

APS

LA EXPERIENCIA DE CUDAM

Con los Dres. Elbio Milano y Marcelo Morales

Horacio Pintos*

Desde fines de 2005, CUDAM realiza una experiencia inédita de cobertura asistencial entre la población residente en el área geográfica perteneciente al Centro Comunal Zonal 18 de la Intendencia Municipal de Montevideo. El director de CUDAM, Elbio Milano (E.M.), y el internista Marcelo Morales (M.M.), responsable de la ejecución del proyecto, explicaron cómo se generó y se lleva a la práctica esta modalidad de integración de servicios en la que también participa SUAT y la comunidad del zonal, a través de la comisión de salud que funciona en la órbita del mismo.

—¿Cómo se generó esta experiencia asistencial en el Zonal 18?

—E.M. La génesis de esta iniciativa se produjo cuando el Ministerio de Salud Pública (MSP), ya planificando lo que iba a ser el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), comenzó a efectuar una revisión de cuántos efectores de salud —tanto públicos como privados, incluyendo entre éstos a las instituciones médicas como a las organizaciones no gubernamentales— estaban trabajando en las diferentes zonas del país. En ese marco, a mediados del 2005, el Ministerio convocó a una reunión de todos los efectores en el Centro Comunal del Zonal 18, en Paso

de la Arena, en donde claramente quedaron al desnudo una serie de necesidades asistenciales no cubiertas por el MSP, ni por la Intendencia ni por las entidades privadas, mutualistas u ONG. Y en ese contexto, muy enfáticamente, la comisión de salud del comunal presentó su preocupación por las carencias de cobertura de urgencias y emergencias; nos decían que si alguien era atropellado por un vehículo en los accesos a Montevideo, sobre todo en horas de la noche, podía estar esperando horas un 911 o la respuesta que fuera. Recuerdo que Pablo Anzalone, que era el director de Salud de la Intendencia de Montevideo, preguntó qué podíamos hacer los privados: bueno, nosotros teníamos allí una policlínica, que era de la ex CIMA, con una guardia médica y de practicantes, con un buen número de afiliados, y dijimos que estábamos dispuestos a colaborar. Ese ofrecimiento terminó en un convenio —en el que finalmente no participó el MSP— que empezó a funcionar en los hechos el 22 de diciembre de 2005. El convenio fue firmado entre CUDAM, SUAT y la comisión de salud del Concejo Vecinal del Zonal 18 y que tiene el centro de ejecución en el policlínico de nuestra institución, en el barrio Paso de la Arena, como el eje de la cobertura. Yo diría que se trata de

la primera experiencia de integración de servicios de efectores, uno de los principios propuestos en la reforma de la salud.

—¿Y en concreto, qué fue lo convenido?

—E.M. El convenio establece que en el policlínico se asiste en forma gratuita a todos los vecinos que viven dentro de los límites del zonal, independientemente de la calidad de socios de nuestra institución. Contempla la asistencia de situaciones de emergencias y urgencias médicas durante las 24 horas del día y el apoyo de las unidades de emergencia prehospitalaria de la empresa SUAT en el horario de 18 a 8, que era básicamente donde se verificaba la mayor carencia. En definitiva, nosotros hacemos la atención de urgencia y emergencia en nuestro policlínico y SUAT en la calle. De modo que pasamos de tener un potencial de casi 4.000 usuarios —que era nuestra masa de afiliados en el zonal— a tener que prestar asistencia a 40.000 personas: no se olvide que el zonal 18 es el segundo más grande en área territorial de Montevideo y el único requisito que se exige es que sea habitante de la zona.

—¿Qué aporta la Intendencia?

—E.M. Nada específico. Solo

las necesidades. Incluso ahora estamos realizando una policlínica para diabéticos que funcionaba en la órbita de la Intendencia.

—¿Por qué razón?

