

APS

LA EXPERIENCIA DE CRAMI

Con el Dr. Pedro Banchemo

Victoria Alfaro*

El doctor Pedro Banchemo es el director técnico de la Cooperativa Regional de Asistencia Médica Integral (CRAMI), del departamento de Canelones.

En enero de este año comenzaron, junto a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), la mutualista Médica Uruguaya y la emergencia móvil SAMC, el primer servicio de complementación en la localidad de Sauce. CRAMI tiene allí un sanatorio, que durante la noche atiende, de ser necesario, a los pacientes de las otras instituciones. Para el director son fundamentales más acuerdos como este para facilitar el cumplimiento de los objetivos sanitarios del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

El Dr. Banchemo es especialista en Salud Pública y fue director del Hospital Filtro. En su opinión, la reforma sanitaria exige dejar de lado la competencia en el estilo más duro del término y ayudar a la complementación de servicios entre las instituciones de salud, sobre todo en aquellas poblaciones más pequeñas. Por otra parte, compartió con **Cuadernos** los variados programas de prevención y promoción que lleva adelante CRAMI desde hace seis años.

—¿Cómo se conforma CRAMI?

—CRAMI está integrada a la Federación Médica del Interior (FEMI), y ubicada en Canelones,

tiene consultorios en La Paz, Las Piedras, Progreso, San Bautista, Villa Nueva, Canelón Chico, Sauce, San Ramón, Tala y tres sanatorios, dos en Las Piedras y uno en Sauce.

En Sauce se firmó la primera complementación con la actual administración de ASSE. Tenemos todo: sala de internación, block quirúrgico y servicio de urgencia centralizado.

En Sauce, además de nosotros, están otros servicios, las policlínicas de ASSE, el Círculo Católico, Médica Uruguaya y el CASMU.

—¿Con quién se firmó la complementación de servicios?

—En Sauce tenemos la infraestructura, de la que carece ASSE, y el resto de las mutualistas solo tenían consultorios. Por eso firmamos un acuerdo con ASSE, Médica Uruguaya (MUCAM), y el apoyo de la emergencia móvil del lugar, SAMC, aunque se invitó a todas las demás que están allí.

En el caso de Salud Pública, no tenían servicio de urgencia las 24 horas. Por ahora el resto de las mutualistas no quieren sumarse, aunque el CASMU está interesado.

El 13 de diciembre del 2007 se firmó el acuerdo. La coordinación de servicios está dentro del marco del SNIS.

—¿En qué consiste el acuerdo?

—CRAMI pone, a través de su infraestructura, la planta, los recursos humanos médicos, enfermeras, o sea todo lo que tenemos a disposición en la urgencia en este convenio.

MUCAM participa a través de la sede secundaria, y va a aportar algún recurso económico o una enfermera para complementar.

ASSE tiene una policlínica en Sauce dependiente del Hospital de Canelones, y la emergencia móvil SAMC pone sus móviles.

La Dirección General de la Salud (DIGESA) fue la que fomentó este convenio. Lograron el ambiente para concretar estas cosas, que a veces no son fáciles.

Este convenio de complementación no es sencillo de realizar porque hay varios miedos, entre ellos el de la competencia, a perder afiliados. A tener problemas de imagen. Lo que con ASSE no parece ser un problema, con las otras instituciones sí lo es.

CRAMI, junto a la Dirección Departamental de Salud, fue la base para lograr este acuerdo. Que no solo está en el marco del SNIS, sino que logra la equidad y el acceso de casi toda la población del Sauce, fundamentalmente ASSE, a la salud.

Por ejemplo, la policlínica de

ASSE está abierta entre las 7 y las 19 horas. Es solamente de atención ambulatoria. Aunque en CRAMI, aún sin convenio, cuando llegaban a la puerta de Sauce, se los atendía igual. Esto fue darle un marco formal a lo que se hacía antes.

Este convenio comenzó con la atención de los pacientes entre las 19 horas y las 7 de la mañana. Nosotros tenemos abierto las 24 horas, pero ASSE a las 19 horas ya cierra su policlínica y MUCAM también.

