

# APS

## LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL EVANGÉLICO

Con el Dr. Juan Ramón Blanco

Horacio Pintos\*

*Director técnico del Hospital Evangélico, médico de familia con 20 años de experiencia en esa especialidad, el Dr. Juan Ramón Blanco comentó los lineamientos generales empleados por la institución con el fin de privilegiar la Atención Primaria de Salud entre sus afiliados. En ese contexto, remarcó la importancia del rol del médico de familia en la estrategia dispuesta por el Evangélico, de los resultados obtenidos y de la necesidad de que el Ministerio de Salud Pública otorgue mayores incentivos para cumplir con el propósito de iniciar el camino para el cambio del modelo asistencial.*

**—¿Qué características fundamentales tiene la estrategia del Hospital Evangélico en materia de Atención Primaria de Salud?**

—Antes que nada conviene precisar que ya en 2004, el Evangélico tomó la decisión de basar su asistencia en el primer nivel de atención. Fue una definición muy precisa, muy contundente, respecto de cuál era la metodología de asistencia que se pretendía llevar adelante. Por supuesto que ello facilitó mucho las cosas desde el punto de vista de la estructura organizativa. Sobre cuál es su principal característica, sin lugar a dudas se trata de la implementación de un cambio de mentalidad muy fuerte —que

va desde los profesionales médicos hasta los usuarios— que implica privilegiar el abordaje de la asistencia desde un enfoque biopsicosocial, y procurar que se enfatice en la educación para la salud y la prevención de la enfermedad. Es un enfoque notoriamente diferente al que se utiliza en el país, por lo que tenemos claro que estamos trazando un camino, en el que se debe ir paso a paso, y que seguramente recorrerlo será un proceso largo. Yo le diría que esa es la característica sustancial. No constituye un desafío menor en la medida en que se trata de un cambio de mentalidad muy fuerte, tanto desde el punto de vista de los profesionales como de los propios usuarios.

**—¿En lo que respecta a la instrumentación, a la estrategia dispuesta?**

—Antes resaltaba la definición hecha por el directorio del Evangélico, en la medida en que fue un respaldo clave para que a muchos profesionales se les facilitara largas horas de dedicación a la planificación, a la discusión, y a la elaboración de subprogramas y líneas de acción. Lo primero que se dijo, por entonces, fue: para caminar hacia la Atención Primaria de Salud tenemos que contar con profesionales capacitados y consustanciados con el objetivo; de alguna manera, no

es por casualidad que se me haya elegido para ejercer la dirección técnica. En ese momento se resolvió conformar un grupo de médicos preparados en el postgrado de Medicina Familiar —lo que se dio en llamar el Comité de Medicina Familiar— al que se le encomendó diseñar un plan estratégico. El plan incluyó una serie de acciones que estamos ejecutando: la implementación de programas prioritarios —por ejemplo, las policlínicas de cesación de tabaquismo las iniciamos en el 2004—; privilegiar la atención de los médicos de familia a nivel de policlínicas, para lo cual hubo que iniciar un proceso de contratación de médicos con postgrado terminado en primer nivel de atención; se hicieron reuniones con todo el personal médico para explicar cuáles eran las metas que se habían fijado; a nivel externo se instrumentaron muchas actividades extramuros, de contacto con la comunidad, con el fin de poner en conocimiento de los usuarios hacia dónde apuntábamos; creamos como especialidad la medicina familiar; en fin, hasta en nuestra cartelería está presente el objetivo: usted ingresa hoy con una jaqueca y puede optar entre obtener una consulta de medicina general o de medicina familiar.

**—¿Podría decirse, en conclusión, que el rol del médico de familia es eje de la estrategia del cambio del modelo?**

—Es uno de los grandes pilares, sin dudas. Actualmente tenemos 35 médicos de familia en nuestra plantilla de profesionales; tenemos profesores de la Facultad de la Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria y médicos con pregrados, de cuarto y quinto año, que van a tener la especialización. Es decir, tenemos docentes, egresados y pregraduados, lo que da una idea del papel que le asignamos.