—M.M. Los pacientes diabéticos tenían una policlínica gratuita los días jueves de mañana, en el comunal, en donde se realizaban los controles habituales y se hacía algo de prevención y de educación médica continua. Un día, no sabemos por qué, se nos preguntó si nos podíamos hacer cargo de la policlínica porque los pacientes habían quedado desprotegidos. Nos hicimos cargo de la situación, nuevamente en forma conjunta con SUAT. Ellos pagan la hora médica y nosotros aportamos los insumos y la infraestructura. Me parece importante señalar que una vez que iniciamos esa policlínica, estamos controlando las cifras de glicemia a unos 38 pacientes diabéticos en forma regular, aunque hemos llegado a tener hasta 50. Y en cuanto a resultados, cuando iniciamos el control, teníamos promedios de 2,5 de nivel de glicemia y ahora estamos en 1,36.

—Estamos hablando de un convenio tripartito en el que, por lo que se ve, solo hay dos partes: CUDAM y SUAT...

—E.M. Yo creo que para en-

tender la decisión de CUDAM, se debe tener presente que también hicimos una inversión. Nosotros teníamos interés de crecer, de jugarnos a crecer como institución, mirando la zona norte del departamento, porque allí tenemos instalado nuestro sanatorio principal. Y si estábamos en la antesala del inicio de un sistema de salud que iba a permitir a las instituciones captar afiliados, o, mejor dicho, que iba a posibilitar que algunos nuevos afiliados ingresaran al sistema y optaran por distintos efectores, en buena medida lo que nosotros hicimos fue invertir en horas médicas y mejorar nuestros servicios, lo que por ahí pudimos invertir en publicidad u otros invirtieron en publicidad.

—¿Qué inversiones realizó CUDAM con el fin de potenciar el policlínico?

—E.M. En materia de equipamiento, lo que hicimos fue poner al día el policlínico con los requerimientos del MSP en materia de urgencia. Ahora estamos inaugurando nuevas instalaciones, una nueva sala de reanimación, estamos potenciando la infraestructura de modo de mejorar aun más la prestación. Pero la inversión más importante fue en horas médicas. Nuestra policlínica funcionaba hasta las 20 horas. Y desde el 22 de

diciembre de 2005, tenemos médicos capacitados para estabilizar un paciente con un estado clínico grave, las 24 horas, los 365 días del año. De modo que lo que hicimos fue eso: disponer —para esa nueva realidad asistencial— de un médico y practicante de guardia en forma permanente los 365 días del año, y equipar el centro de salud con todos los insumos necesarios para brindar asistencia primaria de todo tipo de emergencias y urgencias médicas, así como ofrecer soporte hasta la llegada del móvil de traslado especializado a un centro de referencia de segundo o tercer nivel, cuando el caso lo requiere. Lo que sí le pedimos a la Intendencia, mejor dicho a la comisión de salud del Centro Comunal, es que fuera la encargada de difundir el objetivo del convenio, que ejerciera una acción educadora en ese sentido para no desvirtuar el convenio, lo cual es clave para que pueda ejecutarse correctamente. Ellos hicieron folletería y trabajaron mucho en el boca a boca, advirtiendo a los vecinos que el convenio es solo para urgencias y emergencias.

—A prácticamente dos años y medio de vigencia, ¿cuáles son los grandes números relacionados con ese cambio en la cobertura?

—M.M. En cifras generales, te-

nemos que desde el 22 de diciembre de 2005 hasta el 30 de junio de 2008 se atendieron 5.000 pacientes, aunque no todas fueron consultas de emergencia y urgencia. De todas formas, los niveles de consultas de urgencia y emergencia son muy altas: 65% de esas 5.000 fueron consideradas de urgencia y emergencia contra 35% que no lo fueron. No obstante, cabe destacar que igualmente ese 35% de consultas igualmente fueron atendidas. A esos pacientes se les atendió, después se les explicó la característica del convenio, finalmente eran derivados a los efectores que les correspondían. La conclusión es que se está haciendo un uso muy razonable del convenio y esperemos que —día a día— esos indicadores vayan mejorando.

—¿Qué resultados tienen respecto a quienes son los usuarios del convenio?