Ellos resolvieron la urgencia de los pacientes centralizada a través de este sistema.

—¿Por qué la atención es solamente de 19 a 7 de la mañana?

—Por ejemplo, si soy un paciente de ASSE o de MUCAM y me siento mal, voy a la policlínica de Salud Pública o al consultorio de la mutualista y me atienden de 7 a 19 horas. A partir de esa hora ASSE cierra y MUCAM también, entonces ya está establecido, que esas personas tienen la posibilidad de consultar luego de ese horario en el servicio centralizado.

Y también está el apoyo de la emergencia móvil, en casos de patologías complicadas, como un infarto o un accidente grave, allí está la unidad móvil para apoyo y traslado.

Es algo muy sencillo pero lle-

vó varios meses para concretar el acuerdo.

—¿Desde cuándo funciona el convenio?

—Estamos trabajando desde el 1º de enero de este año. Pero las conversaciones sobre este tema comenzaron en marzo del 2007. Durante esos ocho meses los representantes de todas las instituciones estuvimos reunidos, viendo cómo se hacía y qué ponía cada uno.

Parece muy sencillo pero genera cosas como: “¿Cuánto tengo que poner o cuánto tengo que pagar?”, etcétera. Primero había que establecer una base de confianza, eso es fundamental, si no hay confianza esto no sale.

Además, había que vencer las barreras institucionales de cada participante, de cada Consejo Directivo, para que dijeran que esto era complementario y no de mera competencia.

Hasta en nuestra propia institución tuvimos dudas, miedo a que la cosa fuera mal, cosas como “¿cuántos vamos a atender?, ¿qué inversión tenemos que hacer?”. Pero nos dimos cuenta de que, aún sin convenio, estábamos atendiendo igual, porque al ser la única puerta de emergencia, la gente iba ahí.

Además, esto permitía a CRAMI utilizar su infraestructura, porque ya teníamos los recursos.

Luego que comenzamos a funcionar se armó una comisión de gestión del acuerdo con representantes de cada institución participante, a efectos de ver si se estaba cumpliendo el acuerdo, los recursos que se iban utilizando, etcétera.

Además, asegurar los recursos humanos, los medicamentos, insumos, etcétera. Se centralizó todo en esa comisión.

—¿Qué aporta cada institución en el convenio?

—CRAMI aporta toda la infraestructura disponible en el servicio de urgencia, personal médico y no médico, equipos, medicación, materiales.

ASSE pone los usuarios, un cargo de auxiliar de enfermería que va a estar integrado al funcionamiento, que puede servir no solo para ir llevando un control de la asistencia de los pacientes y de lo que se va consumiendo, el stock de la medicación que se utiliza, los registros.

Además, aporta al fondo de esta complementación el equivalente a dos salarios médicos, alrededor de 25.000 pesos por mes.

Médica Uruguaya pone el equivalente en dinero a un cargo de auxiliar de enfermería. Porque no teníamos necesidad de poner más gente y entonces se va haciendo un fondo para algunos recursos o

cosas que deben comprarse. No es mucho pero sirve.

SAMC aporta el apoyo del servicio de urgencia, con una tarifa preacordada, de lo que son los traslados especializados.

Hay algunas cosas que son importantes, Médica Uruguaya y ASSE reponen la medicación y los materiales que son utilizados por sus usuarios, y si no lo pagan al costo establecido.

—¿Qué pasa con los programas de Primer Nivel de Atención?

—En este caso, ASSE y CRAMI tienen desarrollados los programas de prevención cardiovascular y factores de riesgo. Este programa empezó a funcionar ahora.

Está planteado desarrollar los programas de mujer y género y el programa de niñez e infancia, que son los que prioriza el MSP. Hay ciertos indicadores que tenemos que ir cumpliendo.

Esto lleva tiempo, se realizan fichas de seguimiento de cada paciente con factores de riesgo.

