

Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social

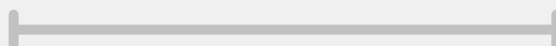
Trabajo Final de Especialización

Autor: Antonio Deluca

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN ATENCION PEDIATRICA

Analisis de un sisitema de articulacion entre primer, segundo
tercer nivel, utilizando como patologia trazadora la
artritis infanto juvenil (AIJ)

2005



Citar como: Deluca, A. (2005). Referencia y Contrarreferencia en Atención Pediátrica. Analisis de un Sistema de Articulacion entre Primer, Segundo y tercer nivel, utilizado como patología trazadora la Artritis Infanto Juvenil (AIJ). [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

ÍNDICE

1. Introducción	2
1.1. Consideraciones generales	2
1.2. Organización Sanitaria por Capacidad de Resolución	3
1.3. Método	5
1.3.1. Aplicación	7
2. Planteamiento del tema problema	8
2.1 Factores Socio-Sanitarios	9
2.2 Objetivo General	12
2.3. Objetivos Específicos	12
3. Desarrollo	13
3.1. Marco Teórico	13
3.1.1 Redes	15
3.1.2 Interdisciplina	17
3.1.3. Artritis reumatoidea juvenil (A.I.J.)	19
3.2. Perfil socioepidemiológico	22
3.2.1 Población Asistida	23
3.3. Accesibilidad	24
3.3.1. Crisis y desafíos hospitalarios	24
3.3.2. Características de la oferta	25
3.3.3. Integración	26
3.3.4. Tendencias	29
3.4. Medios de comunicación	32
3.5. Sistemas de Información	35
4. Conclusiones	36
Referencias Bibliográficas	41

1. Introducción

Este trabajo se propone analizar características socioepidemiológicas de la población infantil pasible de ser atendida en un hospital pediátrico de alta complejidad como componente de un sistema nacional de referencia y contrarreferencia, e identificar factores facilitadores y obstaculizadores de la accesibilidad a la atención, utilizando el análisis de los casos de Artritis infantil juvenil (AIJ) como patología trazadora.

1.1. Consideraciones generales

Si bien las normas de referencia y contrarreferencia se crean para mejorar la calidad y oportunidad de la atención y optimizar el uso de los recursos, su utilización es escasa y se encuentra vinculada más a procedimientos y prácticas informales que al cumplimiento de normas explícitas, con alto grado de operacionalización.

El marco normativo es difuso y de existencia precaria, relacionándose más a una tradición oral vinculado a prácticas circunstanciales que a normas explícitas y fácilmente comunicables.

La elaboración de normativas generales o las tareas de capacitación que mantienen la propuesta en un “deber ser” teórico, desde expertos ajenos a la práctica real y desvinculado de otras normas y condicionamientos organizacionales, administrativos o financieros, no han tenido un impacto efectivo ni en la capacitación de los protagonistas ni en la aplicación de las normas y procedimientos de referencia y contrarreferencia.

La implementación de modalidades organizativas y/o de asignación de recursos de carácter informal generan, en pacientes y profesionales, conductas que favorecen la relación entre distintos niveles de atención.

La presencia de programas especiales, tales como médicos de cabecera en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o los planes PRODIABA y PROGEMA en la Provincia de Buenos Aires e incluso liderazgos personales, favorecen una relación mas integrada entre los niveles periféricos y el hospital.

Otro hecho destacable en ese sentido es el incremento de la concurrencia de la población a los centros periféricos. No hay motivos objetivos, desde la perspectiva de los usuarios y aún desde los profesionales, para reconocer los beneficios que otorgaría el cumplimiento de las normas de referencia y contrarreferencia.

