

# Historia de la Medicina Familiar en Uruguay

Caliope Ciriacos Copanesos,\* Damián Pietrafesa Favale,\*\*  
Mercedes Pérez Roca,\*\* Natalia Cousté Tourón\*\*

## RESUMEN

La medicina familiar en Uruguay surge como resultado de complejos procesos sociales e históricos. A partir de 1987 se crearon 139 cargos desde el Ministerio de Salud Pública. En la actualidad los mismos 139 médicos que ocupan esos puestos desde hace aproximadamente 20 años. En el año 2002 se creó el Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria y aún hoy en día los residentes y posgraduados no han logrado su inserción laboral en el Sistema Sanitario Uruguayo.

## ABSTRACT

Family Medicine emerges in Uruguay as a result of complex social and historic processes. In 1987 the Ministry of Public Health created the first of 139 positions for Family Medicine Practitioners which still exist to this day. In 2002 the specialty of family and Community Medicine was established in the University, but the Residents and Postgraduate Physicians have not been granted their laboral insertion in the Sanitary System of Uruguay.

\* Dr. en Medicina. Magíster en Epidemiología, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
\*\* Bachilleres en Medicina.

**Palabras clave:** Medicina familiar, Actividades educativas, Educación médica.

**Key words:** Family Medicine, Educational Activities, Medical Education.

## Introducción

El Uruguay posee una superficie territorial de 177,410 km<sup>2</sup>, con una población de 3,313,000 habitantes según el último censo realizado, de los cuales, el 40.6% reside en Montevideo, la capital del país.<sup>1</sup>

Tiene una organización sanitaria, constituida, por una compleja red de instituciones públicas y privadas. Éstas se clasifican según la dependencia institucional de los prestatarios de servicios de salud en dos tipos: subsector público y privado.

*El subsector público*, incluye a diversas instituciones: el Ministerio de Salud Pública (MSP), su componente más importante; la Universidad de la República, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad Policial, Banco de Previsión Social, Policlínicas de los Municipios, servicios médicos de entes autónomos y servicios descentralizados. Este sector, aunque en teoría está destinado a brindar atención gratuita a la población indigente, actualmente en los hechos cubre al 53% de la población total del país.

*El subsector privado* está integrado por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IMAC), sanatorios privados, seguros parciales, institutos de medicina altamente especializada, clínicas médicas,

empresas de diagnóstico y tratamiento. Las IMAC son el componente de mayor incidencia en el sector. Este sector brinda cobertura al 47% de la población nacional.<sup>2</sup>

Según el Padrón Médico Nacional, al 2005, los médicos en actividad son 13,306 estimándose entonces un médico por cada 249 habitantes. El 76.4% de ellos se concentran en la capital.<sup>3</sup> El 94% (12,500) son especialistas, y cerca del 50% de éstos tienen más de una especialización mostrando una tendencia hacia la multiespecialización.<sup>4</sup>

Los títulos de especialista son otorgados desde el año 1952 por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, una vez obtenido, éste es legalizado por el MSP que habilita el ejercicio de la profesión.

Los que ejercen como médicos de familia en Uruguay son actualmente 139 (1%) del total de médicos, 68 de ellos en Montevideo y 71 distribuidos en el resto del país.<sup>5</sup>

## Antecedentes históricos

Si bien en Uruguay se crea el cargo de Médico de Familia del MSP por una ley del año 1987, la práctica de la misma, trasciende esta fecha, existiendo ex-

perencias de medicina integral y comunitaria, ejercida de manera individual por médicos generales fundamentalmente a nivel de las áreas rurales.

Muchas de estas experiencias transcurrieron en el anonimato y otras fueron reconocidas como la labor del Dr. Hugo Dibarboure en la localidad Capilla del Sauce (Departamento de Florida) desde el año 1963 a la actualidad.<sup>§</sup>

Es en esta línea de acción, que a finales de la década de los 80, el MSP propone introducir un nuevo modelo asistencial basado en la medicina familiar.

A continuación las actividades que han ido marcando el camino hacia el desarrollo de la especialidad en el Uruguay.