—M.M. La composición de los usuarios según su prestador de servicios de salud es muy importante, porque de alguna manera pone de manifiesto que se está haciendo una verdadera apuesta a la integración, tal como se pedía por parte del Ministerio. En el universo de las 5.000 consultas, 55% de las personas que acudieron fueron socios de CUDAM, 40% eran personas asistidas en el sistema público, en

ASSE, y el 5% restante eran socios o afiliados de otras Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). ¿Por qué se da esto? Porque los socios de otras IAMC de la zona se quedan sin donde acudir después de las 16 o las 18 horas. De manera que acudían a nuestro centro, allí se les atendía, no se les cobró nada y después fueron derivados —cuando correspondía— a los centros de sus prestadores de salud. En cuanto a las estadísticas usuales, como la edad de las personas que consultan, el estudio descriptivo de la población usuaria determina que 80% de las consultas sean efectuadas por adultos y solo 20% por menores de 14 años, lo que podríamos llamar consultas pediátricas.

—¿Y en lo que respecta a niveles de resolución en el primer nivel?

—M.M. En ese punto, que sin dudas es lo más relevante, creo que los resultados son excelentes. Los indicadores de nivel de resolución determinan que fueron resueltas en el lugar 80% de las consultas. Estamos hablando de 4.000 pacientes, y de que solo 20% de los pacientes fueron derivados a segundo y tercer nivel. Eso habla de una apuesta muy positiva en lo que refiere, estrictamente, a prestación de servicios de salud.

—Antes hablábamos de lo que fue la “inversión” de CUDAM en cuanto al ingreso de nuevos potenciales afiliados, en el marco del inicio del SNIS: ¿qué balance hace la institución en cuanto a esa apuesta?

—E.M. Sin dudas, en cuanto a la respuesta de la zona en torno a la afiliación a CUDAM, se colmaron las expectativas. Actualmente, en la zona superamos los 5.000 afiliados. Antes del convenio teníamos 4.000. Nuestra sospecha es que mucha de la gente que era usuaria de ASSE y que se asistió en nuestro policlínico, una vez que entró en vigencia el SNIS, resolvió afiliarse a nuestra institución. En esto, por supuesto, no solo tuvo que ver el convenio, la accesibilidad, sino en buena medida los médicos, la atención propiamente dicha que llevaron a cabo los profesionales. No se olvide que nosotros allí tenemos guardias fijas. Entonces, las personas de esa zona ya saben que los días jueves o los martes va a estar tal médico, y eso va generando una especie de pertenencia, de relación directa con un médico que a la vez es funcionario de CUDAM. Ese médico va conociendo al paciente, luego a sus hijos, a su familia, y llega un momento en que el paciente sabe que su médico, llamémosle de cabecera, es de CUDAM.

—¿No sintieron que al abrir la atención hacia personas no socias, se corriera el riesgo de que los ya afiliados pudieran sentir que podía descaecer su atención?

—E.M. Lo que pasa es que nuestros socios también vieron mejorada su cobertura. La mejora de la asistencia no solo corrió para los que no eran socios. Los resultados en materia de mejores niveles de resolución también corren para nuestros socios. Está, además, el tema de la accesibilidad geográfica. Es decir, nosotros mejoramos la atención de nuestros afiliados —que por algo eran 4.000 y ahora son 5.000—, afirmamos su pertenencia y vinculación con la institución, y, por otro lado, captamos nuevos socios. Es una realidad: nuestra captación de nuevos afiliados sigue creciendo mes a mes. Y la razón es que dimos a la zona —no se olvide que estamos hablando casi del Montevideo rural— lo que no daba ASSE. Volviendo a la pregunta anterior: la apuesta que se hizo por parte de CUDAM, que de alguna manera era estar presente en el momento de la afiliación de las personas que iban a poder optar por diferentes prestadores al momento del inicio del SNIS, con una inversión importante en materia de mejora de la cobertura asistencial para captar buena parte de ese ingreso, fue una interpretación

muy buena de lo que iba a pasar.

—¿Se han determinado beneficios en lo estrictamente económico en función de la alta resolutivez del centro de salud?

—E.M. Eso es claro, pero además no solo hay que tener en cuenta la resolutivez: el servicio también descongestiona la puerta del sanatorio, los llamados de radio, los de urgencia...

—Antes resaltaban el alto grado de concientización que se visualiza en torno al uso de la cobertura: ¿por qué se cree que se logró?

