

Sobre los Sistemas Locales de Salud (SILOS) con especial referencia a Uruguay

(Aspectos doctrinarios que fundamentan la actividad de la «Fundación San Antonio de Padua» en Sarandí del Yí y su zona de influencia)

Dr. Hugo Dibarboire Icasuriaga

Contrariamente a lo que señala la Publicación N° 519, OPS/OMS, «Los sistemas locales de salud», la grave crisis económica de la región de las Américas agravará los problemas de la salud, sin que esté en el sector salud poder evitarlo. Es válido, como se propone, mejorar los servicios dando prioridad al mejoramiento de la infraestructura local para la ejecución de tareas de APS. La dificultad radica en que ello afectaría la globalidad de la estructura de atención —docencia— investigación existente y con ella fuentes de poder superestructurales y la medicina de mercado.

Se propone un modelo de SILOS en Uruguay, país con subdesarrollo atípico. Lo esencial sería una estructura regional integrada por los niveles primario y secundario de atención con un programa común. Se fundamentan las características propuestas para ese modelo: ser experimental, coordinado por el sector público; basarse en la atención médica, la medicina general en el nivel primario, como método para promover la participación de la comunidad; cumplir los principios de universalidad, integralidad, continuidad, equidad de los servicios. Los niveles de atención tercero y cuarto tendrían una función de referencia, apoyo y asesoramiento, pero no jerárquica respecto de los otros niveles.

Palabras clave:
Sistema de salud.
Sistema local de salud

Dr. Hugo Dibarboire Icasuriaga
Médico especialista en Salud Pública

I. Sobre los Sistemas Locales de Salud (SILOS)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) ha publicado recientemente su Publicación Científica N° 519 «Los sistemas locales de salud», Editores José María Paganini, Roberto Capote Mir, Washington, D.C., 1990, que reúne 58 artículos en 742 páginas.

El prólogo del Sr. Director Guerra de Macedo informa que el objetivo «es movilizar los recursos en la transformación de los sistemas nacionales de salud en base al desarrollo de los sistemas locales (SILOS)», «otorgar mayor prioridad al desarrollo de la infraestructura en salud» (1). Aclara

que la nueva responsabilidad se asume «dentro de una de las mayores crisis económicas que conozca la región por lo que resulta imperioso encontrar nuevos y mejores caminos para el uso de los escasos recursos, no siempre bien utilizados y para hacer realidad la tan ansiada democratización y la paz entre los pueblos, en donde la salud puede y debe tener un rol protagonista indiscutible» (1).

A la vez, como un elemento esperanzador sobre el resultado del proceso que se impulsa, pero contradictorio con que sincrónicamente se padezca «una de las mayores crisis económicas que conozca la historia de la región» (1), señala que «hemos podido observar en los últimos años una activa y decidida acción de los gobiernos y pueblos de las Américas, al dedicarse concretamente a hacer realidad las políticas y planes definidos hacia la justicia social y el bienestar de todos» (1).

Correspondencia:
Dr. Hugo Dibarboire Icasuriaga
Figueiras 2322
Montevideo – Uruguay

El planteo de los SILOS se hace considerándolo la táctica adecuada para llevar adelante la estrategia de la atención primaria de la salud (APS).

«La propuesta de organización de los SILOS significa un cambio importante en la manera de dar prestación de servicios. En realidad significa tomar los componentes de la estrategia de APS y ponerlos en práctica concreta a nivel local» (2).

«Los SILOS constituyen matrices de atención a la salud que surgen como estrategias válidas para maximizar los alcances de la APS» (3).

«Se considera que el fortalecimiento y desarrollo de los sistemas locales de salud es una táctica operacional adecuada para la aplicación de los principios básicos de la estrategia de APS» (4).

Interesa pues situar el problema dentro de la APS, más allá de lo anecdótico que resulta el hecho de que en 1978 se establezca la estrategia (arte de dirigir un asunto para lograr el objetivo deseado) y una década después la táctica (manera de conducirse para contribuir a ello).

«La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico de la comunidad» dice la Declaración de Alma Ata (5). Agrega «la Conferencia Internacional sobre APS exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la APS en el mundo entero, particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al nuevo orden económico internacional» (5).

Sin embargo «las evaluaciones recientes realizadas por los países demuestran que los avances logrados no han alcanzado a resolver los problemas básicos de salud y atención de la salud de los grupos poblacionales más necesitados» (6).

«De acuerdo con las estimaciones de cobertura alcanzada, del total de 423 millones de habitantes, unos 130 no tienen actualmente acceso permanente a servicios básicos de salud; si a esta cifra se agregan 160 millones de personas más, que constituyen las estimaciones de crecimiento de la población en el período 1986–2000, resulta un total de 290 millones de personas más para las cuales es necesario asegurar atención adecuada de la salud» (4).

Es que «para analizar la situación del sector salud, en particular, es imprescindible entender su relación con la economía nacional» y ésta en el contexto económico mundial (4). «La transnacionalización a escala mundial de las economías y la deuda externa restringen considerablemente la extensión y eficacia de los instrumentos de las políticas nacionales» (4).

«Frente a la crisis provocada por las restricciones de los modelos económicos prevalentes, agravada por la magnitud del endeudamiento externo y por la situación económica mundial, los países definieron políticas de ajuste» (4). «En el sector salud estas medidas de ajuste se han puesto en evidencia en varias formas, limitaciones de inversiones de capital para áreas fundamentales..., limitaciones para los gastos corrientes afectando el normal

funcionamiento de programas..., restricciones para favorecer el desarrollo administrativo del sector» (4).