Existen factores que obstaculizan y/o facilitan, el funcionamiento de la referencia y contrarreferencia en cada red de servicios. La disponibilidad de medicamentos en los servicios periféricos, a partir de la vigencia del Programa Remediar, fue mas eficaz para definirlos como puerta de entrada al sistema que todo el fárrago de normas y teorías esparcidas en cursos, seminarios, etc. En el cuerpo del trabajo se detallan los factores que facilitan u obstaculizan la referencia y contrarreferencia. Algunos de ellos se refieren a la falta de normas comunes de atención, a obstáculos administrativos referidos especialmente pero no exclusivamente a la diferente pertenencia institucional, (municipal; provincial; nacional) a la que se agregaría la articulación estatal/privada o a la falta de ámbitos específicos de coordinación y derivación, además de los aspectos culturales señalados.

1.2. Organización Sanitaria por Capacidad de Resolución

Se tiende en la actualidad a organizar los servicios por niveles según capacidad de resolución. Algunos obstáculos a esta organización están dados por la dificultad de comunicación entre los diversos efectores, y la responsabilidad de los profesionales y equipos de salud con respecto al seguimiento de los pacientes.

El tema es relevante dado que el Hospital Garrahan atiende pacientes que provienen del interior del país y requiere, para un adecuado seguimiento, la colaboración interdisciplinaria entre profesionales de otras instituciones.

El estudio tomará como base el Hospital Garrahan y la población infantil atendida en el mismo en cuanto a diversas características socioepidemiológicas que pueden influir sobre la accesibilidad y seguimiento.

En ese marco se describirán las comunicaciones que suceden entre los profesionales, el paciente y su núcleo familiar y su impacto en el mecanismo de referencia y contrarreferencia propio de la AIJ, incluyendo la experiencia de la Oficina de Comunicación a Distancia (OCD) del hospital.

El trabajo incluirá el desarrollo del marco teórico, la descripción de las fuentes de información existentes en el hospital, así como específicamente las historias clínicas de los pacientes asistidos por AIJ.

En relación con la importancia de las variables socioepidemiológicas de la población pasible de ser atendida en el hospital, los datos generales que se recogen de la misma pueden ser en principio aplicables y/o comparadas con las de las diversas patologías, inclusive la AIJ.

Desde este punto de vista, entre los registros hospitalarios se puede acceder a las consultas externas y egresos según procedencia de la familia. Otra fuente de información es la encuesta socioeconómica que efectúa el área de Trabajo Social y que brinda información relativa a ocupación y cobertura social del jefe de familia, entre otros datos.

Junto con los resultados se analizarán los instrumentos, en cuanto a extensión del relevamiento (¿se hace a todos los pacientes?), y actual procesamiento de la información recolectada.

Esta información permitirá analizar la accesibilidad al sistema de referencia contrarreferencia desde diversos factores que pueden influir en la accesibilidad (geográficos, nivel socioeconómico, cobertura, etc.).

1.3. Método

Con el fin de explorar esta situación y evaluar la adecuación del mecanismo de referencia y contrarreferencia se utiliza el criterio de “casos trazadores”, como muestra de análisis, para intentar arribar a un diagnóstico de situación.

El concepto de trazador fue obtenido de las ciencias clásicas; por ejemplo, los trazadores radiactivos que los endocrinólogos utilizan para la función de ciertos órganos.

Para medir las funciones de un sistema de salud los trazadores necesarios son problemas de salud identificables y separados, cada uno de los cuales ilustra de qué manera opera un sector cualquiera del sistema, no aisladamente sino en relación con los demás sectores.

El supuesto básico es siempre el mismo: la forma en que un médico o un equipo de médicos administran la atención de manera rutinaria en relación con las enfermedades comunes será un indicador de la calidad general de la atención y de la eficacia del servicio que se presta con dicha atención.

La utilización de problemas de salud específicos para analizar servicios de salud fue utilizada en diversos estudios en los EEUU desde los 60.