Durante los años 1986 y 1987, el MSP recibe asesoramiento técnico, con la finalidad de emprender el desarrollo de la medicina familiar. El mismo proviene de instituciones, organizaciones internacionales y profesionales de países tales como México, Venezuela, Estados Unidos y Puerto Rico.<sup>6</sup>

El 10 de octubre del año de 1987 con la Ley 15.903 nace como tal, la Medicina Familiar en el Uruguay; en el artículo 266 de dicha ley se crea un organismo desconcentrado: la "Administración de Servicios de Salud del Estado" (ASSE) dependiente del Ministerio de Salud Pública. A este organismo le competirá, la administración de los establecimientos y servicios de atención médica de dicho Ministerio. En la misma ley en el artículo 270, se determina que: *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 supervisados en la forma que determine la reglamentación, que al efecto dicte el Ministerio de Salud Pública.*<sup>7</sup>

De acuerdo con lo anterior, para ser médico de familia se requería realizar y aprobar el Curso dictado por el MSP. Si bien la convocatoria para realizar dichos Cursos, contaba con la única condición de tener título de doctor en medicina registrado en el MSP, en los hechos sólo podían acceder a ellos los médicos que portaban una nota de presentación, que únicamente era posible obtener si se poseían determinadas afinidades políticas.

Ello redundó que en el transcurso de dos décadas sólo poco más de 100 médicos cumplieran con dichas condiciones. Se determinó que su actividad se

llevaría a cabo en el primer nivel de atención, debiendo cumplir 20 horas de asistencia directa en consultorio y tareas comunitarias en el área asignada.

Durante los meses de octubre y noviembre del año 1987, se dictó el Primer Curso de Introducción a la Medicina Familiar en el MSP dirigido a 12 médicos. El mismo se realizó con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y abarcaba aspectos filosóficos y conceptuales de la medicina familiar; todo aquel que aprobase el Curso quedaba habilitado para ejercer esta especialidad.

El 18 de noviembre del mismo año, según la resolución ministerial N° 1021 del MSP, se resuelve establecer la primera *Unidad de Medicina Familiar*, en el edificio del ex Hospital Dr. Pedro Vizca, un antiguo hospital pediátrico localizado en la zona céntrica de nuestra capital y clausurado durante los sombríos años de la dictadura, que se desarrolló entre los años 1973 y 1985. El objetivo era implantar esta nueva modalidad asistencial y realizar investigaciones operativas y actividades vinculadas a Programas de Asistencia Primaria. Dicha unidad se inaugura el 23 de diciembre de 1987.

Las actividades desarrolladas en el centro eran llevadas a cabo por un equipo de salud multidisciplinario integrado por médicos de familia, pediatras, ginecoobstetras, parteras, nutricionistas y enfermeras.

El esquema de labores comprendía la práctica asistencial junto a actividades centradas en la prevención, promoción y educación para la salud, tanto dentro del centro como fuera de éste en domicilios, escuelas y comisiones.<sup>6</sup>

En los meses de septiembre y octubre de 1988 se realiza el Segundo Curso de Introducción a la Medicina Familiar dictado por el MSP con participación de profesionales del Instituto Venezolano de Seguridad Social.

También se inicia la desconcentración de los médicos con la asignación de una zona de trabajo.

En noviembre del mismo año, el MSP aprueba el reglamento de funcionamiento de los médicos de familia creándose así el marco legal en el cual se desarrollarán las actividades de estos profesionales. Éste establece explícitamente los derechos y deberes de los médicos de familia en el contexto de su profesión, con la obligación de brindar asistencia a todos los usuarios del MSP que tuvieran domicilio en su área geográfica de influencia.

La vinculación del profesional con el MSP se determinó que fuera por contrato y no como funciona-

<sup>§</sup> Dibarboure Icasuriaga H. Capilla del Sauce aspectos de un experiencia médica. La Población. Oficina del Libro-AEM, Montevideo 1970.

rio público. El primer contrato fue por dos años, con sucesivos períodos de renovación de ocho años cada uno hasta fines del año 2005.

Además se crearon cargos de coordinadores docentes asistenciales con funciones de supervisión técnica, administrativa, de coordinación interinstitucional y de evaluación, sin ejercer tareas de asistencia directa en el consultorio.<sup>8</sup>

Con la colaboración de la OPS entre los meses de abril y junio de 1989 se realizaron el tercer y cuarto Curso, capacitando a un número mayor de médicos. El cuarto Curso fue dirigido a médicos del interior del país, los cuales una vez aprobado el mismo desempeñarían actividades en sus departamentos de origen.<sup>5</sup>

La medicina familiar ingresa al Programa Nacional de Residencias Médicas en el año 1996, mientras que la Facultad de Medicina mantenía un largo debate acerca de la pertinencia de esta nascente especialidad en nuestro país.