Mediante la comparación de estos textos, la declaración de deseos de 1978 y la descripción de la situación actual, puede inferirse que de acuerdo a ellos la aplicación de la APS en la región de las Américas ha sido un fracaso, y que si se ha aplicado un nuevo orden económico internacional, éste ha sido insalubre dada su repercusión sobre los servicios y la pauperización de grandes contingentes humanos que se ha producido en la última década (7).

Así pues que si los SILOS significan la práctica local de los componentes de la estrategia de APS (2); si ésta se basa según su declaración fundacional en el espíritu de cooperación técnica conforme a un nuevo orden económico internacional que permitiría el desarrollo económico y social, de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos (5); si la experiencia de más de una década demuestra que la región está sumida dentro de una de las mayores crisis económicas que conozca su historia (1); surge con la evidencia necesaria de un silogismo, que el método adoptado no sirve, que las pretensiones de lograr soluciones sistémicas o suprsectoriales desde el sector salud son infundadas.

Sin embargo vuelven a plantearse los problemas y sus soluciones eventuales, en iguales términos que antes, aunque modificando la táctica que hará posible alcanzar el objetivo estratégico. Se considera que la descentralización y «el desarrollo local» son instrumentos idóneos de los procesos de democratización y de mayor participación y justicia social (4). Se define a los SILOS como un sistema de mayor jerarquía que el de la atención de la salud, como un sistema de salud es decir «como una parte del sistema social que incluye el conjunto de elementos o componentes del sistema social relacionados en forma directa o indirecta con la salud de la población (3)». La mayor parte de los componentes del sistema social tienen influencia sobre la salud» (3). Es decir se presenta nuevamente una propuesta de desarrollo local, conceptualmente similar a la preconizada como desarrollo de la comunidad en los años sesenta. Se alude al microclima local como si él solo fuera condición suficiente para modificar la naturaleza de las cosas, como si no estuviera inserto en una situación general que necesariamente lo condiciona, como si no se dieran localmente, las mismas contradicciones que en el nivel general.

El propio documento CD 33/14 citado, hace referencia al asunto a texto expreso cuando se refiere a la insuficiencia estructural de la región para sostener ritmos de crecimiento y la incapacidad del orden intersectorial para dar respuestas al problema del subdesarrollo (4). ¿Qué es el orden intersectorial sino los propios gobiernos nacionales? ¿Cuál es la base de nuestra «insalubridad» sino el subdesarrollo y la inadecuada distribución de la riqueza? ¿Cuál es el sustrato de la insuficiencia estructural sino las actuales estructuras políticas, económicas y sociales?

Estamos frente a otro ejemplo de «una línea de pensamiento que considera los actos o intervenciones independientes de las estructuras y las relaciones de poder que las determinan, lo que en el discurso sociológico se denomina empirismo o pragmatismo ateórico» (8). Es relevante en este sentido el que se pretenda resolver la

contradicción entre lo político y lo técnico mediante el simple enunciado de que está resuelta, expresado en pocas líneas de texto: «El nuevo modelo de atención propuesto en los SILOS supera la supuesta contradicción entre lo político y lo técnico. Debe quedar bien claro que la propuesta es una propuesta política con contenidos técnicos. Las ciencias políticas y las ciencias de la salud se complementan y potencian en beneficio de un enfoque integrado, social, democrático» (6).

Cabe preguntarse primero qué necesidad hay de superar una contradicción inexistente en la medida que se define como «supuesta». Si dejáramos de lado esta primera interrogante pensando que se trata de un lapsus scriptorius, cabe preguntarse entonces como es posible afirmar que una propuesta «superá» una contradicción. Podemos dejar de lado esta segunda interrogante pensando que estamos ante otro lapsus y que el autor quiso decir que al ejecutarse, la propuesta superará la contradicción y en vez usó el tiempo presente, «superá». En ese caso parece poco riguroso, alejado del carácter científico que se invoca, emitir un juicio apodíctico (el que no admite contradicción) y a la vez apriorístico (con anterioridad, con antelación al hecho). Todo parece indicar que se trata de una afirmación tenida por indudable, como si fuera un axioma o un dogma. Ello es especialmente significativo cuando el mismo autor, en la introducción que da inicio al volumen, dice que durante los últimos 30 años «a pesar de todos estos intentos y preocupaciones por la salud pública, los avances logrados fueron mínimos» (9).

Ya en 1971 decíamos respecto de estos temas. «Mediante nuestro trabajo médico no podemos modificar la estructura social ni la situación de crisis. Ello requiere un trabajo político no médico. Pero, y sin que esto se contradiga con lo anterior, mediante el trabajo en salud podremos actuar sobre problemas específicos del sector con los límites que la situación general plantea» (10). Lo reiterábamos muchos años después. Es falaz la pretensión de que mediante la implementación de la APS promovida desde el Ministerio de Salud Pública vamos a mejorar todos los factores que inciden en la salud» (11).

En condiciones de grave crisis económica los problemas de la salud se agravarán, pero ello no es contradictorio con tratar de mejorar los servicios que se ofrecen. Mejorarlos sabiendo de antemano que algunas necesidades básicas no siempre expresadas en indicadores de la salud, no se afectarán por esas mejorías. Sería conveniente que los organismos encargados de la salud lo dijeran en forma expresa porque de esa manera se evitarían graves confusiones, grandes esfuerzos y erogaciones inútiles en momentos de penuria económica.