Kessner ¹ define seis criterios para seleccionar los trazadores: Deben tener un efecto funcional definido; deben ser bien definidos y fáciles de diagnosticar; la tasa de incidencia debe ser lo bastante alta para obtener muestras representativas; la evolución natural de la afección debe variar con la utilización y eficacia del tratamiento médico; las técnicas del tratamiento médico deben estar bien definidas al menos para uno de los siguientes

procedimientos: prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación; los efectos de factores no médicos sobre el trazador se deben comprender claramente. En relación con estos criterios, definió para sus estudios algunas afecciones tales como infección del oído medio y pérdida de la audición, anemia por carencia de hierro, hipertensión, infecciones urinarias, cáncer de cuello de útero, trastornos de la visión. Los seis podían ser utilizados en conjunto para evaluar atención ambulatoria recibida por una muestra de la población, ya que incluía al menos dos trazadores de significación para ambos sexos y cuatro grupos de edad.

Kessner definió también el establecimiento de criterios comunes para la atención, que debían contemplar mínimamente: estar referidos a una atención básica o mínima; deben ser prácticos (en cuanto a la no utilización de equipamiento diagnóstico complejo); y deben ser revisados y actualizados en forma periódica. Concluye que los trazadores brindan un marco conceptual útil y una base de datos para evaluar calidad de los servicios de salud; deben ser adaptados para su utilización, a la práctica asistencial cotidiana y deben idearse conjuntos de trazadores y criterios de atención que permitan evaluar atención global a comunidades. Los objetivos son tres: respaldar la buena praxis de atención mediante la identificación de sus elementos eficaces y eficientes; indicar las áreas de la práctica que deben ser mejoradas; y brindar a los profesionales enseñanza constante acerca de su propia práctica.

En este sentido, la elección de los casos se realiza ponderando: procedencia de los pacientes, cronicidad de las patologías y profesionales de distintas disciplinas por un lado, y la accesibilidad a la recolección de datos, por el otro. En tal sentido la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) reúne ambas cualidades: es una enfermedad reumatoidea crónica que presenta intercurencias en su evolución, de distribución en todo el país, con intervención de inmunólogos, clínicos, infectólogos, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, entre otros, y los registros (historias clínicas) y profesionales involucrados del hospital de referencia son permeables a su observación.

De tal forma, el presente es un estudio de tipo cuantitativo –cualitativo, longitudinal y retrospectivo.

Las fuentes de recolección de datos serán las historias clínicas del Hospital Garrahan y la información suministrada por los profesionales tratantes en su lugar de residencia y familiares de los pacientes, a través de un **instrumento**, encuesta asistida, diseñado para tal fin (Anexo I).

1.3.1. Aplicación

Las características de la **AIJ**, la misma cumple con tres criterios para ser elegida como trazadora de este mecanismo: 1) participación de varias disciplinas en su atención; 2) continuidad del tratamiento por su cronicidad y 3) intervención de distintos niveles de complejidad por su evolución tórpida. Esta enfermedad reumatoidea afecta articulaciones varias con secuelas en la motricidad del adolescente y, por ello, consecuencias en su conducta, a más de comprometer en su evolución otros órganos asociados. El seguimiento permite su evaluación y, a partir de allí, “ajustar” el tratamiento. Las interurrencias, episodios “críticos” de la signo-sintomatología propios de la evolución de la patología, son periódicas y específicas de cada caso.

Estas características requieren de un abordaje interdisciplinario y continuo por los profesionales tratantes en el lugar de residencia del paciente, articulando su accionar con el hospital de referencia, internación habitual de las interurrencias.

Es necesario, para ello, contar con la adhesión del entorno familiar del paciente, ya que es el continente básico en donde se desempeña el adolescente con su padecimiento. La fragmentación de la información profesional conspira contra esa adhesión, impidiendo que actúe el “refuerzo de atención” en cada profesional y nivel correspondiente. Cuando la información es compartida por todos ellos, el mismo “lenguaje” es percibido por el paciente

y su familia como un segundo continente en donde se trata a la enfermedad, al adolescente y su grupo familiar.

Estas características de la AIJ la convierten en casos trazadores para evaluar el funcionamiento de un mecanismo de referencia y contrarreferencia.