La residencia se puso en práctica un año más tarde con el ingreso de cuatro residentes para esta especialidad.

La consolidación académica de la medicina familiar a nivel de la Facultad de Medicina se produce en forma lenta y pausada; destacándose en este proceso varias instancias como:

- a) La creación en el año 1998 del Departamento de Docencia en Comunidad, el cual tiene la responsabilidad de la formación clínica extrahospitalaria durante el pregrado de la carrera universitaria. Se conformó con profesionales de diferentes ramas de la medicina como: medicina general, pediatría, ginecología, salud mental y epidemiología.
- b) En el año 2000 la medicina familiar es reconocida como especialidad por la Escuela de Graduados de la Facultad y un año más tarde por la propia Facultad de Medicina.<sup>9</sup>
- c) En el año 2002 el Departamento de Docencia en Comunidad asume la responsabilidad académica del posgrado en medicina familiar y comunitaria. En esa oportunidad la Escuela de Graduados otorga el título de la especialidad por competencia notoria a 80 médicos. Parte de los 139 médicos que ejercen como médicos de familia, en el siguiente año obtuvieron el título a través de una prueba.
- d) El 1° de septiembre de 2004, según la resolución N° 54, el Consejo de la Facultad de Medicina resuelve cambiar la denominación del Departamento de Docencia en Comunidad a *Departamento*

*de Medicina General, Familiar y Comunitaria*. Los objetivos del mismo serán el desarrollo de un ámbito para la asistencia, enseñanza, investigación y extensión en el campo de la salud y de la medicina general, familiar y comunitaria, en el marco de la Atención Primaria de la Salud. En este ámbito se formarán los pregrados de medicina y los posgrados de la especialización en medicina familiar y comunitaria, además de contribuir en la formación de especialistas en pediatría, ginecología y otras especialidades con fuerte inserción extrahospitalaria, involucradas en el primer nivel asistencial. De esta manera se contribuyó a la integración de las distintas disciplinas que confluyen en el primer nivel de atención, afianzando el modelo de trabajo interdisciplinario hacia la comunidad.<sup>10</sup>

### **Formación de especialistas**

El Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria, tiene como sede, desde su creación, el Hospital Dr. Gustavo Saint Bois, localizado en la periferia de Montevideo. Este es un hospital general que en sus orígenes fue una colonia de tratamiento e internación de enfermos tuberculosos.

Al posgrado se ingresa a través del examen de residencias médicas, que consiste en dos pruebas escritas, anónimas, con un temario preestablecido, cada una de ellas eliminatorias; éstas permiten ordenar por puntaje a los postulantes y distribuir el número de cupos existentes.

Los cargos de Residentes se adjudican a quienes hayan obtenido mayor puntaje, y a continuación se ubica el resto de los concursantes en orden decreciente de acuerdo al resultado logrado. El número de plazas de la residencia se incrementó gradualmente hasta alcanzar en el año 2005 un cupo de 25 cargos, siendo una de las especialidades con mayor número de cargos en la Facultad de Medicina.

El tiempo efectivo de formación de residentes es de 48 semanas por año, durante tres años, lo que suma en total 144 semanas curriculares.

La carga horaria semanal presencial es de 36 horas repartidas en 6 días por semana, las cuales se dividen en 24 horas clínicas, 4 horas no clínicas, y 8 horas de trabajo comunitario por semana. El Departamento asigna un tutor a cada alumno, que tendrá la obligación de la supervisión directa y total del aprendizaje del mismo.

Existen distintos ámbitos de formación, por ejemplo, el área clínica, en Centros de Salud del MSP, de la Intendencia Municipal de Montevideo, de los Servicios de Emergencia de Hospitales del MSP y Hospital de Clínicas. Estas actividades se cumplen de la siguiente manera: servicio en policlínica de medicina, pediatría y ginecología o medicina familiar durante los tres años del residentado (Figuras 1 y 2). La actividad en emergencia se realiza durante dos años en la atención de adultos; y un año en pediatría y ginecoobstetricia.

El área clínica se evalúa a través de diferentes instancias. El posgrado presenta un protocolo de su actividad curricular que debe ser aprobado por docen-



**Figura 1.** Policlínica en Capilla del Sauce (Departamento de Florida) durante la visita de la estudiante Mercedes Pérez con el Dr. Hugo Dibarboure (2006).