La declaración de Alma Ata tuvo la virtud de recomendar que las prioridades en salud se orientaran hacia la APS aunque su interpretación de los problemas de salud y sus propuestas de solución se hayan demostrado erróneas (8). Todo parece indicar que el caso de los SILOS constituye otro ejemplo de lo anterior y que como en ese caso contiene una buena recomendación si se restringe al sector y se tiene conciencia de ello.

Consideramos que la buena recomendación es atender el trabajo en el nivel primario de la salud, mediante acciones prioritarias ejecutadas en la infraestructura lo-

cal. No será fácil. Ello requiere desactivar conceptos, actitudes, vicios; alterar el usufructo de fuentes de poder con las que se usan y consolidan, con conciencia o sin ella, superestructuras nacionales y supranacionales de la salud a expensas de la infraestructura local. No será fácil encontrar en cada caso el camino correcto para estimular la actividad en salud allí donde se juega la vida de los hombres, en la inmediación del hábitat y del trabajo. Pero estamos de acuerdo en que ese es el camino. No se trata de la seducción intelectual del discurso sino de la experiencia intensamente vivida y rigurosamente analizada. Decíamos en 1967 que la promoción de experiencias locales concertadas era el comienzo indispensable de una política racional del sector salud (12). Y en 1973. «En la salud y en nuestro país el nivel local es el más desatendido y despreciado de todos y sin embargo consideramos su organización como un paso fundamental en la reestructura sanitaria» (13).

II. Con especial referencia a Uruguay

A. Breve información sobre Uruguay

La República Oriental del Uruguay (Uruguay) es uno de los países del cono sur americano, ubicada entre Argentina y Brasil. Tiene una superficie terrestre de 176.215 km². No existen en su territorio grandes accidentes geográficos. El clima no presenta variaciones extremas. La población es de 2.955.241 habitantes (14). 44.4% reside en Montevideo, capital del país. La estructura demográfica según grandes grupos etáreos es la siguiente: 0-14 años 26.7%, 15-59 años 57.5%, mayores de 60 años 15.8% (14). La población es descendiente en su gran mayoría de inmigrantes europeos, predominantemente españoles e italianos. No existe población aborigen. La lengua es el idioma español.

Desde el punto de vista político, el gobierno es democrático republicano, presidencialista, bicameral. El Estado no sostiene religión alguna, hay libertad de cultos, predomina la religión católica.

La enseñanza primaria es obligatoria. La alfabetización y el nivel de instrucción son relativamente altos en comparación con los demás países latinoamericanos.

Uruguay es un país «en vías de desarrollo» valga el eufemismo.

27.6% de la población (794.083 habitantes), que integran 22.3% de los hogares del país (192.511 unidades) tienen por lo menos una de seis necesidades básicas insatisfechas. 15.8% de las familias se encuentran en situación de pobreza crítica. La evolución de las condiciones de vida de la población uruguaya en las últimas dos décadas arroja señales inquietantes sobre el curso del desarrollo del país (15).

En la coyuntura actual la evolución muestra la tendencia a la disminución del salario real, aumento de la tasa de desempleo, aumento del índice de precios al consumo (15).

Por otra parte Uruguay padece un grave problema demográfico que afecta a la seguridad social. Se trata de la relación de dependencia de la población económicamente inactiva (48.62%) con la activa (51.38%) (14).

El análisis de los principales problemas de salud se basa fundamentalmente en estadísticas de mortalidad, que son confiables. No existen estudios de morbilidad suficientes y actuales en el país.

La estructura de la mortalidad según edad y sexo muestra que disminuye la importancia relativa en los grupos menores de 65 años, especialmente en mujeres y aumenta la importancia relativa del grupo mayores de 65 años.

Las principales causas de muerte son: enfermedades cardiovasculares (41.17%), tumores (22.33%), accidentes y violencias (5.98%) y otras enfermedades crónicas y degenerativas (5.74%) (16).

La mortalidad infantil ha disminuido notoriamente desde un valor de 50‰ en 1970 a 20‰ en 1988 (17).

El sistema de servicios de salud se mantiene incambiado desde hace años, con excepción del crecimiento de grupos privados con fines de lucro que poseen la tecnología de diagnóstico y tratamiento más sofisticada y venden servicios (18).

Se distinguen los subsistemas público y privado. Entre ambos la cobertura alcanza a prácticamente toda la población (19), aunque existen grandes diferencias en la accesibilidad a los servicios y la calidad de éstos. Uruguay integra el grupo de países de la región en los que la responsabilidad de los servicios se distribuye igualitariamente entre el Ministerio de Salud y la Seguridad Social con gran participación del subsistema privado (20) en el que predomina el seguro de prepago como forma de financiamiento.

Los servicios del sector público-dependientes del M.S.P. y la Universidad de la República tienen indicadores de gestión que suponen baja productividad y costos elevados para una atención de la salud generalmente insatisfactoria.

La coordinación de servicios intra e intersectorial es muy limitada o inexistente.

La comparación de indicadores con los de períodos anteriores y con los de otros países de la región de las Américas, muestra que Uruguay se sitúa desde hace varias décadas en una posición de vanguardia (21). Sin embargo existen signos aparentemente contradictorios o atenuantes de la afirmación anterior; como si los indicadores de la salud disponibles en Uruguay no fueran expresión adecuada de la situación del sector.

Dentro de estos signos pueden señalarse:

- La mayoría de los montevideanos (49%) considera que los servicios de salud son malos o muy malos (22).
- Existen graves carencias en el registro de información para la salud, especialmente en lo referente a morbilidad (17) (20).
- Existe un desfasaje entre el modelo actual de atención médica y el modelo epidemiológico de la población. Este modelo es análogo al de países desarrollados pero se da en un país empobrecido con muchísimo menor gasto en salud (21).