2. Planteamiento del tema problema

El equipo de atención local carece de la información y comunicación continua y necesaria para el adecuado seguimiento del paciente con AIJ y por otro lado las acciones de los miembros del equipo local y aquellas de los miembros del equipo de atención en el Hospital Garrahan, deberían apuntar a una mejor integración.

A ello se agrega que las condiciones socioepidemiológicas de los pacientes inciden en el dispositivo de referencia y contrarreferencia.

El Hospital de referencia recibe diariamente niños procedentes de diferentes lugares del país, que padecen enfermedades complejas y que requieren de un enfoque interdisciplinario, ya sea para su diagnóstico o bien para el control evolutivo de las mismas.

Además, todos los niños y en especial aquellos con enfermedades crónicas, necesitan de un cuidado continuo, de ser posible, por las mismas personas.

La artritis idiopática juvenil (AIJ) es una enfermedad reumatoidea crónica que presenta interurrencias en su evolución. Estas características producen una demanda de atención que debe ser **continua** por los profesionales tratantes de su zona de residencia y **periódica** en el hospital de referencia, para intentar mejorar su calidad de vida.

Por ello es muy importante que estos profesionales que atienden al niño en su lugar de residencia, compartan las alternativas del seguimiento de esta patología crónica y compleja, con profesionales del hospital de referencia.

El hecho de concurrir periódicamente a un centro de referencia, muchas veces alejado del lugar de residencia, constituye un serio problema para las familias, no solo desde un punto de vista económico, sino también desde la organización familiar, ya que el traslado de un paciente implica frecuentemente alejar a la madre del resto de sus hijos, quiénes quedan al cuidado del padre, o bien cuando se trasladan ambos padres, esto conlleva en ocasiones la pérdida del trabajo.

Por otra parte, es habitual que entre turnos no se establezca ningún tipo de contacto con el centro derivador, transformándose la sesión en el Hospital de referencia en una cita aislada en las que se solicitan estudios, se indican tratamientos, se da información, sin tener en cuenta la continuidad de atención del paciente, de enorme importancia a la hora de hacer recomendaciones sobre como debe llevar adelante su vida en medio de su padecimiento. En la actualidad se dispone de numerosos medios de comunicación (teléfono, FAX, mail's, videoconferencias) que no son aprovechados para dar respuesta a estas dificultades.

"Hoy en día tenemos muchos medios de comunicación, pero en muchos casos parecen ser una cañería sin agua, un tendido de cables sin corriente; cuanta más tecnología tengamos es moralmente imperativa su más amplia utilización. Se trata de pensar en el otro, en el paciente y en el médico que está del otro lado. Es la calidad de la atención la que está en juego".²

2.1 Factores Socio-Sanitarios

Es imprescindible tener en cuenta: la coherencia con los problemas de salud, para lo cual deben valorarse los aspectos políticos, demográficos, sociales y culturales que fijan el marco en el cual deben desarrollarse las actividades.

Por otro lado es importante considerar el área geográfica asignada, y por supuesto la red de la cual forma parte.

Debe considerarse el análisis y definición de un adecuado perfil epidemiológico, teniendo en cuenta las variables más importantes como mortalidad, morbilidad, las posibles discapacidades, con sus principales problemas de salud, teniendo en cuenta un enfoque de género y según grupo etáreo.

Se hace necesario dotar de una visión integral de respuestas frente a los problemas de salud.

Para ello el Hospital debe funcionar dentro de las redes de servicios dando el nivel de prestación necesario y de complejidad adecuada, en el marco de la atención progresiva, a los pacientes asignados, oportunidad, equidad y eficiencia en el modelo vigente.

Otro aspecto clave es la Oferta y Demanda actual y potencial de servicios. Para ello es preciso contar con una Red Ambulatoria eficaz; un sistema de cobertura de emergencias médicas adecuado para cubrir una demanda real; además de contar con servicios hospitalarios de modalidad intermedios e intensivos para atender la mediana y alta complejidad; y asegurando una efectiva prestación de servicios de diagnóstico y tratamiento en forma integral y oportuna.

