel de atención, que permitió a los integrantes de ambas comisiones definir las áreas temáticas a trabajar con el objetivo de elaborar propuestas prácticas sobre el modelo de atención médica y sobre el sistema de estímulos más adecuado a aplicar. Este documento tomó como base las conclusiones del encuentro del balneario Solís de agosto de 1999, referente a una propuesta de reforma del sistema de salud, en el que se plantea como uno de los objetivos para un nuevo modelo sanitario: “el desarrollo de un primer nivel de asistencia como hecho decisivo”. Así mismo se reconoce como una de las estrategias a desarrollar: “el reorientar el gasto de salud del país, para hacerlo más eficiente y eficaz, a través de potenciar el primer nivel de atención”.

Se consideró que en el primer nivel, la atención médica debe ser:

- 1) INTEGRAL, considerando al ser humano desde una perspectiva biosicosocial. Las esferas biológicas, psicológicas y social no son independientes o tangenciales, sino que se interaccionan en las personas y sus problemas de salud.
- 2) INTEGRADA, o sea que interrelaciona los elementos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y reinserción social en las actividades que desarrolla. Se integra funcionalmente con las restantes estructuras y niveles del sistema sanitario.
- 3) CONTINUA Y PERMANENTE, a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo, etc.) y en cualquier circunstancia (consulta, urgencias, seguimiento hospitalario).
- 4) ACTIVA, los profesionales sanitarios no pueden actuar como meros receptores pasivos de las demandas asistenciales, han de trabajar activamente en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades, haciendo especial énfasis en la educación sanitaria.
- 5) ACCESIBLE, desde el punto de vista geográfico, económico, administrativo, etc. El tipo de financiación del sistema de salud es determinante en la accesibilidad económica de la población a los servicios de salud.
- 6) Basada en EL TRABAJO EN EQUIPO. Dicho equipo debe estar integrado por trabajadores de la salud y eventualmente por otros integrantes no pertenecientes directamente al sector.
- 7) PARTICIPATIVA, donde la comunidad no sólo sea un mero receptor u objeto de los programas y de las acciones de salud, sino que también pueda ser sujeto de los mismos, participando en las etapas de diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.
- 8) PROGRAMADA Y EVALUABLE. Con actuaciones basadas en programas de salud con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecidos.

9) Promotora de actividades DOCENTES Y DE INVESTIGACIÓN. Posibilitando que se desarrollen actividades de docencia de pregrado y postgrado, así como de capacitación continua de los profesionales del sistema y de investigación básica y aplicada a las materias propias de su ámbito.

El primer nivel de atención debe ser la puerta de entrada de todo el sistema de salud, independientemente de que se trate de los subsistemas públicos o privados e independiente de la clase sociocultural de la población asistida.

Con criterios de equidad se adecuará el tipo de prestación a las características de la población atendida.

La atención médica del primer nivel de atención debe estar realizada por un equipo multidisciplinario. En este punto debemos decir que la integración del equipo, tanto en sus aspectos cualitativos como también cuantitativos, va a estar influida por las características demográficas, epidemiológicas, culturales y económicas de la población a la cual está dirigida la atención.

No obstante se puede identificar un núcleo básico de integrantes:

- Médico con formación en medicina general o familiar.
- Auxiliar de enfermería con formación en actividades en el primer nivel de atención
- Asistente social y o nutricionista.

Las funciones del equipo de salud en el primer nivel son las siguientes:

- Promoción de la salud.
- Prevención de la enfermedad.
- Asistencia.
- Rehabilitación.
- Docencia e investigación.
- Administrativas

Las actividades a desarrollar son las siguientes:

- Diagnóstico de la situación y de los problemas de salud de la población, identificando los grupos de riesgo dentro de la misma.
- Actividades relacionadas con la promoción de la salud.

Tienen como objetivo crear y fomentar hábitos y actitudes correspondientes a un estilo de vida saludable. En su desarrollo participan tanto los integrantes del equipo como las personas de la comunidad. Se desarrollan en los ámbitos asistenciales como en otros ámbitos comunitarios como las escuelas, liceos, comisiones barriales, etc.

- Actividades relacionadas con la prevención de la enfermedad.

Por su especificidad son realizadas por los integrantes del equipo de salud. Programas de vacunaciones, o programas orientadas a detectar precozmente enfermedades o evitar sus complicaciones.

- Actividades relacionadas con la asistencia.

Cualquiera de las actividades que se realice en este campo tiene la misma finalidad, diagnosticar precozmente la enfermedad, tratarla correctamente y controlar su evolución posterior. La misma se ha de llevar a la practica tanto en el centro asistencial como en domicilio del paciente. La asistencia brindada será programada, a demanda y de urgencia.

- Actividades relacionadas con la rehabilitación.

En este punto se incluyen actividades de rehabilitación de pacientes portadores de EPOC, artropatías, recuperaciones funcionales de algunos traumatismos que no requieran equipamiento específico, rehabilitaciones síquicas no complejas y las reinserciones sociales, etc. En los temas antes vistos se puede contar con la participación en el equipo de fisioterapeutas y sicólogos.

-Actividades de docencia y de investigación.

Estas estarán orientadas a los integrantes actuales del equipo, en tareas de educación continua y en servicio, así como a futuros integrantes del equipo. Las actividades de investigación han de incidir básicamente en aspectos clínicos, epidemiológicos, de organización y de funcionamiento propio de este nivel de atención, sin olvidar los aspectos de coordinación con los otros niveles de complejidad del sistema.

-Actividades administrativas.

En este ítem hemos querido incluir todas aquellas actividades que están vinculadas a la gestión del grupo que pasan por la correcta planificación y programación de las actividades como así también los aspectos organizativos de coordinación, control y evaluación tanto de las actividades que el propio equipo desarrolla como de las metas que se han establecido tanto en los programas locales o de carácter nacional.

El equipo de atención en el primer nivel debe estar perfectamente coordinado con los otros recursos disponibles como por ejemplo los centros de salud, los centros auxiliares o las policlínicas. Debe contar con un sistema de referencia contrarreferencia funcionando en base a criterios establecidos de común acuerdo. Es fundamental también la coordinación con los centros asistenciales del segundo y tercer nivel en la referencia y seguimiento de los pacientes.

A los efectos de favorecer el intercambio de ideas sobre cual debe ser el perfil del médico general que se desempeña en el primer nivel de atención, se discutió lo que sostuvo el Dr. Paul Young, Profesor de Medicina Familiar de la Universidad de Texas:

“El médico general- familiar debe tener las siguientes responsabilidades:

-Prestar una atención integral, es decir, que tome en cuenta y valore los factores causales y las manifestaciones biológicas, psicológicas, sociales y culturales del paciente, la familia y la comunidad, y realice acciones de promoción y mantenimiento de la salud.

-Reconocer cuando debe limitar su actuación en los campos señalados y proceder a las necesarias consultas y referencias a otro médico especialista o al hospital.

-Responsabilizarse en todo momento, aún durante el período de hospitalización, del seguimiento de sus pacientes.

-Utilizar en beneficio de sus pacientes, como individuos y como familias, todos los recursos institucionales que puedan contribuir efectivamente a la mejor solución de sus problemas de salud.

-Establecer sus diagnósticos con énfasis en pronóstico personal y familiar.

-Identificar y ayudar a corregir a tiempo los factores de riesgo que puedan amenazar la salud física, mental y social de los pacientes y las familias a su cargo.

-Orientar a sus pacientes a cerca de la oportunidad, uso, acceso a los niveles de atención, dentro del sistema de prestación de salud.

-Utilizar y coordinar a los miembros del equipo de salud en función de los cuidados primarios que el paciente y la familia reciben de este equipo.

-Tener en cuenta los costos de la atención a la salud.

Así mismo, expresa los siguientes argumentos para fundamentar de que el médico general- familiar debe formarse a través de cursos de postgrado para desempeñar su función:

-Existe evidencia suficiente de que la mayoría de las facultades de medicina no han logrado formar un médico general durante el pregrado, ni en número ni en calidad suficientes, a pesar de esfuerzos y propósitos que datan de varias décadas en diversos países.