B. Bases para la organización de los SILOS en Uruguay

1. Generalidades

No es un hecho casual o caprichoso el que en el libro «Los sistemas locales de salud» que nos ocupa, no se exponga ninguna experiencia uruguaya. Orgánicamente no existen. Así pues que el primer paso debe ser tratar de implementar la primera y meditar sobre la incapacidad de producirla hasta ahora. Necesariamente deberemos ser creativos si pretendemos una experiencia auténtica, en la medida en que «existirán modelos con una diversidad de combinaciones y énfasis según las condiciones especiales de cada país» (6), en la medida que los modelos no son exportables porque deben reunir armónicamente en especiales coyunturas, la aplicación de lo científico con la cultura de los pueblos.

Desde hace muchos años se ha planteado la necesidad de organizar áreas locales de experimentación que permitan adecuar los nuevos modelos de atención a las características nacionales (12) (13) (23) (24). El que estas propuestas no hayan prosperado a pesar de la racionalidad de su planteo se debe a que ellas objetan la globalidad de la estructura que involucra la atención, docencia e investigación en salud; es decir objetan las ideas predominantes en el sector, creadoras y sostenedoras de esas estructuras, producto a su vez de ellas. Estamos entonces de acuerdo en que un requisito fundamental para el desarrollo de los SILOS es «organizar un modelo integrado de asistencia, docencia e investigación basado en nuevos conceptos» (25), pero debe advertirse que esta integración, en la medida en que la novedad alcanza al modelo (6), además de a los conceptos, afecta a toda la estructura y generalmente el apego a una estructura por quienes se benefician de ella y la controlan, es mucho más fuerte que el apego a cualquier concepto.

«El principal obstáculo que se opone a la producción de conocimientos médicos es la estructura de asistencia-docencia-investigación en que se mantiene organizada la medicina en nuestro país. Entre los modos de asistencia-docencia-investigación no hay separación al azar, sino realización no ingenua de una concepción del hecho social y de la medicina que le pertenece» (26).

«La estructura sanitaria determina con carácter de necesidad las características de la atención, docencia e investigación médicas. En cuanto que sistema, es imposible modificar aisladamente alguna de ellas» (27).

La actual estructura del sector está basada en la división del trabajo médico según especialidades, con fuerte orientación a lo biológico. Produce el pensamiento médico predominante que se expresa a través de organismos de decisión del sector (Ministerio de Salud Pública (MSP), Universidad de la República). Este pensamiento y estas decisiones dependen de la experiencia de quienes los producen, condicionada a su vez por el modelo de atención-docencia-investigación en que actúan, el hospital, y las condiciones laborales (25) y de mercado que los privilegian. Cuando toman decisiones relativas al sector no pueden despojarse de los factores que condicionan su status y su pensamiento. En lo atinente a los servicios no pueden despojarse de su visión hospitalaria y especiali-

zada, no globalizadora. Los especialistas son al fin los que saben cada vez más de cada vez menos. No parece razonable que sean sólo ellos quienes decidan sobre aspectos que involucran la globalidad e integración de acciones dirigidas al hombre, es decir un ser social con psíquis y soma. Esta es la causa principal, no expresada en indicadores de salud, de la situación insatisfactoria del sector en el país.

Aunque es una interpretación, creo percibir que este problema subyace en la afirmación que «la forma y división del trabajo para producir, investigar y normatizar conocimientos no debe ser la misma forma o división en que estos conocimientos entregan a la población» (20), como si no se tratara precisamente de investigar y normatizar la entrega de conocimientos, como si lo entregado no fuera un producto, como si no fuera precisamente la entrega la que debe condicionar la producción, investigación y normatización de conocimientos.

Al poner en marcha un proyecto experimental de nuevo modelo, la visión médica del especialismo deberá abdicar de su predominancia si es que se pretende realmente crear algo nuevo y no otro injerto heterólogo para la necrosis. A veces hasta la visión oficial lo reconoce, como cuando dice: «el actual modelo de atención se perpetúa y se expande por la vía del especialismo» (30).

2. *El modelo debe ser experimental*

La puesta en práctica de un modelo de SILOS necesariamente tendrá que partir de su promoción y coordinación desde el sector público. Supone en primera instancia un acuerdo intrasectorial entre instituciones vinculadas a la salud que simultánea o posteriormente debería extenderse al sector privado. En Uruguay acuerdos de este tipo pueden obtenerse pero ello es laborioso y demanda tiempo. Su carácter experimental lo haría factible. A mi criterio la posibilidad de una modificación nacional de los servicios crearía una conmoción paralizante. No creemos que el país esté en aptitud ni en condiciones de plantearse modificaciones globales y generales de los servicios.

El objetivo del estudio sería el propio modelo y las acciones en salud que se llevarían a cabo en él y que según se ha argumentado abarcarían todo el espectro de ellas: atención, docencia, investigación, administración.

Se trataría de lograr un modelo reproducible por lo que no podría ser sobredimensionado ni sobredotado presupuestalmente. Es importante la adecuada elección del área y su dimensión geográfica y demográfica.

Así pues se trata de crear un nuevo modelo adecuado a la situación actual del país, capaz de crear condiciones propicias para que en su área la prestación de servicios de atención de la salud se logre en forma universal, continua e integral, con satisfacción para usuarios y personal de salud actuante. Si se evalúa, si se corrige y mejora, si se demuestra apto, estaría en condiciones de ser replicado.