En nuestro país pasa mucho que cuando se habla de privilegiar la atención en el primer nivel, se piensa que basta con tener una policlínica en un barrio, y eso es accesibilidad, pero no alcanza sólo con la accesibilidad. Una premisa de la medicina familiar es que la accesibilidad importa pero también la continuidad y la integralidad. En términos sencillos, el que un médico tenga la posibilidad de poder ver a un paciente en su domicilio, en su consultorio y en la internación, que el paciente tenga un solo médico. Y que a la misma vez el médico tenga tiempo —y esto es muy importante— como para conocer qué pasa en el entorno de esa persona; que vaya más allá del diagnóstico típico, asistencialista, y que —como le decía antes— pueda

brindar una asistencia más integral: desde un enfoque biopsicosocial. En ese sentido me importa señalar que en nuestras historias clínicas hemos establecido una planilla para dejar constancia de un listado de problemas asistenciales, que no es lo mismo que un listado de enfermedades. Por ejemplo: una mujer que vive sola, que tiene 80 años, que tiene sus hijos lejos —puede ser incluso hasta en el exterior—, por ahí puede venir a consultarlo por un problema de salud menor, pero su contexto biopsicosocial determina que se establezca como un problema asistencial.

**—¿Y la limitante de tiempo? Usted mismo recién decía que el médico tiene que tener más tiempo para interrogar al paciente.**

—Precisamente, aumentar el tiempo que los médicos de familia le dedican a una consulta fue una de las herramientas que utilizamos para privilegiar el acceso y la importancia del médico de familia. Está claro que no es bueno el tiempo que los médicos le dedicamos a los pacientes. Los médicos fuimos formados en Uruguay para prestar nuestros servicios con un enfoque asistencialista: usted viene con un dolor de cabeza, tenemos diez minutos para atenderlo, y entonces, por ahí, ni siquiera le tomé la presión, le mandé estudios

innecesarios, y yo no supe que usted, tal vez, se divorció hace un mes o perdió su trabajo, y eso lo tiene extremadamente angustiado. De modo que —como le decía— lo que resolvimos fue otorgarle más tiempo al médico de familia, que en nuestros consultorios dispone de 15 minutos y no los diez que tienen los demás médicos comúnmente. Se preguntará si es suficiente cinco minutos más. Yo creo que en Uruguay no es poco. Tal vez a mí me alcance con diez minutos para ver un paciente: pero no se olvide que usted tuvo que quitarse la ropa, y yo tuve que interrogarlo, examinarlo, escribir, hacer que le tomaran la presión, prescribirle eventualmente un estudio. Quizás eso lo pueda hacer con usted, un paciente en diez minutos: pero 18 pacientes en 180 minutos es muy difícil. Cuando el médico ve que se le viene la hora, que la gente que está esperando se impacienta, llega un momento que el médico le dice hágase esto y ya, que pase el otro. Tener 15 minutos es un plus interesante. Mientras el otro debe ver a seis pacientes por hora usted solo ve a cuatro. Puede interrogarlo mejor, le permite conocer mejor al usuario, ve el contexto familiar, y tener una visión más integral de sus problemas de salud. Ojo que hay médicos de medicina general que actúan como si fuesen médicos

de familia. Pero tienen la limitante de tiempo que, al menos acá en el Evangélico, no tienen los médicos de familia.

**—¿Cómo se instrumenta, en la práctica, el otorgamiento —a un médico general o un médico de familia— de una orden de consulta cuando llega el paciente a obtenerla?**

—La elección no es una imposición y de hecho lo hace la administrativa que esté detrás del mostrador. Si el paciente tiene un médico de medicina familiar, generalmente vuelve a recurrir a él. Desde el punto de vista del pago del tique es lo mismo, pero ciertamente en el mostrador se le explica que el médico de familia dispone de más tiempo.

**—Le preguntaba lo anterior porque da la impresión que tampoco hay una cultura entre la población usuaria respecto de la diferencia que puede tener en la atención por parte de un médico de familia. ¿La institución tiene demanda en esa dirección?**

—Los resultados que tenemos así lo demuestran. Desde que empezamos nuestras acciones de extramuros ha aumentado 400% la consulta de los médicos de familia. En el año 2004, 60% de nuestras consultas las trataban médicos es-

pecialistas y 40% se registraban en medicina familiar: ahora los números se han invertido. Es cierto que tampoco había una cultura entre los usuarios. Cambiarla es también un asunto de largo aliento, pero lo estamos haciendo.