-La Medicina General/ Familiar reúne los cuatro criterios que definen una especialidad: campo preciso de acción, cuerpo definido de conocimientos, área de investigación y destrezas y habilidades propias.

-Las facultades de medicina no deben tener como función la de formar un solo tipo de médico, sino un médico recién egresado que pueda seguir diversas especialidades necesarias para dotar a los servicios asistenciales, docentes y administrativos, una de las cuales es la Medicina General/ Familiar.

-El médico general-familiar debe ser un personaje estable y no una etapa de transición en la carrera profesional.

-Las características y responsabilidades que se le piden, en lo que se refiere a sus conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes, exigen que madure en cursos especiales de postgrado.

-El título de especialista le permitiría lograr una mayor remuneración en la mayoría de los países.

En el mismo documento se hace referencia a la experiencia del Programa de Medicina Familiar del MSP, que fuera estudiado en 1994 por Lazarov y Buglioli.

Dicho programa tiene como origen la Ley de Rendición de Cuentas N° 15.903 de 1987, donde se establece que el Médico de Familia es la puerta de entrada al sistema de salud de ASSE.

Desde el año 1990, se cuenta con un programa donde se fijaron objetivos, metas , y actividades. Los indicadores seleccionados son para la evaluación de la estructura, el proceso y los resultados.

Buglioli y Lazarov señalan que en ese momento el programa tenía una cobertura de 270.000 personas, con 121 médicos de familia. Se estimaba que con 70 médicos más se alcanzaría a cubrir la población objetivo de 420.000 en todo el país.

El programa es evaluado por los autores del estudio como un “sistema eficiente en lo que hace a los costos para el MSP, con importantes niveles de efectividad”.

Por lo tanto, se cuenta en nuestro medio con una experiencia de más de 10 años de actividad programada en el primer nivel de asistencia, en la cual se trazaron objetivos y metas a cumplir que contribuyen al propósito de del programa que es : “mejorar la calidad de la atención médica en el primer nivel de atención del MSP, a través de la aplicación de un modelo que permita brindar satisfacción a las necesidades de los usuarios en cuanto a la atención humanizada, personalizada e integral en lo que hace a los aspectos biosicosocial”.

Se consideró la importancia de realizar una evaluación en profundidad del Programa de Medicina Familiar del MSP a los efectos de estudiar el modelo de atención médica desarrollado y compararlo con otros modelos asistenciales de primer nivel desarrollados en nuestro medio a nivel del propio MSP, IMM y sistema privado.

Como resultado del tratamiento de los anteriores temas, se organizaron subgrupos de trabajo que vienen desarrollando su tarea en base a las siguientes preguntas guía:

1-¿Cuál ha sido el impacto del Programa de Medicina Familiar del MSP acorde a las metas propuestas?

2- ¿Cuál es el modelo de atención médica más adecuado a nuestra realidad y cuál el sistema de estímulos- desestímulos más conveniente para una atención de mayor calidad en el Primer Nivel de Atención?

3-¿Es posible y conveniente introducir el programa de Medicina Familiar en el Sector Privado?

4-Definir el ámbito de aplicación del cambio de modelo (público y/o privado), así como el nivel y los servicios en el que trabajará el médico de familia.

5-¿Cuál va a ser el rol del médico general en el sistema de salud si se extiende el programa de medicina familiar y como se van a articular las distintas especialidades en el primer nivel de atención?

Cada uno de los subgrupos elaborará un documento que se discutirá en el plenario y que permitirá desarrollar una propuesta única al Comité Ejecutivo sobre el tema.

Se plantea que la medicina familiar es una buena alternativa en el sentido de que como especialidad prioriza la promoción de la salud y la prevención específica así como una práctica médica integral manteniendo la continuidad asistencial dentro del primer nivel y con relación al segundo, tercer y cuarto nivel de atención.

Desde hace 5 años, se cuenta en nuestro país con la Residencia de Medicina familiar y en este año la escuela de graduados de la Facultad de Medicina inaugura el curso de postgrado en Medicina Familiar.

En nuestro país, a nivel del MSP, se cuenta con la experiencia del programa de medicina familiar desde hace 11 años. El mismo fue muy cuestionado al comienzo por la forma de selección de los médicos, su desarrollo ha sido muy heterogéneo en cuanto al modelo de trabajo, habiendo médicos que han trabajado en equipo y otros lo han hecho en forma individual. Algunos han tenido una experiencia muy rica en cuanto a lograr grados de participación de la comunidad donde se desempeñan. Fue al comienzo un modelo que utilizó la capitación como forma de remuneración de los médicos.

Por todos estos antecedentes es que se define tomar como área de análisis y de propuestas de trabajo el primer nivel de atención del sub-sector público.

En el modelo de atención médica para el primer nivel, se plantea un trabajo en equipo interdisciplinario (médico, enfermera, asistente social, nutricionista, etc.) y con la participación de varios médicos de familia y otros especialistas (pediatras, ginecólogos, dermatólogos, etc.).

La generalización de un modelo de atención en base a medicina familiar en nuestro medio se lo concibe como un proyecto a largo plazo. En su implementación se van a dar etapas donde van a coexistir médicos generales con especialidades tradicionales con los médicos de familia que se van ir formando en nuestro medio. Esta situación va a ameritar actividades de formación de los médicos generales para que adquieran las habilidades de la medicina familiar como especialidad.

MEDICINA FAMILIAR UN MODELO DE ATENCIÓN MÉDICA

CAPÍTULO I:

SINTESIS HISTORICA

En la época anterior a los años 40 en todos los países existía el profesional médico que atendía a toda la familia. Por la naturaleza de sus funciones se ganaba la confianza de todos y su acción desbordaba el campo estrictamente médico para convertirse en un **consejero de los diversos problemas que surgían en el grupo familiar.**

A partir de la década del 40 el vigoroso desarrollo de las ciencias médicas y de la tecnología **impusieron la necesidad de la especialización.** La atención médica perdió su **integralidad** para fragmentarse en órganos y sistemas. Se perdió la **continuidad** de la atención médica, base de la vinculación del médico con el grupo familiar.

Teniendo su epicentro en los EEUU la tendencia a la especialización se propagó a todos los países. La **docencia médica** fue directamente influida por esta tendencia; desaparecieron prácticamente los profesores que ejercían la medicina general y **la educación médica se concentró en diversas ramas especializadas.**

Durante la década del 60 frente al estudio de la realidad sanitaria aparecen en varios países fuertes críticas a la política de dedicar la mayor parte de la inversión en salud a la creación de hospitales, su equipamiento y reequipamiento. Los **costos** en estas inversiones daban bajo rendimiento y no solucionaban los grandes problemas de salud.

Estudios hechos en la década del 60 mostraron que la solución a mucho de los grandes problemas de salud eran patrimonio de **medidas ecológicas y preventivas.**

Se estudió la prevalencia de la enfermedad y utilización de recursos médicos entre 1000 adultos en Estados Unidos y Gran Bretaña (White 1961. **Anexo 1**). De estos 1000 individuos 750 tuvieron 1 o más padecimientos por mes, 250 consultaron a un médico,

9 fueron internados en un hospital, 5 fueron referidos a otro médico y 1 fue referido a un Centro Médico Universitario.

De este estudio se pueden sacar las siguientes conclusiones :

a) el haber concentrado la atención en los hospitales desatendió las necesidades más frecuentes de la población.

b) la **atención médica concentrada en la patología hospitalaria** tiene un tremendo sesgo, porque se basa en el 1 x 1000 o 9 x 1000 de la patología por la cual consulta la población e ignora la **patología de la comunidad**, donde las enfermedades se encuentran en etapas menos evolucionadas y pueden ser detectadas precozmente, o aun cuando no se han desarrollado en individuos especialmente predispuestos (con factores de riesgo: ej: sedentarismo, tabaquismo, obesidad, dislipemias, en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares).

El tratamiento de la enfermedad a nivel hospitalario es tardío donde ya hay muy poco para hacer y agregado a ello se encuentra el alto costo del servicio acompañado de un muy bajo rendimiento.

CAPÍTULO II.

¿ POR QUE MEDICINA FAMILIAR?