**Figura 2.** Policlínica comunitaria Tito Borjas donde hacen su pasantía los Residentes de Medicina Familiar y los estudiantes de sexto año de la Carrera de Medicina (2005).

tes en cada semestre; y por una evaluación continua a cargo del tutor.

El área no clínica está distribuida en trimestres y otorgada por diferentes servicios de la Universidad de la República como sociología, antropología, bioética, informática, administración de servicios de salud (durante un trimestre), metodología científica y epidemiología (dos trimestres) y especialidades clínicas de inserción comunitaria (seis trimestres) (Figura 3). Para aprobar esta área se exige una asistencia del 80% de las sesiones de trabajo y pasar el examen de conocimientos.

Además, el residente deberá presentar un trabajo escrito al finalizar el primer y segundo año (2° y 4° semestre), que será el resultado documentado de su actividad anual.

Finalmente, en el último año (6° semestre), el estudiante entrega una monografía según la normativa de la Escuela de Graduados. Cumplidos los requisitos curriculares y elevados todos los informes favorables, la Escuela de Graduados otorga el título de “Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria”.<sup>9</sup>

### Actualidad

A pesar de existir nueve generaciones de residentes con casi 50 de ellos que obtuvieron el título de médico de familia y 66 posgrados cursando la especialidad, los únicos médicos de familia que están ejerciendo como tales son los que fueron nombrados por el MSP en las décadas anteriores.

En el marco de un proceso de cambios en la estructura del sistema de salud que se inició en el año 2005,



**Figura 3.** Asentamiento irregular donde los estudiantes de medicina realizan el trabajo comunitario durante el año curricular (2006).

se han dictado modificaciones a las condiciones de trabajo de éstos, es por ello que el 14 de abril de 2005 se dicta la ordenanza ministerial 300/05, la cual decreta que el coordinador docente debe cumplir además funciones asistenciales en forma directa.<sup>12</sup>

El 13 de octubre de 2005 se dicta la ordenanza ministerial N° 877 la cual deja sin efecto ocho artículos del reglamento de funcionamiento de los médicos de familia. Éstos se refieren a aspectos de contratación y sanciones ya que ahora se registrarán por las ordenanzas del funcionario público. Se les da un plazo de dos años calendario para obtener el título de Médico de Familia otorgado por la Facultad de Medicina, y se implementa además un mecanismo de evaluación previo a su recontractación.<sup>13</sup>

El 30 de diciembre de 2005 el grupo de 139 médicos que ejercen la medicina familiar en acuerdo con el MSP pasan a la categoría de funcionario de éste.<sup>14</sup>

El 19 de diciembre de 2005, se dicta la ley 17.930. Su artículo N° 284 sustituye al artículo N° 270 de la ley 15.903 del 10 de noviembre de 1987, modificando la base de los equipos del primer nivel de atención: *La Administración de los Servicios de Salud del Estado organizará la atención del primer nivel de sus usuarios en base a equipos interdisciplinarios de atención a la salud a los que se integrarán especialistas en medicina familiar y comunitaria, médicos rurales y otros.*<sup>15</sup>

### Conclusiones

La medicina familiar en el Uruguay, surge como respuesta a la insatisfacción de la población para con los servicios de salud en general, ya que en nuestro país se ha observado la misma tendencia que a nivel mundial: una excesiva especialización del cuerpo médico y la práctica extinción del médico de cabecera o médico de familia. Esto nos demuestra la necesidad de un cambio desde un sistema de salud individualista, organicista y fragmentador, hacia un sistema con una visión integradora y holística del individuo. Pero, para poder implementar el “servicio” de los médicos de familia en la sociedad, debemos formar nuestros médicos con una base sólida, semejante para cada uno de ellos. Es aquí entonces, cuando nos paramos, miramos y analizamos todo lo que hemos creado en torno a esta necesidad de la población, y nos encontramos con un sistema de salud caracterizado por las *paradojas*:

1. Se pretende alcanzar un sistema de salud que jerarquice la atención en el primer nivel, sin embargo, hoy día el 90% de los médicos uruguayos son especialistas y sólo un 1% médicos de familia. Esto contrapone a lo propuesto por Hart y Starfield, quienes señalan que es conveniente y adecuado que los países que desarrollan políticas de salud basadas en la Asistencia Primaria en Salud (APS) dispongan de aproximadamente un 50% de médicos de familia y un 50% de especialistas.<sup>15,16</sup> Por otra parte, está demostrado que la mayor proporción de médicos de APS se asocia con mejores resultados en salud, y es menos costosa.<sup>17,18</sup>
2. Tenemos una especialidad que formó a nuestros primeros médicos de familia sin una educación médica continua y dependiendo de consultores extranjeros para esta formación.<sup>19</sup>
3. Recién en los últimos años, con el incremento de los cargos para la residencia de medicina familiar y comunitaria, podemos decir que la Facultad de Medicina apuesta a formar médicos que integren un sistema de salud abocado hacia la APS.
4. La Medicina Familiar no nació como el resto de las especialidades desde la Facultad de Medicina, sino desde un organismo del estado, el MSP, esto marcó en cierta medida a la especialidad, la cual aún hoy no es del todo reconocida desde el ámbito académico.
5. Si bien desde la Facultad y desde el sector político se ha impulsado la residencia con el proyecto del nuevo sistema de salud, parecería que se está jerarquizando a la especialidad, los hechos y dichos no lo reflejan.<sup>2</sup>
6. Entonces, tenemos una especialidad que nace y se desarrolla con muchas dificultades, en forma desorganizada, de manera tal que los únicos médicos que ejercen la medicina familiar sean autodidactas. Un sistema de salud que es incapaz de absorber desde un punto de vista laboral a los médicos de familia graduados para ejercer su profesión desde la Facultad de Medicina con tres años de formación.

Resulta ilógico que un país que transita hacia un modelo de atención para fortalecer la misma en el primer nivel, no tenga cabida para sus especialistas más específicos: los Médicos de Familia.

### Agradecimiento

Los autores agradecen la colaboración brindada por el Dr. Hugo Dibarboure Icasuriaga. El aporte de

conocimientos y bibliografía sobre el tema fueron fundamentales en la realización de este trabajo. Destacamos su labor de toda una vida, la cual refleja la verdadera esencia del médico de familia.

### Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística. *Censo General de Población y Vivienda*. Uruguay, 1996.
2. Buglioli M, Lazarov L. Organización Sanitaria Nacional. En: *Temas de Medicina Preventiva*. III Ed. Montevideo, Of. del Libro, 2002: 55-66.
3. *Padrón Médico Nacional 2005*.
4. Dibarbouré H. La salud en estado de mal: análisis crítico-propositivo del sistema de atención de la salud en el Uruguay. *Rev Maestr en Sal Pú*, UBA, 2003; 1: 10-18.
5. Ministerio de Salud Pública-Administración de Servicios de Salud, Listado de médicos de familia. *Documento de circulación interna*, Uruguay, 2005.
6. Toledo I. *La medicina familiar en Uruguay* A. PS. M.S.P.-U.N.I.C.E.F. 1989: 10-13.
7. *Ley 150903 del 10 de octubre de 1987*. Montevideo, Uruguay.
8. Ministerio de Salud Pública-A.S.S.E., *Reglamento de Medicina Familiar*, 1997.
9. Asociación de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *La historia de la medicina familiar en el Uruguay hacia un nuevo modelo asistencial*, *Noticias-SMU* 2005; 130: 32-33.
10. Consejo de la Facultad de Medicina. *Acta 136 de la Sesión extraordinaria*. Montevideo Uruguay, agosto de 2004.
11. Universidad de la República, Facultad de Medicina-Departamento de Docencia en Comunidad-Escuela de Graduados. Programa de Formación de Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, julio 2003.
12. Ministerio de Salud Pública-*Documento Interno, 14 de abril del 2005*.
13. Ministerio de Salud Pública-*Ordenanza 877 del 13 de octubre del 2005*.
14. *Ley 17930, del 19 de diciembre del 2005*, Montevideo, Uruguay.
15. Tudor JH. *Necesitamos un nuevo médico de cabecera*. *At. Pri*; 1984; 1: 109-115.
16. Starfield B. Primary Care and Health. A cross-national comparison. *JAMA*, October 1991: 23-30.
17. Shi L. Primary care, specialty care and life chances. *Int J Health Serv*; 1994; 24: 431-458.
18. Shroeder SA, Sandy LG. Specialty distribution of US physicians. The invisible driver of health care costs. *N Engl J Med*; 1993; 328: 961-963.
19. Ministerio de Salud Pública. *Plan de Educación Médica Continua en servicio-Programa Medicina Familiar*. Montevideo, 1990.

Dirección para correspondencia:  
**Dra. Caliope María Ciriacos Copanesos**  
cciriacos@yahoo.com