3. *La actividad a desarrollar debe estar centrada en la tarea asistencial*

Quien ha ejercido la medicina en estrecho contacto y

durante lapsos prolongados con grupos poblacionales estables, sabe que para ganarse la confianza de esas poblaciones, según recomienda el propio documento de Alma Ata (5), no hay otro método que satisfacer callados la boca sus necesidades asistenciales elementales, que esas no hace falta mentir porque son los que se padecen. Y que solo satisfaciendo esas necesidades, estableciendo a sus expensas un vínculo amistoso con la población, integrándola, es que pueden intentarse otras acciones en salud, en las que ella participe activa y auténticamente (27). Consideramos haber demostrado, en nuestro medio, la realidad de esta tesis (31).

Así pues el carácter asistencial predominante de la tarea se enfatiza como método de captación de la población para tareas en salud. Esta idea es concordante con lo que se expresa en algunos trabajos del libro que nos ocupa (6) (32).

La predominancia de lo asistencial no es excluyente de la atención de la salud concebida como la integración de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación.

Consideramos que hay que ser muy cautos en el nivel local para alentar reivindicaciones o proyectos intersectoriales por más justos y razonables que sean. Ello se debe a razones ya expresadas relativas a la escasa vulnerabilidad de los factores que se desean modificar mediante acciones locales, en ausencia de decisiones políticas centrales. Por otra parte el riesgo es la frustración, la desmotivación, el retramiento de la gente.

4. *La medicina general es la actividad médica que debe desarrollarse en el nivel primario*

Hay quienes consideran que centrar el problema de la APS en el ejercicio de la medicina general es una manifestación más de omnipotencia médica. Considerarlo así en Uruguay es una visión errada y simplista producto de la inexperience.

En noviembre de 1990 existían en Uruguay 11044 médicos (33) y el país tenía una población estimada de 3.019.000 habitantes (34). La relación número de habitantes entre número de médicos era de 273. La proyección de esta relación al año 2000, realizada en 1986 estimaba cifras variables entre 259 y 292 según doce hipótesis de proyección (34). Cuatro años después de producida se ha mostrado ajustada a la realidad.

El médico es el recurso humano más numeroso del sector. Son notorias las carencias en otros recursos del equipo de salud. Se desconoce el número de auxiliares de enfermería en el país. En mayo de 1989 se hallaban inscriptas en la Caja de Jubilaciones Profesionales 1485 enfermeras universitarias (18), por lo que debe estimarse el número total en el país como algo superior. No existe otra fuente de información.

Los grandes equipos multidisciplinarios que se proponen en Uruguay para el trabajo en el nivel local, responden, a mi criterio, a la situación laboral general del país que afecta a profesionales vinculados a la salud. Aunque se trata del derecho al trabajo, no alcanza para dotar de racionalidad a la propuesta. La función de grandes equi-

pos multidisciplinarios debe situarse en otros niveles que en el local.

La medicina general tiene un espacio académico y gremial específico en la mayoría de los países occidentales. Existen instituciones científicas nacionales e internacionales exclusivas para la consideración de los temas de su competencia; libros y publicaciones periódicas, congresos nacionales e internacionales, cátedras universitarias, títulos de posgrado. En 1948 el Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña determinó que la atención primaria fuera responsabilidad de la división medicina general de la profesión médica (35). En 1990, a propósito de la experiencia de Neuquén, República Argentina, se señala que el desarrollo de acciones de salud que priorizan la estrategia de APS organizando servicios según niveles de atención, ha revalorizado la medicina general para darle su justa dimensión ante la exagerada especialización y superespecialización y el desarrollo de una medicina de mercado alejada de las reales necesidades de la población (36).

En Uruguay son escasas las experiencias en medicina general que han alcanzado abstracción conceptual y producido trabajos que expresen la naturaleza y extensión de su campo de acción. La Medicina General tiene una «presencia menor o de segundo orden, al borde de la inadvertencia y de la negligente indiferencia hacia este modo del ejercicio médico frente a la concepción y hacer médico hegemónicas» (37).

Quienes realizan esta práctica médica en la medida de su dispersión, no se han agrupado en sociedad científica o corporación. Su trabajo es desestimulado por la estructura de atención—docencia—investigación elaborada por y para el especialismo, por las relaciones laborales y la medicina de mercado que privilegian a este, en fin porque quienes la practican han padecido exageradamente, en su generalidad, lo que Balint denomina perpetuación de la relación maestro—alumno (38).

Son demostrativos de esta situación algunos hechos notables a saber:

- 27% de los médicos uruguayos tienen más de una especialidad (39).
- La Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina tiene registrados títulos en 44 especialidades pero no da título de posgrado en medicina general.
- La Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), entidad no docente, da títulos de médicos de familia después de cursos teóricos de 250 horas docentes! (40).
- La institución docente, Universidad de la República, no tiene una política de producción de profesionales de la salud basada en las necesidades sanitarias de la población.
- El hecho ya señalado de carencias graves en el registro de información en lo referente a morbilidad y el desfasaje entre el modelo actual de atención y el modelo epidemiológico de la población.

El modelo propuesto ofrecería la estructura adecuada para la formación de médicos generales y la posibilidad

de organizar cursos de posgrado en esta actividad médica, «teniendo en cuenta la escasa o nula experiencia del personal médico en APS» (40). En Uruguay generalmente no se percibe que la medicina extrahospitalaria debe enseñarse en el medio extrahospitalario donde se ejerce, conforme la natación en el agua. La formación hospitalaria, de imprescindible se transforma en exclusiva sin llamar la atención (27). La opción curricular debería corresponderse con una opción laboral necesaria en los sectores público y privado de la salud.