Un gran sociólogo, John Nasisbit, describió las grandes tendencias de cambio de las sociedades modernas.

1. Las causas principales de mortalidad son las **enfermedades degenerativas y los accidentes.**

En nuestro país las 3 causas principales de muertes son: 1º las enfermedades del aparato circulatorio, 2º el cáncer y 3º los accidentes.

En el año 1964 (**Anexo 2**) la tasa de mortalidad para las enfermedades del aparato circulatorio era 339,6 cada 100 000 habitantes, la tasa de mortalidad por cáncer de 181 por 100 000 habitantes y la tasa de mortalidad por accidentes era de 39, 1 por 100 000 habitantes, en el año 1995(**Anexo 3**) las tasas de mortalidad por las mismas causas eran de 358, 4 por 100 000 habitantes para las enfermedades cardiovasculares, 222, 8 para el

cáncer y 67,7 para los accidentes. Esto indica que a pesar del gran avance tecnológico que hubo en 30 años las 3 causas principales de muerte son las mismas y con un aumento de sus respectivas tasas y lo que es aun peor es que el gasto en salud se ha incrementado desde el 6,2% del PBI en el año 1982 al 10% del PBI en el año 1995(**anexo 4**).

Esto indica que la medicina “curativa y hospitalocentrista” no es la adecuada para cambiar esta situación.

Para aumentar la **calidad y la expectativa de vida**, la atención médica deberá tener un enfoque **preventivo**, buscando mejorar los estilos de vida y hábitos de salud de la población (prevención primaria) y detectando precozmente las enfermedades (prevención secundaria).

Esto depende por un lado de la actitud preventiva del personal sanitario, es decir detectando factores de riesgo precozmente y modificándolos en el sano y detectando las enfermedades precozmente en el enfermo.

Por otro lado la comunidad debe ser educada para la consulta preventiva y precoz. En ese sentido la UNAMEFA posee datos que muestran una gran cantidad de consultas de carácter preventivo por parte de los médicos de familia (32 % de las consultas son preventivas) y a su vez muestra un cambio de actitud de de los pacientes donde por ejemplo aparece como 1^{er} motivo de consulta de la población atendida por los médicos de familia el examen de salud.(**Capítulo 5**)

2. La población está cada vez más **envejecida**. El censo de 1996 indica que el 12,8% de la población es mayor de 65años con un aumento del 1,6 % en sólo 10 años.(**Anexo5**)

El enfoque médico de la 3^a edad deberá cambiar de un enfoque curativo a un enfoque funcional y exigirá que la atención sea brindada por un **equipo multidisciplinario**. Es más importante calidad de vida que cantidad de vida.

3. Explosión tecnológica.

El uso de tecnología médica deberá ser cada ves más racional tanto en el área diagnóstica como terapéutica. Es sabido que el 70% de los costos en salud están directamente relacionadas decisiones médicas. Por lo tanto el médico deberá conocer el costo/efectividad de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas como elemento esencial en la contención del gasto.

4. El paradigma científico está cambiando de un modelo reduccionista a un modelo sistémico.

El modelo de la atención médica deberá cambiar de un modelo lineal a un modelo biopsicosocial.

El 50% de la consulta médica en atención primaria es por problemas psicosociales, con manifestaciones somáticas.

El proceso salud – enfermedad es el resultado de la interacción permanente de características genéticas, sociales y culturales, así como de la aportación que a la salud prestan los servicios sanitarios y **no únicamente un proceso biológico individual**. Esta afirmación es válida tanto en el plano individual como en el colectivo, como muchos autores lo han constatado. Lalonde (1974) estudió la importancia relativa de los diferentes determinantes de la salud en la reducción de la mortalidad y Dever (1976) comprobó la falta de correspondencia entre éstos y la asignación de los recursos.(Anexo6)

5. El público está cada vez más insatisfecho de la atención médica.

Se deberá poder evaluar la calidad de la atención médica. Clásicamente la calidad se evalúa con criterios de morbilidad y mortalidad, actualmente se está tratando de evaluar criterios de funcionalidad y satisfacción del usuario.

El Médico de Familia es considerado idóneo para cumplir con estos cometidos ya que por definición la Medicina Familiar es un especialista en APS, que se interesa en el cuidado total de la Salud del individuo y la Familia. Es una especialidad en amplitud que integra las tradicionales Ciencias Biológicas y Clínicas con los aspectos emocionales y preventivos de la práctica médica. No está limitada por edad , sexo, sistema orgánico o enfermedad.

CAPÍTULO III.

CARACTERÍSTICAS DE LA MEDICINA FAMILIAR

Continuidad: Cada Médico de Familia es responsable de la *salud* de un determinado número de familias.

La continuidad tiene ventajas para el paciente y su grupo familiar: El médico conoce el paciente, sus antecedentes patológicos, su reacción frente a la enfermedad y los medicamentos, los problemas familiares, etc. (ANTICIPATIVA). También tiene ventajas para el médico que puede seguir la historia natural de la enfermedad. Por último existen ventajas administrativas como lo es evitar la pérdida de recursos y tiempo.

Integralidad: Atiende sin diferencia de edad sexo, sistema orgánico o patología. La historia clínica orientada por problemas es el documento que recoge la información integral del individuo.

La Medicina Familiar es integral además porque es preventiva, curativa y rehabilitatoria.

El médico de familia actúa como vigilante de la salud del grupo familiar, conociendo la problemática individual, familiar y comunitaria.

Multidisciplinaria: Actúa en equipo con otros técnicos como lo son enfermera, asistente social, psicólogo etc.

DEFINICIONES

A) Definición del Médico de Familia

El Médico de Familia es un médico personal, orientado hacia el paciente en su totalidad, que practica una medicina a la vez científica y humanista. Puede dar cuidados a un solo miembro de la familia pero más a menudo lo hace para varios o para todos los miembros.

Asume la responsabilidad por la atención continua, preventiva e integral del paciente y su familia dentro del contexto de la comunidad y actúa como coordinador del equipo que provee servicios de salud.

Evalúa las necesidades de salud total del paciente; le provee cuidados médicos personales en uno o más campos de la medicina y refiere al paciente, cuando está indicado, hacia recursos apropiados de cuidados de salud, sin desvincularse del mismo.

El Médico de Familia actúa como primer contacto con el paciente y le provee un medio de entrada al sistema de cuidados de la salud.

B) Características de la Medicina Familiar

1. Continuidad en el Cuidado

La continuidad en el cuidado ha sido identificado como un elemento esencial en la práctica de la Medicina Familiar.

La continuidad es una responsabilidad inquebrantable cualquiera sea el curso que tome el problema o condición de salud y aunque refiera el paciente a otro médico, ello no significa que haya finalizado su responsabilidad.

2. Atención Integral

Se refiere fundamentalmente a la aplicación de medidas preventivas, curativas, de rehabilitación, de mantenimiento de la salud y referencias apropiadas de pacientes hacia los servicios especializados, y de apoyo según corresponda al problema o situación del paciente.

3. Cuidado de la Familia

Atiende a pacientes de ambos sexos y de cualquier grupo de edades. No discrimina la atención por órganos, sistemas o condiciones de salud. El hecho de atender familias le da ventajas en el diagnóstico y manejo de los casos.

4. Vinculo

Esta vinculación entre el paciente, el médico y la familia, viene como resultado de la duración e intensidad del cuidado. La fuerza de este vínculo es variable: número de contactos, duración y tipo de cuidados.

5. Conocimiento acumulativo de los pacientes

Esto surge como consecuencia del cuidado continuo e integral de los pacientes y sus familias.

6. Habilidades específicas de la Medicina Familiar

1. Manejo de problemas indiferenciados.

2. Identificación de riesgos y desviaciones ligeras y precoces de la normalidad en pacientes conocidos.

3. Uso de la relación médico - paciente como uno de los recursos terapéuticos más valiosos para maximizar la efectividad de todos los tipos de terapia.