Por supuesto que se sigue utilizando la historia clínica de CRAMI, que es muy completa, un reporte de utilización que dice cuántos medicamentos y cuánto se gasta en exámenes de laboratorio. También tenemos un procedimiento de alta, donde dice cómo se otorga el alta y en qué institución se controla. Y si

hay traslados que no sean especializados, los realiza cada una de las instituciones. Si son especializados es a través de la emergencia móvil. Ese es el sistema que utilizamos.

—¿Cuántos pacientes se han atendido bajo este sistema?

—El total de pacientes que se atendió, de enero a junio del 2008, fue de 324 en ese turno. No tuvimos ninguna avalancha de gente y ese era uno de los temores. De ASSE fue el 83% y de MUCAM el 17%. La gente de MUCAM prefiere ir a su policlínica y espera al otro día para concurrir al médico, a no ser que se encuentre muy mal.

Los pacientes de ASSE, ahora que tienen la cobertura en la noche, consultan más.

En cuanto a la edad, sucedió una cosa curiosa, pensamos que iban a ser más los niños atendidos que los adultos, pero fue al revés. Se atendió un 70% de adultos y un 30% de niños.

Otra cifra fueron los traslados comunes de ASSE, un total de 69, y de MUCAM solamente 10.

En cuanto a los traslados especializados, como los infartos o alguna patología que requiere estabilización, de MUCAM fueron cinco, y de ASSE 14. De todos estos solamente tuvimos un fallecido de ASSE, que llegó muy mal a la emergencia.

—¿Qué conclusiones saca usted de este sistema de complementación?

—Primero, es ir viendo si lo que el SNIS plantea como coordinación de servicios se puede aplicar en localidades como Sauce. En la cual cada uno pone lo que tiene, no se duplican los servicios, eso es importante.

Segundo, tenemos una estructura que soporta mucho más, donde hay una emergencia con muchas cosas de primer nivel. Siempre está con la opción de que esté el médico de guardia las 24 horas, la enfermería, el apoyo de la emergencia móvil. Esto implica mejorar la calidad de atención de la gente.

Además, en una población de 6.000 habitantes, donde más de la mitad son de CRAMI y de ASSE otro tanto. CASMU como Médica Uruguay son mucho menos, son policlínicas chicas.

Pero es fundamental salvar los temores de cada institución de participar en algo así. Segundo, es importante establecer una base de confianza, donde nadie le va a sacar nada al otro.

Esta experiencia fue la primera que el nuevo directorio de ASSE firmó. A esto le sumamos la aplicación de los programas de prevención y promoción que es muy importante.

Esa fue la experiencia de complementación público-privada que realizamos.

—¿Es posible repetir esta experiencia en otras partes del país?

—De repente en otros lugares que son más grandes podría ser más difícil, por ejemplo en Las Piedras, donde hay una competencia feroz. Está la Asociación Española, CASMU, Universal, Círculo Católico, CUDAM, ASSE.

En realidad nosotros acá (en Las Piedras) somos muy fuertes, estamos construyendo una nueva planta sanatorial. Aunque claro, estamos muy cerca de Montevideo y la gente a veces puede elegir una institución de la capital.

Esta experiencia de la complementación público-privada creemos que salió bien. Estamos a muy pocos meses, pero una preevaluación tenemos.

No hubo un uso exagerado del servicio, que fue racional. Los resultados asistenciales han sido bastante buenos, no ha habido problemas de ningún tipo y no les genera a las instituciones poner mucho más.

No tuvimos que reforzar mucho los turnos y además ASSE da apoyo y control para sus pacientes. Los estamos atendiendo por igual y Médica Uruguaya aporta económicamente el equivalente a un recurso humano.

Si CRAMI se hubiera puesto muy rígido, “no, usted pone muy poco, y yo pongo mucho”, esto no

salía. Hubo voluntad política de la institución, que supo, más allá de los costos y más allá de las inversiones que había que hacer, que había que mejorar la salud de la gente.

Alguno puede decir que esto es muy idealista, pero en realidad está todo, y, por supuesto, esto afianza a la institución, pues es evidente que en CRAMI existe la voluntad para seguir desarrollándose en ese sentido.