Otro capítulo saliente en este análisis situacional es el óptimo aprovechamiento de recursos existentes. Aquí de nuevo el concepto de integración vertical y horizontal, asumiendo la necesidad de una coherencia en la coordinación de lo público y lo privado, con la finalidad de optimizar los recursos humanos, tecnológicos y financieros.

En cuanto al modelo de atención de la salud basado en la referencia y contrarreferencia, apunta claramente a mejorar la calidad de atención de los pacientes sobre todo basado en un eficaz nivel de información.

Complementa este modelo, una red de Vigilancia Epidemiológica activa que establezca los niveles de alarma necesarios para asegurar la salud comunitaria. Por ello es imprescindible poner énfasis en la actitud de promoción y prevención más que la curativa-institucional.

En este sentido debe jugar un rol muy importante la participación social, el control social de la gestión pública en salud.

El estado tiene un rol indelegable de promocionar estilos de vida saludables.

Otro aspecto a considerar es el Modelo de Gestión que en el nivel meso debe apuntar a evaluar la gestión hospitalaria, su producción, el uso adecuado y racional de los recursos. Exhibir un manejo de costos hospitalarios que se correlacionen con la producción global y por servicios.

Establecer compromisos de gestión por áreas o sectores que descentralizan decisiones y que serán evaluados con Auditorías de Calidad en término de cumplimiento de resultados.

Ante la sobredemanda hospitalaria, aparece la necesidad de mayor equidad y calidad, pero sobre todo, ante el aumento de los costos, surgen esquemas de administración hospitalaria basados en el uso de incentivos del mercado, definido éste como el lugar donde asisten fuerzas de la oferta y la demanda para realizar transacciones de bienes y servicios a un determinado precio, donde entran en competencia los proveedores públicos y privados. Se asume la diferencia entre la actividad estatal y privada. Se reduce a un problema de gestión, dejando de lado responsabilidades y la situación de equidad. Como paradoja en la era de las privatizaciones y de la intención de reducir el Estado se acentúan propuestas de mayor participación de éste en el

área social y aquí surgen problemas relacionados con un inadecuado uso de los recursos e ineficiencias en diferentes sectores.

Así mismo a pesar de la tendencia a una mayor privatización, tiende a considerarse a la salud como a un bien público tutelado.

Con el deterioro del empleo, el incremento del mercado informal, la disminución de aportes a la seguridad social, así como el incremento de la pobreza y las desigualdades y el inadecuado financiamiento público de salud, el Estado pierde su rol rector y su capacidad de conducción de las políticas de salud.

Los hospitales públicos consumen entre el 60 y 70 % de los presupuestos públicos en salud aunque sólo resuelvan el 10 % de la morbilidad, pero que no es posible ser tratada de otra manera.

El peso específico de los hospitales en la legitimidad de los sistemas de salud es enorme dado que acuden los pacientes más graves, críticos y la demanda más inelástica, además el imaginario social le asigna la capacidad casi mística y mítica de curar.

Los hospitales públicos concentran y expresan, de manera crítica, todas las contradicciones, ineficiencias e insuficiencias de los sistemas de salud.

2.2 Objetivo General

Analizar los sistemas de referencia y contrarreferencia en el primer, segundo y tercer nivel, e identificar factores que faciliten u obstaculicen su funcionamiento eficiente, a través de una patología trazadora.

2.3. Objetivos Específicos

1. Describir el perfil socioepidemiológico de la población atendida en el hospital, tanto general como la específicamente atendida por Artritis Infantil Juvenil.
2. Identificar facilidades y obstáculos al acceso que pudieran incidir en la población infantil atendida.
3. Analizar las ventajas de los medios de comunicación a distancia para posibilitar un intercambio de información entre los profesionales tratantes.
4. Diseñar y proponer una encuesta para profesionales, equipo de salud y pacientes que complemente la información relevada sobre seguimiento y adherencia al tratamiento.