4. Manejo de recursos de la comunidad y del sistema de salud para beneficio de los pacientes.

Resumiendo, debemos considerar a la medicina de familia como un estilo de práctica y como una especialidad que tiene como punto de atención principal el individuo en su medio familiar y comunitario. El resultado es la jerarquización de la medicina generalista pero con un enfoque *preventivo, integral, continuo, personalizado, accesible y a costos razonables*. Mientras que la medicina general tiene un enfoque curativo, episódico e individual.

CAPÍTULO IV.

LA MEDICINA FAMILIAR EN EL URUGUAY

El Sistema de Medicina Familiar surge en el Uruguay a iniciativa del Poder Ejecutivo, como una estrategia de bajo costo y alto impacto social, desarrollado por el MSP a través de ASSE, establecido por el artículo 270 de la Ley 15903 del 10 de noviembre de 1987 cuyo texto dice:

La Administración de los Servicios de Salud del Estado, ASSE, organizará la atención del primer nivel de sus beneficiarios en base a Médicos de Familia. Dichos Médicos serán contratados bajo el régimen de capitación y en ningún caso adquirirán el carácter de funcionario público contratado o presupuestado, a tal fin se habilita una partida de N\$ 160.000.000(ciento sesenta millones de nuevos pesos) en el presupuesto de ASSE.

El objetivo de este cambio fue modificar el modelo de atención, pasando de un modelo bio- médico centrado en la estructura del hospital de alto costo, a un modelo bio-psico-social orientado a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad centrado en la Familia y en la Comunidad, de alta calidad y de bajo costo.

De agosto de 1985 a enero de 1986 el MSP a través del Servicio de Asistencia Externa llevó a cabo en varias zonas de Montevideo y Canelones un programa piloto denominado, **Programa de Atención Extramural por Equipos de Salud (PAPES)**.

Su objetivo era lograr una Atención Primaria de la comunidad con un enfoque preventivo social de la dupla salud - enfermedad, a través de acciones de promoción y educación para la salud, de tal forma que modificara la actitud de los médicos y de la comunidad frente a la problemática de salud.

Se arribaron a las siguientes conclusiones: conocimiento de los factores condicionantes del nivel de salud de las zonas trabajadas; se trabajó en estrecho vínculo con la comunidad, logrando una estrecha relación entre esta y su equipo de salud; se valoró un cambio favorable de la actitud de los médicos frente a su rol en el sistema de salud.

En octubre de 1986 y por el término de un año en el **Centro de Salud Santa Rita (Anexo 7)**, dependencia del MSP, se llevó a cabo una experiencia de atención primaria extramural para la implantación de la estrategia de APS y la implantación del Médico de Familia. El área de acción de dicho centro abarcaba una población de 35.000 personas, la mayoría de las cuales tenía como único recurso de salud al subsector público. Sus indicadores vitales en ese momento mostraban una mortalidad infantil del 52 por mil nacidos vivos, un 22% de desnutrición en lactantes menores de un año, 40% de desnutrición en niños de 1 a 5 años, un 43% de embarazos de alto riesgo y un 25% de embarazos no controlados, entre otros.

Esta situación llevó a que el MSP, con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), instrumentara una experiencia con el objetivo de brindar una cobertura de mayor atención básica, eficaz y oportuna a la población, mediante la implantación del Médico de Familia y la promoción de participación comunitaria activa y responsable para la identificación de sus problemas, las acciones necesarias para solucionarlas y la evaluación correspondiente.

Esta experiencia mostró el comienzo de una nueva relación médico-paciente, impartiendo educación en salud, un alto número de consultas con bajo porcentaje de derivaciones y reveló la necesidad de continuar con la experiencia, establecer rápidas vías de coordinación entre el primer nivel y los siguientes, especialmente el segundo.

Paralelamente la Organización Panamericana de la Salud redactó un informe titulado: "Modelo Experimental de salud Familiar a Nivel Local". En el se establecían algunas recomendaciones acerca de cuál debería ser el perfil y la actividad de Médico de Familia uruguayo.

En el transcurso de los años 1986 y 1987 el MSP recibe la colaboración de diferentes instituciones y organizaciones internacionales a través del envío de técnicos que brindaron su asesoramiento con el fin de desarrollar en nuestro país la Medicina Familiar.

De octubre a noviembre de 1987 se realiza el primer Curso de Introducción a la Medicina Familiar.

En noviembre de 1987 se crea ASSE mediante la ley 15903, que en su artículo 270 dice que ASSE organizará la atención del primer nivel de sus beneficiarios en base a médicos de familia.

En noviembre de 1987 por resolución ministerial N° 1021 se resuelve crear en el Pedro Visca la Unidad Nacional de Medicina Familiar que tendrá como cometido el desarrollo y el control de esta modalidad asistencial

En setiembre y octubre de 1998 se realiza en 2° Curso de Introducción a la Medicina Familiar donde participaron 36 médicos.

Entre abril y Junio de 1989 se realizaron el 3er y 4° Curso de Introducción a la medicina familiar con la asistencia de 72 médicos.

En julio de 1994 se realizó en 5° Curso de introducción a la Medicina Familiar que contó con la presencia de 50 médicos. En esta oportunidad los docentes fueron Médicos de Familia y docentes de la Facultad de Medicina del Uruguay.

En la actualidad existen 125 Médicos de Familia de los cuales hay 62 en Montevideo y 63 en el interior del país.

Del total 5 trabajan en zona urbana, 62 en zona suburbana y 54 en zona rural.

En el año 1996 los médicos de familia realizaron 461773 consultas

El Sistema de Medicina Familiar da cobertura a 272.800 usuarios de ASSE, a través de 124 Médicos de Familia.

Los Médicos de Familia trabajan en consultorios “propios” con los costos de funcionamiento y mantenimiento a su cargo lo que aumenta la infraestructura física del Ministerio de Salud Pública en más de 120 locales sin costos para éste (Alquiler, impuestos, teléfono, UTE, etc, así como personal de mantenimiento, recepción, enfermería, etc.).

Datos obtenidos del Programa FAS-OPP indican que la construcción de una policlínica para Medicina Familiar costaría U\$ 50.000.

La Unidad Nacional de Medicina Familiar (UNAMEFA) es la responsable de conducción la Medicina Familiar en el MSP.

El Sistema de Medicina Familiar en nuestro país se encuentra **focalizado sobre la población de mayor riesgo social** (la mayoría población con necesidades básicas insatisfechas).

El Sistema con 125 médicos cubre un total de 275.000 usuarios en todo el país. Cada Médico de Familia es responsable de la **salud** de 2200 personas (aproximadamente 500 familias).

En el año 1996 se realizó un diagnóstico de la situación del sistema de medicina familiar al momento; de ello resultó un documento denominado “PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE MEDICINA FAMILIAR” En dicho documento se destacaban un conjunto de obstáculos y deficiencias del sistema y se plantearon las soluciones al mismo mediante actividades concretas.

OBSTACULOS Y DEFICIENCIAS.-

1. En determinados casos, focalización inadecuada de la población objetivo.
2. En otros casos, un equipo de Salud no integrado o parcialmente integrado.
3. Ausencia de un equipo de supervisión.
4. Carencia de un sistema de información adecuado, así como de un equipo de computación suficiente en calidad y cantidad, para integrar la información.
5. Inexistencia de indicadores que permitan monitorizar y evaluar el programa.
6. Ausencia de una unidad de docencia, formación continua e investigación.

7. Insuficiente número de Médicos de Familia.
8. Trabajo comunitario no desarrollado en toda su potencialidad.
9. Descoordinación con programas fundamentales como plan Aduana y programa Materno - infantil.
10. Dificultades en la referencia y contra-referencia con los Centros de Salud y Auxiliares, así como con los hospitales correspondientes.
11. Recursos materiales y medicamentos en cantidad y calidad inadecuadas.
12. Inexistencia de la imagen adecuado del Sistema de Medicina Familiar, tanto dentro del M.S.P. ambiente médico, así como desconocimiento de su existencia en la población general.

OBJETIVOS

GENERALES

Establecer al Sistema de Medicina Familiar como una estrategia de bajo costo y alto impacto social, focalizando su actividad en los grupos sociales con mayores carencias y en especial, si bien no exclusivamente, en aquellos cuya atención es deseada para el desarrollo de potencialidades futuras, como es el caso de madres embarazadas, lactantes y jóvenes.