La medicina general se concibe como un área particular y específica del ejercicio de la medicina, que responde al modelo de atención que se propone. La hemos tipificado de la siguiente manera:

- respecto de la atención individual es la medicina de lo cotidiano, la medicina de la atención holística del hombre, es la medicina de la atención permanente, la del ser humano en su devenir.
- trascendida la etapa de lo individual, es la medicina de la comunidad, centrada en la familia, con especial atención a los principales problemas de salud pública (27).

La relación permanente de un mismo equipo de salud con una población predeterminada en cada caso, es esencial. La consideración global del hombre en su medio tal como se propone, la proyección a problemas de la comunidad, dependen de la atención permanente. Es la permanencia en el tiempo lo que permite establecer relaciones interpersonales globales, ricas, lograr el conocimiento mutuo. «La esencia de la relación entre el médico general y el paciente es su continuidad» dice Balint (38).

«Con la transformación del médico de un artesano que ejerce una habilidad en individuos a los que conoce personalmente, en un técnico que aplica normas científicas en toda clase de pacientes, el mal ejercicio profesional adquirió un nuevo estado anónimo casi respetable». «Con la despersonalización del diagnóstico y la terapéutica, el ejercicio profesional impropio ha dejado de ser un problema ético y se ha convertido en un problema técnico» (42). Se trata de intentar corregir esas situaciones de tal forma que «razonando científicamente el médico comprenda que más que un hombre de ciencia, es el amigo del hombre en trance de minoración, en quien la sabiduría consiste en la plena conciencia de sus limitaciones» (43). La intención es dotar a la práctica médica de la estructura idónea para satisfacer estos aspectos éticos de su ejercicio. Se pretende una medicina que «desenfrente» no que medicalice.

5. *La población atendida debe tener similar acceso a los servicios que necesita y éstos deben ser de igual calidad. (Equidad).*

Se trata de una condición esencial del modelo. No puede pensarse en captar una población para realizar tareas en salud, para que se preocupe por su propia situación en salud, si la discriminamos al ofrecerle servicios ya sea en sus posibilidades de acceso, en el ofrecimiento del servicio que necesita, en la calidad de la atención que se ofrece en ellos.

Se trata de un problema esencial a resolver en la coordinación de servicios entre los sectores público y privado. La contradicción en este punto no es simple, en la medida en que es común que quienes ejercen importantes funciones públicas en salud, ejercen también importantes funciones en el sector privado.

Habrá que llegar a acuerdos realistas que contemplen los intereses de la población a servir y los intereses personales o corporativos de quienes trabajen en el servicio. En la medida de que esta contradicción es propia de la sociedad, no podrá resolverse plenamente en el sector.

6. *Características estructurales del modelo que se propone*

Se trata de determinar las características estructurales de un nuevo modelo de atención en salud que relacione todos los niveles de atención.

- *El nivel primario de atención*, el del primer contacto de los usuarios con el sistema de atención de la salud, en el que se ejercería la medicina general. Se desarrollaría en polyclínicas (44).
- *El nivel secundario de atención*, desarrollado en un hospital tipo B, de acuerdo a los tipos de establecimientos establecidos por el MSP (44).
- *El nivel terciario de atención*, desarrollado en un hospital tipo C, según la mencionada clasificación (44).
- *El cuarto nivel*, correspondiente a servicios especializados con área de responsabilidad nacional (44).

La parte esencial del nuevo modelo sería la creación de una estructura regional integrada por los dos primeros niveles, en la que varias unidades de atención en el nivel primario, se vincularían con un hospital tipo B, propio del nivel secundario. Ambos niveles desarrollarían un programa común, en el que se adaptarían las tareas a las funciones de cada uno.

En el *nivel primario* se ejercería la medicina general en todo el espectro de la actividad en salud, atención, docencia, investigación, administración.

Serían algunas de sus funciones:

- basar la atención en salud en el grupo familiar.
- atender toda la demanda. El objetivo es solucionar localmente el mayor número posible de episodios de enfermedad. La única información nacional al respecto indica que la incidencia de traslados es de 77% (31).
- promover a expensas de la atención en salud, la participación de la comunidad en la consideración de los problemas en salud.

El nivel secundario se concibe como esencial para el desarrollo de las funciones de relación entre las unidades del nivel primario entre sí y con el resto de la estructura. Se constituiría en el nivel integrador de las acciones en salud realizadas en el nivel primario.

Serían funciones de este nivel:

- constituir el nivel de referencia de problemas en salud que no pueden resolverse en el nivel primario.
- apoyar la atención en el nivel primario mediante la interconsulta radial, la consulta en ese nivel, el apoyo de servicios diagnósticos (Ecografía, radiología, ECG, laboratorio en consultorio).
- garantizar la unidad del programa, discutir su adaptación si existieran circunstancias particulares en alguna unidad de atención primaria, aceptando la singularidad de ellas pero sin perder las características comunes del todo.
- promover y contribuir conjuntamente con las unidades de atención primaria, la creación de pautas de trabajo comunes, incluyendo un sistema único de registro.
- procesar e integrar la información procedente del nivel primario y la suya propia.
- promover la investigación de la morbilidad.
- promover la realización de programas parciales en función de los problemas en salud hallados.
- contribuir a la formación del personal en salud en función de las necesidades de la población, al ofrecer la estructura apta para conocer esas necesidades y conocer como pueden satisfacerse.
- promover la participación de la comunidad en la consideración de sus problemas en salud.
- contribuir a la educación en salud mediante el uso de medios masivos de información, adaptando los temas en función de las actividades del servicio o de la comunidad que se realicen o promuevan, de los problemas que se susciten.
- contribuir a la evaluación del trabajo.
- constituir el ámbito de diálogo de todo el trabajo en relación con el suyo propio, el que se realice en el nivel primario, el conjunto, y las vinculaciones con los otros niveles de atención.