3. Desarrollo

3.1. Marco Teórico

La O.M.S. define a la salud como el estado de bienestar completo de las personas desde el punto de vista biológico, mental y social. Con ello se considera a la enfermedad como un evento que interrumpe ese estado, es decir un proceso ubicado entre el estado de salud anterior a la misma y el estado posterior a su resolución. Cuando ese evento no alcanza a resolverse o produce secuelas, se incorpora a las personas como un factor incidente en su calidad de vida, convirtiéndose en lo que se denomina cronicidad. Para el tratamiento de esos eventos (enfermedades) el sistema de salud se organiza por niveles de complejidad con el objeto de un mayor aprovechamiento de sus recursos. A este modelo se lo conoce como pirámide de atención primaria de la salud, agrupando una base de sistemas locales de salud próxima a los usuarios, con capacidad para llevar adelante controles de salud y resolver los trastornos de salud ambulatorios y una cúspide que concentra los recursos de más alta complejidad, para los casos más severos. En el medio, las instituciones de segundo nivel para casos ambulatorios y que requieren internación y con recursos diagnósticos y de tratamientos de mediana complejidad. El tránsito de los pacientes en este modelo es regulado por el mecanismo de referencia y contrarreferencia. Un sistema de comunicación

adecuado entre profesionales de los distintos niveles y el núcleo familiar del paciente es la base en la que se apoya dicho mecanismo. Esta comunicación entre profesionales implica, para su desempeño, acciones interinstitucionales e interdisciplinarias. Las instituciones deben proveer los medios necesarios para facilitar la comunicación de los profesionales y éstos construir la información en forma interdisciplinaria.

Para el caso de patologías del tipo crónicas, este mecanismo cobra aún mayor relevancia ya que el tratamiento de estas enfermedades se incorpora como un factor trascendente en la mejora de calidad de vida de las personas que las padecen. Un adecuado mecanismo de referencia y contrarreferencia permite extender en el tiempo la atención del paciente y acortar las distancias que separan a los protagonistas del mismo (profesionales de distintas instituciones y disciplinas, pacientes y familias).

En cuanto al mecanismo de referencia-contrarreferencia, el mismo se enmarca en la estrategia de atención primaria de la salud. "El modelo que se persigue es el de un sistema en el cual las personas pueden acceder a una red y no a servicios aislados, bajo la estrategia de atención primaria, en la que los distintos componentes actúen en función de las necesidades de los destinatarios".³

El tránsito de los usuarios por los niveles de complejidad es ascendente-descendente, en la medida de ir respondiendo a los requerimientos de la patología que se trate y su seguimiento. Se establecen para ello mecanismos de referencia y contrarreferencia, respectivamente.

Referencia en cuanto al requerimiento de servicios más complejos y contrarreferencia para asegurar su seguimiento en su lugar de residencia, con el fin de facilitar el acceso de toda la comunidad al sistema de salud y transformar la atención en un proceso continuo, sin interrupciones y vuelta a empezar, aprovechando los recursos y evitando superposición de ellos. Ello supone una dinámica de comunicación entre ellos y hacia la comunidad

destinataria de esos recursos (usuarios). Estos últimos no son los indicados para conocer la gravedad de su estado. Ello es resorte del sistema de salud.

Lo que tienen que tener los usuarios es accesibilidad al sistema a través de puertas de entrada (1° nivel), que permitan realizar diagnósticos y tratamientos con el menor riesgo posible y el mayor beneficio para ellos (eficacia, efectividad), y el mejor aprovechamiento de los recursos del sistema (eficiencia), en los niveles que correspondan (2° y 3°).

Para ello es imprescindible contar con la información adecuada en cada nivel para asegurar la continuidad de las acciones de salud.

"El desarrollo de un sistema de información es un proceso continuo de aproximaciones sucesivas, que requiere de un mínimo de información para generarlo. El sistema de información en los SILOS (Sistemas Locales de Salud) reconoce dos elementos estructurales que lo identifican y definen: la información y la comunicación. Desarrollar un sistema de información, por consiguiente, implica asegurar las fuentes y contenidos de la información e identificar los usuarios de la misma; como así, también, identificar y desarrollar los flujos entre los usuarios que hagan factible la comunicación. Información sin comunicación, o comunicación sin contenido entendible, conducen a un resultado similar: falta de conocimiento y como consecuencia, falta de decisiones apropiadas". ⁴

Para un desempeño adecuado de este mecanismo, hay que considerar dos aspectos del mismo, redes e interdisciplina.