ESPECIFICOS

1. Redefinir las áreas de cobertura de todos los Médicos de Familia así como establecer otras que requieran la contratación y capacitación de nuevos Médicos.
2. Contratar Asistentes Sociales e Higienistas Ambientales en cantidad suficiente para integrar los equipo de Salud de todo el País.
3. Establecer un equipo de supervisión del SMF
4. Instalar un sistema de información adecuada, y adquirir los equipos de computación adecuados y suficientes.
5. Establecer un grupo de indicadores que permitan monitorizar y evaluar el programa.
6. Crear una unidad de coordinación, planificación, y formación continua.
7. Aumentar el número de Médicos de Familia, con el fin de cubrir a 500.000 beneficiarios de ASSE. Cada Médico de Familia cubre aproximadamente a 2.000 usuarios, y por tanto necesitamos contratar paulatinamente más Médicos de Familia hasta llegar a 240.
8. Llevar a cabo un trabajo conjunto con el Plan Aduana y el Programa Materno Infantil.
9. Establecer un sistema de referencia y contrareferencia adecuado entre los Centros de Salud - Auxiliares -Hospitales, y el SMF.
10. Adquirir los recursos materiales necesarios, y proveer los medicamentos básicos tal cual marca la estrategia de APS.
11. Llevar a cabo una campaña que muestre los logros del Sistema de Medicina Familiar, tanto a nivel del Ministerio de Salud Pública, como del ambiente médico y la población en general.

De acuerdo con estos objetivos planteados en dicho programa haremos mención del grado de cumplimiento de los mismos:

1. Fueron redefinidas las áreas de los médicos de familia en base datos del último Censo Nacional de Población pero los médicos no fueron reasignados a las mismas.
2. No se pudo conformar el equipo de medicina familiar.
3. Se creó un equipo de coordinación y control de UNAMEFA conformado por 7 Coordinadores Docente Asistenciales, dos para Montevideo y el resto para el interior del país. Se ideó un protocolo de evaluación del Sistema de Medicina Familiar en base a la estructura el proceso y los resultados de la atención médica.
4. Se diseñó y se puso en práctica un sistema de información informatizado, con formularios informatizables donde para la información de los problemas de salud utilizan la Clasificación Internacional de Problemas de Salud, CIPSAP 2 DEFINIDA.
5. Se diseñaron un conjunto de indicadores de medición de la calidad de la atención que contemplan la estructura el proceso y el resultado de la atención médica, en estos últimos encontramos dificultades en su aplicación.
6. Se creó una Unidad de Coordinación y Educación Continua y entre el año 1997 al 1999 se realizaron más de 700 horas de educación médica continua.
7. Entre los años 1997 y 1999 se realizaron cuatro cursos de Introducción a la Medicina Familiar a aproximadamente 100 médicos los cuales no ingresaron al sistema. Por lo tanto el objetivo de aumentar el número de médicos de familia no pudo ser cumplido.
8. Se trabajó en forma estrecha con el Programa Materno Infantil desde el año 1997 al 1999, cuando este programa dejó de funcionar como tal con la nueva administración; se mantiene desde la fecha mencionada una eficaz coordinación con el “Plan Aduana”, plan que consiste a la captación precoz de los recién nacidos que dicho Plan luego de su nacimiento en el Hospital Pereira Rossell los refiere a las áreas de los médicos de familia para que sean seguidos por los mismos.
9. Se impuso como obligatoria las reuniones de coordinación de los Médicos de Familia con las direcciones de Hospitales o Centros de Salud de referencia para

los médicos de familia Se diseñó un formulario de referencia y contrarreferencia con otros niveles de atención que no pudo ponerse en práctica.

10. Se adquirieron algunos recursos materiales necesarios para aumentar la capacidad resolutive de los médicos como glucómetros, esfigmomanómetros para niños y adultos, picos de flujo, inhalocamaras. Entre los años 1998 1999 se contrataron un grupo de ecografistas que realizaban las ecografías obstétricas en los consultorios de los médicos de familia mejorando notoriamente la posibilidad de acceder en forma precoz a dicho medio diagnóstico. Ante la dificultad del acceso a la medicación por parte de los usuarios se elaboró un proyecto de farmacia para el sistema que no fue aprobado por las autoridades del momento.
11. Se contrató un asesor de marketing entre los años 1999 y 1998 y se elaboraron dos ediciones de una revista de medicina familiar.

FORMA DE TRABAJO Y REMUNERACIÓN DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA:

Los Médicos de Familia tiene un régimen de contrato con ASSE que en el artículo 15 del reglamento dice: “La vinculación de los Médicos de Familia con A.S.S.E., se formalizará en cada caso mediante contrato escrito.El Médico de Familia no adquirirá a través de ese acuerdo el carácter de funcionario público presupuestado o contratado”.

Para trabajar en un área en la cual viven aproximadamente 2200 usuarios de ASSE. El consultorio debe ubicarse en el área de trabajo y el puede pertenecer a una estructura de ASSE o ser un consultorio particular, para los cuales se exige un conjunto de condiciones mínimas para su habilitación.

A continuación transcribimos parte del Reglamento de Medicina Familiar, en lo que se refiere al área de trabajo y al sistema de remuneración.

Art. 20° Del área

.

El Médico de Familia será contratado para un área exclusivamente que será delimitada en su contorno.

Se categorizará como urbana, suburbana o rural.

Durante la vigencia del contrato, las partes tendrán la facultad de ajustar tales límites.

Si no hubiera acuerdo U.NA.ME.FA. se reserva el derecho de redefinir el área

Art. 21° De la limitación del área

El área determinada en el contrato, deberá contener 2200 (dos mil doscientos) usuarios aproximadamente.

Será delimitada por U.NA.ME.FA. en coordinación con el responsable sanitario de área y el Médico de Familia, de acuerdo a datos de población de la Dirección General de Estadística y Censos, Encuesta de Hogares, Censo de Población y Vivienda, Identificación de Usuarios y demás registros que sean necesarios a tales fines.

Dicha zona no podrá superponerse a la de otro Médico de Familia.

Art. 22° De la redelimitación del área

Durante la vigencia del contrato, quienes limitaron el área (art. 21) podrán revalorar la cantidad de usuarios de conformidad con la actualización de los registros mencionados en el artículo anterior.

En el caso de detectarse una diferencia significativa en el número de beneficiarios, podrán redelimitarla.

Art. 23° Excepciones a la cantidad de usuarios del área

A.S.S.E. podrá contemplar excepciones a lo dispuesto en los artículos precedentes, en base a los siguientes extremos:

- a- Menor número de usuarios en la zona.
- b- Mayor cantidad de zonas de asistencia con un máximo aproximado a 2200 usuarios en total.

Las excepciones se aplicarán considerando: zonas aisladas, densidad de población, necesidades sanitarias priorizadas y demás casos que considere pertinentes.

C -REMUNERACION DEL MEDICO DE FAMILIA

Art. 27° De la remuneración

La remuneración de los Médicos de Familia se realizará por concepto de honorarios en base al regimen de capitación atento a lo que se establezca en los artículos siguientes.

Art. 28° Forma de pago

Los honorarios se liquidarán mensualmente de acuerdo a una capitación ficta por área de 2200 beneficiarios válidos.

Art. 29° Del beneficiario válido

Se entiende por beneficiario válido del sistema de Medicina Familiar al que reside dentro del área de trabajo del Médico de Familia y que reúne los requisitos determinados por el M.S.P.

Art. 30° Sistema de control de los beneficiarios

A.S.S.E. implementará un sistema de control que permita establecer cambios cuantitativos significativos en el número de beneficiarios válidos de cada Médico de Familia.

Art. 31° Valor básico por beneficiario

A.S.S.E. establecerá un valor básico por beneficiario válido.

Se establece como valor básico a partir del 1/1/97, la suma de \$U 2,42.-

Dicho valor se ajustará en las mismas oportunidades y en los mismos porcentajes en que se efectúan los ajustes establecidos por el artículo 6° de la ley 15809 del 8 de abril de 1986 o por el salario mínimo nacional.