Considerando que lo esencial del modelo propuesto es la estructura regional integrada por los dos primeros niveles de atención, se entiende que, conforme en cualquier actividad, la selección de personal para echar a andar el modelo debe basarse en la acreditación de competencia y experiencia en trabajos similares al que se pretende realizar. Recurrir para ello a expertos de hospital, sería inventar nuevas formas de postergación del problema.

Los *niveles tercero y cuarto* tendrán con los niveles anteriores una relación preferente, segura o necesaria, pero no jerárquica. Aportarían la opinión de observadores de la experiencia, consultantes y asesores ante problemas específicos, contribuirían a la formación continua de personal en las áreas de su competencia y de acuerdo a las necesidades que surjan de la experiencia.

Parece razonable y a la vez ambicioso intentar la creación de un modelo como el propuesto, aunque más no sea como preámbulo, como aprendizaje, como adaptación de estructuras, organizaciones e individuos a una situación diferente, como demostración de viabilidad, como trabajo

captador de vocaciones. Estamos convencidos de que en el Uruguay actual valdría la pena.

Résumé

Contrairement à ce que signale la Publication Nº 519, OPS/OMS, «Les systèmes locaux de santé (SILOS)», la crise économique des Amériques accentuera les problèmes de la santé, et personne du secteur de la santé ne pourra l'empêcher. Tel qu'on le propose, il faut améliorer les services en privilégiant l'amélioration de l'infrastructure locale pour les tâches de APS. Cependant, cela toucherait toute la structure d'assistance-enseignement-et de recherche et avec elle, les sources de pouvoir superstructurelles et la médecine de marché.

Pour l'Uruguay, à développement atypique, on propose un modèle de SILOS. Une structure régionale intégrée pour les niveaux d'assistance primaire et secondaire à un programme commun, serait essentielle. Pour ce modèle, on expose les caractéristiques proposées: être expérimental, coordonné par le secteur public; se baser sur l'assistance médicale, la médecine générale au niveau primaire, afin de promouvoir la participation de la communauté; respecter les principes d'universalité, intégralité, continuité et égalité des services. Les niveaux troisième et quatrième d'assistance auraient une tâche de référence, d'appui et d'information, mais pas hiérarchique en rapport aux autres niveaux.

Summary

Contrarily to what is stated in Publication Nº 519, OPS/WHO, on «Local health systems (SILOS)», the serious economic crisis at the American region will aggravate health problems which the health sector is unable to ward off. It is valid, as proposed, to improve services through a priority to the improvement of local infrastructure for the execution of APS tasks. The difficulty lies in the fact that this would affect the globality of health care, which involves theaching and existing research, and thereby sources of superstructural power and market medicine. We propose a model of SILOS in Uruguay, a country with an atypical underdevelopment. Its essential feature would be a regional structure made up of the primary and secondary levels of health care, with a common program. The characteristics proposed for this model are substantiated: they should be experimental and coordinated by the public sector; to be based on medical health care, on General Medicine at its primary level, as a method to promote community participation; to fulfil the principles of universality, integrality, continuity and equity of services. The third and fourth levels of health care would have a function of reference, support and counseling, but not above the other levels.

Bibliografía

1. **Guerra de Macedo C.** Prólogo. In: Los sistemas locales de salud. Washington: OPS/OMS, 1990. (Publicación Científica Nº 519).
2. **Paganini JM.** La salud en las grandes ciudades y los sistemas locales de salud. In: Los sistemas locales de salud. Washington: OPS/OMS, 1990; 294-9. (Publicación Científica Nº 519).
3. **De Roux G, Pedersen D, Pons P, Pracilio H.** Participación social y sistemas locales de salud. In: Los sistemas locales de salud. Washington: OPS/OMS, 1990; 28-49. (Publicación Científica Nº 519).
4. **OPS/OMS.** Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Documento CD33/14, Washington 1988. In: Los sistemas locales de salud. Washington: OPS/OMS, 1990; 5-20. (Publicación Científica Nº 519).
5. **International Conference on Primary Health Care.** Alma Ata, USSR, Geneva: WHO, 1978.
6. **Paganini JM.** Un nuevo modelo de atención. In: Los sistemas locales de salud. Washington: OPS/OMS, 1990; 50-6 (Publicación Científica Nº 519).
7. **Dirección General de Estadística y Censos (Uruguay). Comisión Económica para América Latina (CEPAL).** Pobreza y necesidades básicas en Uruguay. Montevideo: Arca, 1989; 7-8.
8. **Navarro V.** A critique of the ideological and political position of the Brandt Report and the Alma Ata Declaration. Int J Health Serv 1984; 14:159-92.
9. **Paganini JM.** Introducción. In: Los sistemas locales de salud. Washington: OPS/OMS 1990: XIII-XIV (Publicación Científica Nº 519).
10. **Dibarboire-Icasuriaga H.** Cartas al Médico. Montevideo: Oficina del Libro, 1971;10.
11. **Dibarboire-Icasuriaga H.** Comentarios al artículo «A critique of the ideological and political position of the Brand Report and the Alma Ata Declaration». Compendio, 1988; 11(5):13-5.
12. **Dibarboire-Icasuriaga H.** Problemas de la medicina rural uruguaya. Montevideo: Oficina del Libro, 1970:47.
13. **Bagnulo H, Díaz B, Dibarboire-Icasuriaga H, Macedo JC, País T.** Sobre la atención médica en el nivel local. In: VI Convención Médica Nacional (Documento 9). Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay, 1973.
14. **Dirección General de Estadísticas y Censos (Uruguay).** VI Censo de población y IV de viviendas. Montevideo: D.G.E.C., 1989.
15. **Semanario Búsqueda.** Nº 569, enero 1991. Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos (Uruguay).
16. **Anuario OMS,** 1988.
17. **Morelli A, Quesada G.** Salud infantil en el Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Montevideo: UNICEF: 1989.
18. **Dibarboire-Icasuriaga H.** Pasado y presente de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. Rev Méd Uruguay 1989; 5:66-73.
19. **Rigoli F.** Demandas asistenciales y número óptimo de médicos, una comparación internacional. Rev Méd Uruguay 1991; 7:80-2.
20. **OPS/OMS.** Los servicios de salud en las Américas. Análisis de indicadores básicos. Washington: 1988:154-5. (Cuadernos Técnicos Nº 14).
21. **Nowinski A, Roitman B, Sánchez D, Veronelli JC.** Uruguay: hacia un sistema nacional de salud. Documento para discusión. Montevideo: OPS/OMS, 1989;7.
22. **Equipos Consultores Asociados.** Estudios de opinión pública: la salud. Montevideo, 1986.
23. **Ebole O.** Necesidades de profesionales médicos en el sector salud. In: Primeras Jornadas Médico-Sociales Nacionales. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay, 1967.