—M.M. Son varios factores. Por un lado, ya hablamos de la importancia de la labor de difusión que hizo la comisión de salud del Concejo Zonal, que se encargó y trabajó mucho en la idea de difundir el objetivo y de aleccionar que, si se usaba mal, se iba a perder. A la gente se le decía muy claro: no vaya por una gripe o porque le duele un callo, porque va a perder usted y van a perder todos sus vecinos. Por otro lado, hay que tener en cuenta que allí la población es casi rural. Es un tipo de usuario que todavía tiene un especial respeto, si es que el término está bien empleado, por la palabra del doctor. No se trata del paciente de la zona de Pocitos o Carrasco, donde el llamado a una

unidad de emergencia es casi un *delivery*: como que encargan la visita del médico casi a la misma vez que piden dos pizzas y un fainá. Hay un tercer aspecto que es la labor de educación que recibe cada paciente y cada familiar en el momento que va a atenderse. Cuando un paciente de la zona sur va con una roncha a la puerta de emergencia y se le explica que eso no es una urgencia, es muy probable que le discuta y le diga que para él, sí se trata de una emergencia, e insista en que lo atienda. En cambio, la gente de la zona rural lo entiende perfectamente. En el convenio pusimos específicamente que no hacemos traslado de embarazadas y no se han hecho. Por supuesto que se han hecho partos, pero aclaramos que no es nuestra función.

—¿En cuanto a las características de la población, es posible identificar algún problema de salud específico diferente del común en lo que respecta a las prevalencias de consultas en la emergencia?

—M.M. Básicamente no. Pero las diferencias han quedado claras en las charlas que hemos realizado, que han sido muchas, y que también han ayudado a reforzar la idea de la buena utilización del servicio. Nosotros nos planteamos realizar charlas de prevención y educación

con un sentido hospitalocéntrico, y la gente de la comisión de salud nos dijo que íbamos al fracaso, que ya habían hecho experiencias de charlas, por ejemplo, sobre riesgos cardiovasculares y que no iba nadie. Entonces se nos ocurrió la idea de reunir a los vecinos y preguntarles sobre qué problemas podíamos informarles a efectos de serles útiles, y allí nos encontramos que la gente nos pedía información sobre cosas más prácticas en función de la zona en donde residen, muy alejadas de los centros asistenciales. De modo que se nos pidió mucha actividad sobre primeros auxilios, reanimación pulmonar básica, qué hacer en caso de una fractura expuesta, en fin, temas pedidos por ellos en función de sus necesidades. Te pongo un ejemplo reciente. Hace unas semanas fuimos a una escuela de Las Torres a hacer una charla sobre alimentación saludable. Allí la directora nos pidió si podíamos hacer una charla, para las maestras, sobre estrés laboral, que es la mayor causa de deserción laboral en la escuela. Lógicamente, allí se trabaja en contextos muy problemáticos y la frustración para resolver algunos de esos problemas genera mucha angustia entre los docentes. Por ejemplo, una maestra nos contaba que había un niño de 7 u 8 años que aún se orinaba en la ropa. Pusieron el caso

en manos de un asistente social y de un psicólogo, y al final el niño les dijo que tenía miedo a dormir de noche. Le preguntaron por qué y el chiquilín respondió: “Lo que pasa es que cada dos por tres estoy durmiendo y entra la Policía y me saca el colchón”. Después averiguaron y el padre era un vendedor de pasta base. Al niño lo sacaban del colchón de noche y cómo iba esa maestra a resolver el problema.

Una vez fuimos a dar una charla sobre alimentación, a otra escuela, y preguntamos a los niños que nombraran alimentos, y nos decían arroz, fideos, uno dijo guiso, y recién allá, por los diez minutos, otro dijo carne. Obviamente, de pollo

ni hablaron y mucho menos de pescado. Ese mismo día, hablando de bebidas, un alumno nos dijo que almorzaba con cerveza y jugo de naranja, y otro con vino. De modo que hemos aprendido a realizar las charlas a pedido de ellos y en función de la realidad que viven. Eso también ha servido mucho para acercarnos a la población y en esas actividades en que los temas los ponen ellos, hemos realizado charlas con 100 personas. Y hemos llegado hasta hacer seis charlas mensuales. El habernos acercado al barrio, a sus propios problemas, ha ayudado también mucho a que se valore el uso del convenio.

***Periodista**