De ambos índices se aplicará el de mayor incremento en la fecha que corresponda el aumento en la remuneración.

En caso de modificaciones del regimen establecido por la citada norma A.S.S.E. queda habilitada para fijar un nuevo sistema de ajuste.

El nuevo sistema se considerará aceptado por el Médico de Familia, si dentro de los diez (10) días corridos que sigan a la notificación del mismo, no manifiesta su desacuerdo.

La comunicación de no aceptación por el Médico de Familia, producirá la rescisión del contrato a los treinta (30) días de recibida por A.S.S.E..

Art. 32° Del pago diferencial

A.S.S.E. establecerá un sistema de pago diferencial, aumentando el valor básico por beneficiario, en atención a las siguientes circunstancias:

a-La categorización de la zona urbana, suburbana o rural (art. 2l), se realizará de acuerdo a los criterios de A.S.S.E.

b-Atención de los beneficiarios en consultorio a su costo.

Art. 33° En aplicación de los criterios establecidos en el artículo anterior, se fijan los siguientes pagos diferenciales”.

	ZONA		CONSULTORIO PROPIO	INCREMENTO SOBRE VALOR BASICO
URBANA	SUBURBANA	RURAL		
X			X	25%
	X			40%
		X		65%
	X		X	80%
		X	X	130%

En cuanto a las actividades que realiza el Médico de Familia en la comunidad dividimos a las actividades en Asistenciales y Comunitarias.

El sistema de remuneración desde el inicio de la Medicina Familiar hasta el año 1997, consistió en un sistema de capitación mediante el cual los usuarios para ingresar a la cápita del médico tratante llenaban un formulario que el médico les proporcionaba, en el

que figuraban la cédula de identidad, el N° de registro del carné de ASSE y su firma. De acuerdo al número de pacientes que el médico tenía en su nómina se deducían los honorarios percibidos.

A partir de año 1997 se constató que este sistema de capitación tenía dificultades operativas en Medicina Familiar; esto era debido a que como la División Usuarios de ASSE no podía brindar a los médicos los datos de los beneficiarios que vivían en sus áreas de responsabilidad y por lo tanto era el propio médico que debía tomar estos registros, utilizaban gran parte de su horario de trabajo para la cápita de pacientes resintiéndose como consecuencia la calidad de la atención.

Debido a lo antedicho desde, 1997 se cambió el sistema de capitación real por uno de “cápita ficta”. Para el mismo se elige un área en la que por datos del último censo nacional existen aproximadamente 2200 usuarios de ASSE.

ACTIVIDADES QUE CUMPLEN LOS MÉDICOS DE FAMILIA:

En los artículos 6°, 25° y 26° se describen las funciones que deben de realizar los médicos de familia.

“6° Funciones del Médico de Familia

El Médico de Familia deberá realizar funciones asistenciales, preventivas, de rehabilitación, educativas, administrativas y de investigación (art. 25, 26)

25° Obligaciones técnicas

Dentro de este tipo de obligaciones se comprenden las generales, educativas y de coordinación.

I- Generales

- 1-Ejecutar, participar y promover los programas de salud del M.S.P.
- 2-Procurar solucionar los problemas de salud de las familias a su cargo.
- 3-Realizar el diagnóstico, tratamiento y control, de las enfermedades más frecuentes, sin distinción de edad, sexo y enfermedad.
- 4-Hacer efectivo el control prenatal, del recién nacido sano y puericultura en general, según pautas y normas establecidas.
- 6-Efectuar la consulta o derivación oportuna con otros niveles de atención.
- 7-Colaborar con la supervisión técnica del Programa de Medicina Familiar.

8-Cumplir actividades de investigación clínica o epidemiológica, que promueva o se le asigne.

9-Realizar seguimiento de los pacientes en el 2do. y 3er. nivel de atención sin que implique el deber de concurrir al lugar de internación.

10-Utilizar y promover todas las medidas de prevención específicas.

11-Promover acciones tendientes al mejoramiento de las condiciones de salud de las familias a su cargo, en coordinación con sectores individuales y organizados de la comunidad.

12-Identificar los factores que determinan la pérdida de la salud e intentar eliminarlos en coordinación con el equipo multidisciplinario de apoyo o con otros recursos estatales, paraestatales, privados o de la comunidad.

13-Realizar visitas domiciliarias programadas, entendiéndose por tal, la visita médica domiciliaria preestablecida por el médico, que tiene como objetivo:

a-Captación o seguimiento de casos-problema

b-Seguimiento de patologías que no impliquen urgencia y que requieran tratamiento intra-domiciliario (imposibilidad real de traslado del paciente al consultorio).

II- Educativas

1-Participar en el programa de capacitación continua.

2-Realizar tareas de aprendizaje.

3-Orientar y guiar a las familias y comunidad a su cargo, en el mejoramiento y mantenimiento de la salud.

4-Promover y llevar a cabo-con el equipo de Medicina Familiar-tareas de educación dirigidas al individuo, familia y comunidad a su cargo.

III- De coordinación

1-Presentar un diagnóstico de salud de área cada tres años.

2-Coordinar periódicamente con las comisiones vecinales y centros educativos de la zona, a los efectos de prevención, promoción y educación para la salud, así como su derivación al consultorio de los casos-problema.

3-Promover y coordinar el buen funcionamiento del equipo multidisciplinario de Medicina Familiar.

4-Coordinar una vez al mes con el responsable de área.

26° Obligaciones administrativas

1-Cumplir con las normas administrativas emanadas del reglamento de Medicina Familiar de A.S.S.E., así como con la presentación de la producción y liquidación de honorarios mensuales.

2-Cumplir semanalmente con la atención en consultorio por espacio de veinte (20) horas, repartidas por lo menos en cinco (5) días.

Debe comunicar previamente a U.NA.ME.FA:

a.Dirección del consultorio.

b.Horario de atención.

c.Variación de la dirección u horario.

3- Comunicar a U.NA.ME.FA. con una anticipación mínima de 24 horas, sus inasistencias al consultorio y causas de las mismas y debida convocatoria del suplente.

4- Realizar el correcto llenado de historias clínicas de los beneficiarios a su cargo, según normas establecidas.

5-Preparar la agenda de consultas diarias programadas, así como de las visitas programadas.

En el Protocolo de evaluación del Médico de Familia se definen una serie de actividades comunitarias que tienen como fin la promoción de la salud.

“*Actividad comunitaria:* Se entienden como actividades comunitarias a todas aquellas que fomenten la participación de la comunidad en acciones tendientes a mejorar las condiciones de vida de sus habitantes.

Educación para la salud implica darle a la comunidad la herramienta necesaria para que adquieran conductas saludables.

Se consideran actividades comunitarias y de educación para la salud:

Coordinación con organizaciones comunitarias del área.

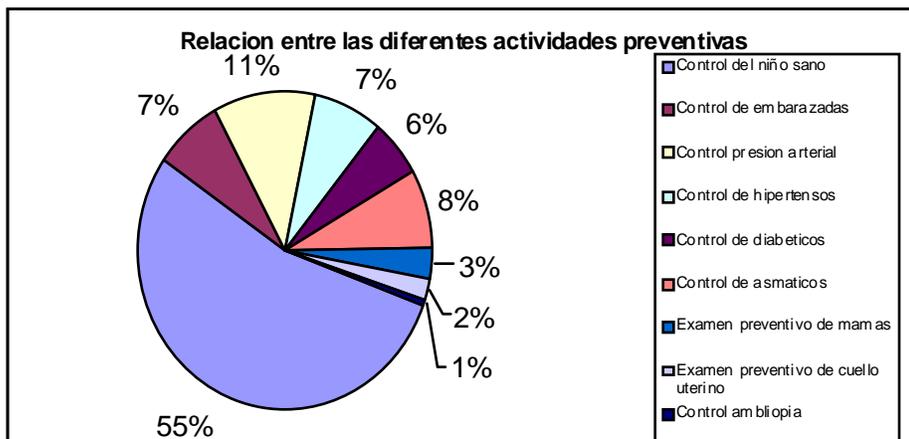
1. Coordinación para actividades en las escuelas y otras instituciones educativas del área.
2. Coordinación con otro tipo de instituciones públicas y privadas de área (INDA, PAI, etc.).
3. Implementación de campañas preventivas (DAI, IRA, etc.)
4. Actividades de captación de embarazadas y niños y patologías prevalentes.