Ahora estamos estudiando dos experiencias nuevas, de las cuales nosotros vamos a participar, aunque no como en Sauce, donde somos la cabeza. Se trata de otras zonas que están más alejadas, Tala y San Ramón.

Allí, ASSE tiene dos centros de salud y nosotros tenemos policlínicas, al revés de Sauce; podemos intercambiar lo que tenemos con lo que el hospital tiene, en un marco muy similar. Seguramente los que brinden la parte centralizada sean los centros de Salud Pública.

—Específicamente, sobre el Primer Nivel de Atención, ¿cómo está trabajando CRAMI?

—Estamos desarrollando desde el año 2002 un programa de controles de factores de riesgos cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, dislipemias y tabaquismo.

Esto se hace a nivel de los mé-

dicos generales tratantes. El propio médico en su consultorio de medicina general lleva un control de sus pacientes, aplicando sus programas.

Está enfocado hacia la detección de los pacientes con esas patologías. Por un sistema informático tenemos registrado, por médico, a los pacientes que tienen alguna de estas patologías.

En un segundo paso, y una vez identificado con esa numérica, personal de Archivos le pone en la tapa de la historia un adhesivo que identifica si tiene hipertensión, diabetes u otra patología.

Al paciente lo sigue el médico general, pero también a través de esa identificación los especialistas están bien informados.

Una vez que esto pasa, hay un programa que está armado para ver cómo se controla, qué medicación lleva de acuerdo al programa. Y en la historia clínica aparece una planilla de control sobre estos factores.

Allí el médico puede tener todos los resultados de los exámenes paraclínicos, de las medidas, de la presión, peso, etcétera. Registro de fechas y próxima cita, para ir viendo si se va cumpliendo o no.

Estos programas están protocolizados, CRAMI está acreditada en la Escuela de Graduados para una educación médica continua. Ade-

más, realizamos para los médicos generales varios talleres.

Tenemos también un médico internista, que es tutor de los médicos generales. Es una experiencia nuestra, donde el tutor los reúne en talleres, los visita una vez por mes en el consultorio, previamente a la consulta con los pacientes, para revisar algunas historias.

No se inmiscuye en las cosas particulares, sino que va viendo si la historia está bien escrita, si los factores están bien controlados y eso permite mejorar mucho no solo la calidad de atención, sino también de los registros.

En eso tenemos bastante experiencia y es importante. A su vez, la institución participa en todas las jornadas de prevención, donde realizamos actividades a nivel local en conjunto con otras instituciones.

Sobre el tabaquismo, tenemos grupos para estimular la cesación del mismo, con un convenio firmado con el Fondo Nacional de Recursos (FNR). Firmamos un convenio por el cual el FNR nos manda los métodos, medicación, chicles, para el tratamiento.

La idea es que todos los pacientes estén más controlados para que no lleguen a tener un evento coronario, vascular, y que luego requiera internación, con mayores costos para el afiliado y la institución.

La idea es seguir manteniendo

todo esto. Además, esto está también relacionado a las condiciones del trabajo del médico de hoy. Estamos exigiendo mucho en un marco muy limitado. Los médicos tienen muy poco tiempo asignado por laudo para atender a los pacientes, 10 minutos por cada uno.

Tienen que estudiar más, están sujetos a mayores controles, más requerimientos de los pacientes. Eso es importante, el tema es motivar, veremos lo que pasa.

En realidad, si no se sigue insistiendo en los programas de prevención, estos caen rápidamente. Por el propio programa, por los médicos, por nosotros, no es fácil.

Tenemos además una médica de familia, que está nombrada como responsable de la unidad de promoción. Este programa cardiovascular integra una serie de programas que empezamos a tratar, como el de salud bucal y el de salud mental. Esta médica coordina todos estos programas.

Por supuesto que muchos de ellos todavía no los pudimos implementar porque son un montón, pero sí aquellos que son básicos, como el del niño, el control de la mujer embarazada, factores de riesgo cardiovascular, salud mental y bucal.

***Periodista**