24. **Seminario sobre Servicios de Salud y Seguridad Social.** Conclusiones generales. Uruguay. Ministerio de Salud Pública, Facultad de Medicina (Uruguay), Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay, OPS/OMS, 1972.
25. **Villar H.** Bases para la organización de los SILOS. In: Los sistemas locales de salud. Washington: OPS/OMS, 1990; 136-46 (Publicación Científica N° 519).
26. **Macedo JC.** Prólogo. In: Dibarboore-Icasuriaga, H. Atención primaria de salud. Montevideo: Universidad de la República (Uruguay), 1988.
27. **Dibarboore-Icasuriaga H.** Del especialismo a la atención médica permanente. Compendio, 1984; 7(1):5-9.
28. **Pittamiglio CE.** Normas laborales para los trabajadores de la salud. Montevideo, 1988. (Biblioteca de Derecho Laboral N° 12).
29. **Paganini JM.** Los sistemas locales de salud y las acciones integradas de salud. In: Los sistemas locales de salud. Washington: OPS/OMS, 1990: 483-5. (Publicación Científica N° 519).
30. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública/UNICEF.** Líneas de acción para impulsar la APS. In: Atención Primaria de Salud, Documento N° 2. Montevideo, 1987.
31. **Dibarboore-Icasuriaga H.** Atención primaria de salud. (Análisis de un año de trabajo médico). Montevideo: Universidad de la República (Uruguay), 1988.
32. **Vilaça Mendes E.** Importancia de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. In: Los sistemas locales de salud. Washington: OPS/OMS, 1990:20-7 (Publicación Científica N° 19).
33. **Sindicato Médico del Uruguay.** Padrón Médico Nacional. Montevideo, noviembre 1990.
34. **Oficina de Planeamiento y Presupuesto (Uruguay).** Proyección del cuerpo médico nacional, 1986-2030. Montevideo, 1988.
35. **Mushlin AI.** Nuevos conocimientos para la atención primaria, una mirada a la investigación cumplida en la práctica general en Gran Bretaña. Compendio, 1984; 7(2): 23-31. (Traducción autorizada: Ann Int Med 1984; 100:744-50).
36. **Lores H.** El sistema de salud y el proceso de programación local en la provincia de Neuquén, República Argentina. In: Los sistemas locales de salud. Washington: OPS/OMS, 1990: 591-9 (Publicación Científica N° 519).
37. **Paolillo EH, D'Agosto M, Díaz D, Macedo JC.** La práctica médica general en un medio rural, IV. Rev Méd Uruguay 1990; 6:110-3.
38. **Balint M.** El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos, 1961.
39. **Dibarboore-Icasuriaga H, Hareche A.** Aspectos de la atención médica descentralizada en el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay. Distribución de usuarios y médicos. Rev Méd Uruguay 1988; 4: 139-47.
40. **Administración de los Servicios de Salud del Estado (Uruguay), Ministerio de Salud Pública (Uruguay), OPS/OMS.** 2º Curso introductorio a la medicina familiar. Programa general. Montevideo, 1988.
41. **Rigoli F, Acle F, Alpuin LE, Quesada G.** Programa de atención extramural por equipos de salud. In: Atención Primaria de Salud, Documento N° 2. Montevideo: Ministerio de Salud Pública (Uruguay); UNICEF, 1987.
42. **Ilich I.** Némesis Médica. Barcelona: Barral, 1975.
43. **Escaró F.** La moral del médico. Buenos Aires: EUDEBA, 1963.
44. **Villalba S, Noceti MC.** Tipos de establecimientos de atención del Ministerio de Salud Pública. Montevideo, 1989.

Fe de errata

En el artículo «Hidatidosis: un problema de atención primaria en Salud» del Vol. 7 – N° 1, donde dice

Dr. Hugo Dibarboore:
Médico General del Centro Auxiliar de Sarandí del Yí

debió decir:

Dr. Hugo Dibarboore:
Médico Especialista en Salud Pública