5. Cursos de formación para agentes comunitarios.
6. Relevamiento del área. El Médico de Familia deberá contar en su consultorio con plano del área bajo su responsabilidad en cual deben estar indicados: instituciones educativas, servicios de salud del área, zonas problema (asentamientos irregulares etc.) Sitios con problemas de saneamiento higiene ambiental etc.”

CAPÍTULO V

ALGUNOS ELEMENTOS QUE PERMITEN VALORAR EN FORMA POSITIVA LA EXPERIENCIA ACTUAL EN MEDICINA FAMILIAR.

1. Ha mejorado la accesibilidad a la atención al primer nivel de los usuarios de ASSE en las áreas donde hay médicos de familia.
2. Se resuelven a nivel local más del 85% de las consultas.
3. Del total de las consultas realizadas las actividades de prevención primaria y secundaria constituyen un 32% de la misma.



Se ha podido conocer los principales motivos de consulta de los usuarios así como las actitudes de los médicos y los pacientes en la consulta. Señaladas con rojo en el cuadro inferior figuran actividades de prevención primaria, como el control en salud, y de prevención secundaria.

PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN MEDICINA FAMILIAR

- Control en salud.**
- Infección respiratoria aguda.
- **Control de hipertensos.**
- Asma.
- Dispepsia.
- Lumbago.
- Diabetes.
- Amigdalitis aguda.
- Parasitosis.
- **Control de presión arterial.**
- Alergia.
- Dolor abdominal.
- Colon irritable.
- **Control de embarazo**
- Depresión
- Fiebre.

También se ha podido constatar dentro de los problemas que no constituyen el motivo de consulta un conjunto de acciones y procedimientos (escritas en color rojo) que apuntan hacia una medicina preventiva.

PROBLEMAS Y/O PROCEDIMIENTOS QUE NO CONSTITUYEN EL MOTIVO DE CONSULTA

- Repetición de medicación.
- **Control de presión arterial.**
- **Problema familiar.**
- Hipertensión arterial.
- **Examen preventivo de cuello uterino.**
- Problema económico.
- Dolor abdominal
- Asma.
- Alergia.
- Ansiedad

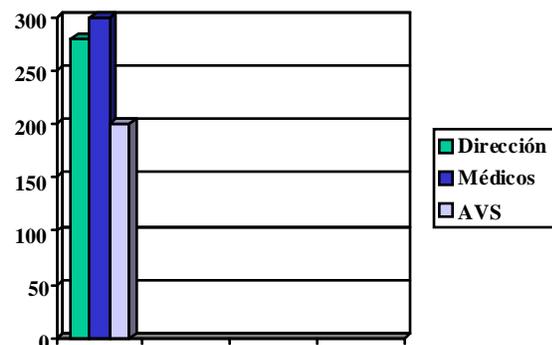
- Fiebre.
- Control en salud.
- Diabetes.
- Infección respiratoria aguda.
- Dispepsia.
- Examen preventivo de mamas.
- Parasitosis.

4. Se desarrolló un Programa de Fortalecimiento de Acciones Comunitarias mediante el cual se realizaron: a) cursos de formación y capacitación de Agentes Voluntarios de salud, con un programa que fue avalado por las autoridades del MSP mediante la entrega de un diploma a los participantes
b) Encuentros de Agentes Voluntarios de Salud.

5. Se elaboraron protocolos clínicos con el objetivo de mejorar el eficacia y eficiencia:

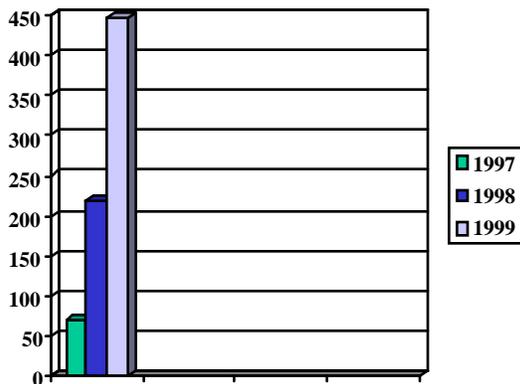
- •Diabetes
- •Hipertensión arterial
- •Asma
- •Infecciones Respiratorias Agudas
- •Control del niño sano
- •Control de la embarazada
- •Examen preventivo de mamas

6. Se realizó un programa de educación médica continua dirigido a los integrantes



de la dirección de UNAMEFA así como a los médicos de familia durante que durante los años 1997 1999 muestran las horas promedio anuales dedicadas al mismo por grupo.

Las horas dedicadas a la educación médica continua se detallan en el cuadro siguiente.



7. Se realizó un coordinación de actividades con organizaciones extrasectoriales:

- I.N.D.A (Control de la salud del niño para la obtención de la canasta de ayuda)
- Ministerio del Interior(ej: programa de violencia doméstica que funciona en Rincón de la Bolsa)
- MTOp(se construyeron consultorios por convenio)
- Intendencias
- ONG´s
- Instituciones religiosas
- Instituciones deportivas
- Instituciones educativas
- Comisiones de fomento

ANEXO 4.

URUGUAY

GASTO TOTAL EN SALUD 1982 – 1995

AÑOS	GASTOS (mil U\$S)	GASTO/PBI	Gastos U\$S per cápita en dólares de 1995
1982		6,2	250
1987	482	6,5	318
1991	807	8,0	403
1992	979	8,3	444
1994	1589	9,8	564
1995	1781	10,0	569

ANEXO 5.

URUGUAY

DATOS CENSALES

GRUPOS ETARIOS	CENSOS				
	1908	1963	1975	1985	1996
0 – 14 años	41%	28%	27%	27%	25%
15 – 64 años	56%	64%	63%	62%	63%
65 y + años	03%	08%	10%	11%	12,8%

EL URUGUAY ES UN PAÍS DEMOGRÁFICAMENTE ENVEJECIDO

PARA EL AÑO 2005 SE ESTIMA QUE EL PORCENTAJE DE HABITANTES DE 65 Y + AÑOS SERÁ DEL 14%

MEMORANDUM

ANEXO 7.

REFERENCIA:

Costo efectividad comparada
SISTEMA MEDICINA FAMILIAR vs SISTEMA CLASICO

ANTECEDENTES:

El Sistema de Medicina Familiar da cobertura a 272.800 usuarios de ASSE, a través de 124 Médicos de Familia.

Para los próximos meses esta previsto aumentar la dotación de Médicos de Familia a 300, para dar cobertura a un total de 660.000 usuarios.

Los Médicos de Familia trabajan en consultorios “propios” con los costos de funcionamiento y mantenimiento a su cargo lo que aumenta la infraestructura física del Ministerio de Salud Pública en más de 120 locales sin costos para éste (Alquiler, impuestos, teléfono, UTE, etc, así como personal de mantenimiento, recepción, enfermería, etc.).

Datos obtenidos del Programa FAS-OPP indican que la construcción de una policlínica para Medicina Familiar costaría U\$ 50.000.

PRODUCTIVIDAD COMPARADA:

Se comparó la productividad y costos por honorarios de los Médicos de Familia vs. Médicos Generales de Montevideo durante el ejercicio 1996.

Un Médico General percibe \$U 39.100 por año y realiza 1088 consultas por año (datos obtenidos del SSAE).

Un Médico de Familia percibe \$U 126.000 por año y realiza 3840 consultas por año.

Un Médico de Familia realiza 3.52 consultas más que el Médico General.

Se precisan 127 Médicos Generales para cumplir la actividad de 36 Médicos de Familia.

GASTOS EN MEDICACION

Se comparó el gasto efectuado en medicamentos entre los dos sistemas (estudio realizado por el SSAE y verificado por el FAS).

Un Médico General receta a 2.45 recetas por paciente visto

Un Médico de Familia receta 1.31 recetas por paciente visto

Un Médico de Familia receta un 53% menos que un Médico General.