3.1.1 Redes

En las redes se desempeñan personas e instituciones. Un componente instituyente y otro instituido.

"Instituyente es lo que genera y produce institución", son las personas que con su accionar construyen la institución todos los días. "Instituido es el

conjunto de acumulaciones materiales y simbólicas de las organizaciones”, son las normas, la estructura, la historia de cada institución.⁵

Las redes deben ser **descentralizadas en lo instituyente**, en la vinculación de los profesionales de cada una de ellas entre sí, con la singularidad que caracteriza a cada contacto; **centralizadas en lo instituido**, en lo normativo de la modalidad de contacto, en la utilización de los medios de comunicación y en la producción de los registros. Las personas se relacionan entre sí a través de vínculos que se desarrollan en los sucesivos contactos entre ellas. Un convenio de cooperación interinstitucional, rubricado por las máximas autoridades de las organizaciones, actuaría como marco para la realización de los contactos. Para un adecuado desempeño las redes deben ser **vinculares e institucionales**.

No se debe transformar a las *redes* en un nuevo fetiche de la salud pública. No debemos trabajar el concepto de *redes en sí*, sino *redes para*, redes como medio de dar mejor respuesta a los problemas de la gente.

Cuando se conceptualizan a las redes hay que tener en cuenta que existe una conexión de personas, que supera el nivel de los grupos. En lo administrativo, las redes aparecen como un modelo organizacional, que busca que se manejen productos relativamente uniformes en lugares heterogéneos, con una gran autonomía. Las redes asumen la heterogeneidad y permiten imaginar heterogeneidades organizadas, y reducen la demanda de organización piramidal. La idea de redes conduce así a un concepto distinto, a la idea de sistemas, con una lógica más adecuada a la búsqueda de alternativas a la fragmentación actual.

La **lógica de redes** no es una estructura para vincularse solamente con el afuera, sino que pueden constituir formas vinculares intrainstitucionales.

Desde este enfoque, redes en salud no es simplemente referencia y contrarreferencia, ya que no se restringe a un mecanismo en el que alguien

recibe y devuelve. Pone en juego a las personas y las relaciones humanas, los comportamientos solidarios, las características comunicacionales entre los diversos integrantes de un proceso de atención.

3.1.2 Interdisciplina

Referido a las actitudes y aptitudes de los profesionales intervinientes. La interdisciplina se construye a partir del saber específico de cada profesional cuando está enfocado en el paciente, con nombre y apellido, con el objetivo de resolver sus problemas de salud. Ello implica un generoso intercambio en el cual se comparten, saberes, experiencias, conclusiones y dudas. Esta es la diferencia con la multidisciplina, como sumatoria de aportes desde cada disciplina. La interdisciplina implica un compromiso profesional con la resolución de los problemas del paciente, con las características particulares de cada uno de ellos, incluido el respectivo núcleo familiar.

Esta relación entre profesionales debe superar las dificultades que son propias de las instituciones a las que pertenecen. Un tercer nivel no implica que se tengan más conocimientos que un primer nivel. El entrenamiento en saber pesquisar enfermedades severas a partir de una consulta en el primer nivel, es tan riguroso como su tratamiento complejo en el tercero.

“Existe una comunidad de práctica profesional de carácter idiosincrásico, ligada por factores históricos, institucionales y culturales, que expresa creencias y conductas respecto a la capacidad resolutive de los distintos niveles de atención y a sus modalidades de relación que condicionan la efectiva vinculación entre los mismos”.⁶

Las dificultades en la comunicación interprofesional es también preocupación en las políticas de salud, en cuanto a modelos de atención.