**—¿Qué acciones extramurales se llevaron a cabo para conseguir ese cambio?**

—Acciones muy sencillas. Una vez que determinamos el objetivo y la estrategia, hicimos reuniones en la comunidad religiosa con líderes evangélicos; realizamos charlas en escuelas, en ferias vecinales; y en ocasiones puntuales —por ejemplo en la Semana del Corazón— actividades específicas en oficinas, como la Dirección General Impositiva.

Actualmente estamos trabajando en la instrumentación de nuevas actividades con la comunidad evangélica a nivel de iglesias. Y no tenga dudas que también funciona el boca a boca.

**—¿La institución tiene cuantificado cuánto ha disminuido el gasto en salud a raíz del aumento de la consulta a nivel de atención primaria?**

—No es fácil cuantificarlo, pero es una consecuencia si se tiene eficacia resolutoria en el primer nivel. De hecho, los especialistas gastan más porque mandan estudios más

sofisticados, que a veces pueden ser hasta innecesarios. Pero es muy difícil hacerlo. De todas formas, de las evaluaciones que hemos hecho de la marcha de las policlínicas, se desprende que ha habido menores derivaciones a especialistas, menos cantidad de exámenes indicados, y una sustancial reducción de medicamentos expedidos. Notoriamente, en la medicina los recursos están destinados a la súper especialización y a la súper tecnología, y, por supuesto, que bienvenido sea todo lo que sea innovación: pero en países como el nuestro, yo creo que habría que dedicarle más recursos al primer nivel de atención.

**—¿Se ha valorado el impacto de la estrategia en cuanto a resultados de salud?**

—También es muy difícil medir impactos en lo que refiere a mejoras de indicadores de salud, en poco tiempo. Le puedo decir que en nuestras policlínicas de cesación de tabaquismo tenemos porcentajes muy bajos de reincidencia, resultados positivos, muy por encima de la media nacional. Otros parámetros son muy difíciles. Si yo logro resultados buenos en las policlínicas de riesgo cardiovascular, si logro que mis pacientes con obesidad adelgacen diez kilos, si logro que un porcentaje muy alto de los usuarios de mis policlínicas

dejen de fumar, puedo predecir que voy a tener menos infartos, que voy a gastar menos en CTI, y que mis pacientes seguramente van a vivir más. Pero eso aún no puedo medirlo eficazmente, con estadísticas: no me dan los años de experiencia.

**—¿Se ha medido la receptividad de los cambios entre los usuarios?**

—Un hecho concluyente es el dato estadístico que le relaté respecto de la inversión del porcentaje de consultas. Y por otro, hemos efectuado encuestas de satisfacción que denotan una muy marcada aceptación por parte de los usuarios. A mí me parece muy relevante este hecho, no solo por la satisfacción de saber que usted ha elegido un camino que tiene buena aceptación por parte de los destinatarios de esa apuesta, sino porque también revela que es posible realizar un cambio cultural a nivel de los usuarios. Muchas veces los uruguayos vienen a consultar por un problema de obesidad y usted le tiene que decir que debe mejorar su alimentación para bajar de peso, que tiene que salir a caminar, en fin, que tiene que elegir una forma de vida más saludable. Pero por ahí lo derivaron a un especialista y este le manda una serie de estudios y le receta una serie de medicamentos,

y quizás el paciente se siente que lo atendieron mejor, que aquel otro no le dio importancia y que este sí. Por eso, lo del cambio cultural a nivel de los usuarios, pasa a ser otro eje fundamental. Hemos insistido mucho que si a usted lo está atendiendo un cardiólogo va a estar mejor atendido, pero solo desde el punto de vista cardiológico. Lógicamente, no se trata que los médicos del primer nivel no deriven a especialistas, sino que funcione mejor la referencia y la contrarreferencia: que el paciente que fue derivado a un endocrinólogo tenga que volver, al cabo de la consulta del especialista, al médico familiar. La referencia y la contrarreferencia muchas veces falla. Muchas veces vemos que usted le pasa un paciente a un cardiólogo y le explica que necesita hacer una interconsulta, pero el cardiólogo lo toma y le dice que venga en un par de meses, y el primer médico lo pierde, no lo ve más. Hemos puesto mucho énfasis en esto a nivel de nuestros cuadros profesionales.