Un Médico de Familia genera un costo en medicamentos por consulta de \$15 (datos obtenidos del Hospital de Pando). El total de consultas realizadas en el año 1997 por los 122 médicos fue de 503.057, por lo tanto el gasto en medicación fue de \$ 7.545.855.

IMPACTO DEL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR

Los Médicos de Familia se agrupan de acuerdo a Centro de Salud regional más cercano con el cual coordinan sus acciones. Estos Centros realizan cobertura de asistencia, a través del sistema clásico, por médicos generales, ginecólogos y pediatras. Presentan además otros profesionales, así como Asistentes Sociales, Nutricionistas, etc., de las cuales el Médico de Familia se vale como Centro de Referencia para realizar interconsultas y actividades conjuntas.

Se presentan a continuación algunos datos oficiales (Dr. Ruben Missurraco, Director del Centro de Salud Santa Rita, Dra. Raquel Brenner y Lic. Silvia Nairotti, directora y analista del Centro de Salud Jardines del Hipódromo y Dr. Carlos Tiscornia, director del Centro de Salud Piedras Blancas) de estudios comparativos ente e sistema clásico y el sistema de Medicina Familiar en los que aparecen indicadores de producción, impacto o de ambos en las siguientes áreas de Montevideo:

- Centro de Salud Santa Rita.
- Centro de Salud Jardines del Hipódromo.
- Centro de Salud Piedras Blancas.

Centro de Salud Santa Rita

Mediante los datos obtenidos en este Centro se demuestra, el impacto en algunos indicadores mediante el programa de Medicina Familiar comparado con el sistema existente anteriormente en el área.

Se perciben claramente 3 etapas cronológicas: sistema tradicional (1983), Atención Primaria Extramural (1986), Medicina Familiar (1989).

Tabla N° 1		
Años	N° de consultas	N° de casos de DAI
1983	11.282	633
1986	23.909	390
1989	59.059	361

En la **Tabla 1** se compara el número de Consultas totales con el número de casos de DAI. Se notan claramente 2 hechos importantes: a) El aumento del número de consultas y b) El descenso de los casos de diarrea aguda infantil, tanto en valores absolutos como en valores relativos frente al total de consultas.

Tabla N° 2	
Años	Porcentaje de derivación a Internación
1983	8,700/00
1986	2,200/00
1989	0,98°0/0

En la **Tabla 2** puede observarse que luego de la implementación de la Medicina Familiar existe una importante disminución de las derivaciones a interconsulta.

En la **Tabla 3** se presentan algunos indicadores con los que habitualmente se evalúa el impacto de acciones en el 1er. nivel de atención.

El indicador 1 muestra la evolución de la mortalidad infantil en una población de número limitado (30.000) que abarca en Centro de Salud Santa Rita. No debe considerarse representativa de la cifra global nacional. Sólo muestra una tendencia a la disminución de la mortalidad infantil luego de la implantación de la Medicina Familiar.

Los indicadores 5 y 6 nos muestran una disminución del número de niños desnutridos, situación debida a una mejor captación de niños para control por parte de los Médicos de Familia, con la consiguiente educación para la salud hacia la madre brindándole información sobre alimentación apropiada del niño (promoción de pecho exclusivo, etc.) y la coordinación interinstitucional para la promoción de suministro de alimentos que el equipo de salud realiza con INDA (Instituto Nacional de Alimentación), Comedores Barriales, etc.

Los indicadores 3, 4 y 9 muestran una mejoría en el trabajo de captación de embarazadas desde que el Sistema de Medicina Familiar funciona en el área, seguramente gracias a las actividades realizadas por los Médicos de Familia. Se aprecia un aumento del número de controles por embarazo, un aumento de embarazos captados para control en el primer trimestre y la disminución del número de embarazos no controlados.

Tabla N° 3			
Algunos indicadores de salud			
Centro de Salud Santa Rita 1987-1989			
Indicadores	1987	1988	1989
1. Mortalidad infantil	52°00	13,5°00	5,4°00
2. Bajo peso al nacer	12%	9,8%	10,3%
3. Embarazos no controlados	25%	20%	10%
4. Intensidad de uso embarazadas	3,8	4	4,5
5. Desnutridos menores de 1 año	22%	21,6%	13%
6. Desnutrición de 1 a 4 años	40%	27%	9%
7. Embarazos desnutridos a la captación	18%	34%	30%
8. Embarazos de alto riesgo	43%	45%	49%

9. Embarazadas captadas en el 1er. Trimestre	33%	42%	46%
--	-----	-----	-----

Los otros indicadores muestran algunos fenómenos interesantes, tales como el de embarazos de alto riesgo (Nº 8) cuyo valor aumenta seguramente debido a una mayor captación.

El bajo peso al nacer no tiene una variación significativa, seguramente porque los factores que intervienen en la mejoría de este indicador escapan a las posibilidades aisladas del sector salud.

Centro de Salud Jardines del Hipódromo

El Centro de Salud cuenta con la infraestructura habitual en estos Servicios de 1er. nivel.

Tabla Nº 4

Actividades Médicas en el CS Jardines del Hipódromo Por especialidad noviembre del 90 a octubre del 91

		Valores absolutos	Porcentaje
Centro de Salud	Medicina General (3)	6879	13.19
	Emergencia (6)	6089	11.68
	Pediatría (4)	10525	20.19
	Ginecología (4)	3944	7.56
Médicos de Familia (4)		24695	47.37
Total		52132	100

Los números entre paréntesis representan el total de profesionales de dicha especialidad existentes.

Los números son bastante elocuentes por si mismos, de cual es la productividad que un sistema tiene sobre otro. Si bien hay que considerar que algunas de estas especialidades deberían ser entendidas como Referencia, es llamativo que un 47% de la consulta sea realizada por los Médicos de Familia.

Centro de Salud Piedras Blancas

Se plantea un estudio comparativo entre el Centro de Salud(Sistema Clásico) y la Medicina Familiar.

Tabla Nº5

Controles de salud(niños y embarazadas) Por Centros de Salud y Medicina Familiar

Año	Controles CS	Controles MF	Total
1990	5679(41%)	8184(59%)	13863
1991	4479(33,8%)	8771(66,2%)	13250
Totales	10158(37,5%)	16955(62,5%)	27113

Entre paréntesis se expresa el porcentaje de Controles sobre el Total de Controles realizados en el período de tiempo analizado.

En la tabla 5 se comparan los Controles de Salud, considerados no solo como acciones preventivas en niños y embarazadas, sino como una instancia de Promoción de Salud, ya que de allí debe aprovecharse para hacer educación para la Salud, entre MF (Médicos de Familia) y CS (Centros de Salud)

Tabla N°6

Total de consultas Por CS y MF 1990-1991

Año	Controles CS	Controles MF	Total
1990	18082(30,2%)	41848(69%)	5930
1991	16949(26,80%)	4685(93,2%)	63234
Totales	35031(28,44)	88133(62,5%)	123164

Entre paréntesis se expresa el porcentaje de Consultas sobre el Total de Consultas realizadas en el período de tiempo analizado.

En la tabla 6 se comparan cifras totales de asistencia a sanos y enfermos entre MF y CS. Los valores presentados son bastante elocuentes, impresionando los valores relativos obtenidos por los MF.

En un estudio realizado por el programa FAS entre los años 1993 y 1998 se tomaron como indicadores indirectos de impacto de la Medicina Familiar:

- La cobertura realizada por los médicos de familia que aumentó en forma progresiva.
- La tasa de hospitalización disminuyó debido fundamentalmente a las acciones preventivas y de control realizadas por los médicos de familia.
- El porcentaje de consultas preventivas se incrementó.
- El número de medicamentos indicados por consulta también disminuyó.

CONSIDERACIONES FINALES

El trabajo de los 3 últimos años ha podido mostrar resultados muy importantes en lo que tiene que ver con la eficacia del programa:

- El número de consultas preventivas y de control en relación al total de consultas aumenta del 8,1% a 31%, en tanto que el cumplimiento de dicha consulta es del 92%.
- El número de recetas por consulta es de 1,31, a un costo promedio de \$15 por consulta.
- La tasa de hospitalización descendió de 5.8 a 4.07.