**—¿Y qué pasa al respecto? ¿Se nota compromiso de parte de los especialistas?**

—Se está trabajando, pero también es un tema de largo aliento. Quizás a veces aún falte un poco de colaboración de los médicos especialistas, que sienten ese celo,

que ese paciente que le derivaron es de él y que no lo puede perder. La verdad es que a nadie le gusta perder a un paciente. Nosotros tenemos la cabeza puesta en que debemos tener la consulta llena, si es posible con 13 o 14 pacientes, en lugar de 10 o 7. Eso es así, primero, porque cuanto más atendemos más ganamos. Y segundo porque nos da una sensación de seguridad. Quedamos contentos si una persona viene a vernos y recién la podemos atender dentro de un mes, cuando lo mejor sería que pudiéramos atenderlo hoy mismo. Volvemos a que es un cambio cultural, que es lento y se tiene que hacer de a poco.

**—Al comienzo me decía que se ha intentado que los médicos de familia acompañen al paciente incluso en el segundo nivel de atención: ¿cómo ha sido la experiencia?**

—Cuando un paciente debe ser internado, lógicamente queda en manos de los internistas. Lo que hemos hecho es permitir que los médicos de familia, si quieren ver al enfermo en el sanatorio, lo vean. Eso, no siempre, pero se hace. Y entendemos que ha sido de mucha ayuda, porque, en definitiva, en estos casos el médico de familia funciona como un apoyo del especialista, ayuda a que el paciente le tome confianza.

**—El Poder Ejecutivo hizo una apuesta fuerte al cambio de modelo de atención en el marco del SNIS. Dada la experiencia del Evangélico en esta materia, ¿cómo evalúa los pasos dados en esa dirección?**

—El gobierno marcó líneas estratégicas para el desarrollo de la medicina preventiva y lo que vemos es que se elaboraron una serie de planes, se marcaron exigencias —por ejemplo, el control materno infantil, el programa del adulto mayor—, en fin, se puso arriba de la mesa mucha cantidad de conceptos, pero no encontramos el apoyo respecto de cómo se hacía eso. Nos gustó mucho que se hablara de APS, pero por ahora ha sido mucha retórica; en los hechos no se han verificado grandes incentivos. Por ejemplo, yo le hablaba de lo que hicimos en materia de darle mayor tiempo a los médicos de nivel primario en la consulta, pero no hemos podido pagarles más salario. Es un deber que tenemos y que pasa por lo económico. Les estamos pagando por las acciones extramurales, pero no hemos podido pagarles como especialistas. Yo no puedo cambiar una estrategia asistencial con diez minutos por paciente. Los diez minutos deshumanizan la relación médico-paciente. Mientras el Ministerio no cambie el tiempo, no va a haber calidez en

el acto médico, ni se va a mejorar la relación.

**—¿Usted cree que falta premiar por la atención en el primer nivel?**

—Totalmente, y premiar, incluso, por los resultados de los programas asistenciales. Si yo logro que un 30% de los fumadores de una fábrica dejen de hacerlo, o logro disminuir los factores de riesgo cardiovasculares entre los socios del Evangélico, debo volcar recursos para premiarlo. El MSP penaliza pero no premia. Yo debo tener

mis embarazadas controladas en determinados plazos y porcentajes. Si no lo cumplo, se me penaliza, pero si lo cumplo con creces, no me premia. Después está el tema de los papeles. Se agregaron formularios, por ejemplo en la policlínica del adolescente: entonces el médico tiene que llenar la historia clínica, esos nuevos formularios, y sigo con los diez minutos. ¿Qué termina pasando? Los pacientes se terminan quejando porque el médico no los mira y el médico se queja porque solo le da el tiempo para llenar los formularios.

---

**\*Periodista**