“El papel de los niveles secundario y terciario no es el de ser juez o verdugo del nivel primario, cada nivel de atención tiene bien establecida su misión y debe velar por cumplirla con responsabilidad. Cada referencia debe

generar una contrarreferencia como expresión de un elemental principio de educación, en primer lugar. Debemos fortalecer nuestro sistema de salud entre todos, sin subestimaciones ni faltas a la ética y sobre la base del respeto al trabajo y desempeño del otro. Los casi tradicionales problemas con la referencia y la contrarreferencia deben dar paso a relaciones más éticas y profesionales que prestigien mucho más nuestra medicina a partir de la elevación del propio prestigio y respeto de quienes la desempeñamos. El aprendizaje será entonces multidireccional, y el conocimiento, construido con la inteligencia colectiva. Actuando de esta manera tendremos ante nosotros la demostración práctica de cómo, en efecto, nadie sabe tanto como todos nosotros juntos...”⁷

Si bien se trata de mejorar la oferta de servicios entre los profesionales tratantes del lugar de residencia y los del hospital de alta complejidad, un adecuado mecanismo de referencia y contrarreferencia tiene un fuerte impacto sobre el usuario, paciente, al disminuir sus traslados a situaciones excepcionales, evitando con ello la disrupción familiar y gastos propios del transporte.

Cuando la comunicación falla, ocurren dos efectos: I) el 2° y 3° nivel son desbordados por las consultas de demanda espontánea de la comunidad, que los “utilizan” como puertas de entrada al sistema, y II) la fragmentación de la información entre niveles redunda en un seguimiento discontinuo de la evolución de la enfermedad en el paciente (empeoramiento, secuelas), con mayores gastos para el mismo y aumentos de costos para el sistema de salud.

El problema enunciado se enmarca en este efecto y es tema de preocupación en países con diferentes sistemas de salud, quienes han realizado diversos estudios para comprobar esta situación y se han propuesto distintas alternativas para superarla.

“Un Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC) promueve la equidad vertical y horizontal en el acceso a los servicios de salud. Si el SRC no

existiese o no funcionase bien, la utilización de los recursos del segundo y tercer nivel de atención para resolver problemas sencillos, impediría una atención oportuna de casos complejos y originaría listas de espera, corrupción, insatisfacción de usuarios y mayores costos al sistema "(sobre todo en los hospitales especializados)".⁸

3.1.3. Artritis reumatoidea juvenil (A.I.J.)

La **artritis reumatoidea** es la principal causa de dolor y discapacidad en el mundo y afecta a tres mujeres por cada hombre entre los adultos en edad productiva –13 a 45 años- y a 1 de cada 1.000 niños. En la Argentina, según estimaciones realizadas por la Sociedad Argentina de Reumatología, más de 41 mil mujeres podrían padecer esta afección.

La artritis reumatoidea es una forma frecuente de artritis que produce inflamación en la capa que reviste las articulaciones u otros órganos internos.

Es una enfermedad crónica que tiende a persistir durante muchos años y que afecta a distintas articulaciones y que puede dañar tanto a los cartílagos como a los huesos, los tendones y los ligamentos.

A nivel social, el impacto de la artritis reumatoidea es relevante debido a que es una enfermedad progresivamente debilitante que hoy representa la principal causa de dolor y discapacidad en el mundo. Los efectos físicos que aparecen en esta enfermedad a menudo derivan en deterioro funcional e incapacidad para movilizarse y trabajar. Por otra parte, este deterioro a menudo provoca depresión, ansiedad y sensación de desamparo y afecta la vida diaria y familiar del paciente.

Contrario a lo que se cree, la A.R. es una afección de jóvenes que comienza a temprana y mediana edad y afecta también a bebés y niños.

Existen dos tipos de esta enfermedad: la infanto juvenil y la adulta. La artritis infanto juvenil se puede manifestar a cualquier edad desde los pocos meses de vida hasta la adolescencia. Se la considera infanto juvenil hasta los 16 años y se presenta en tres formas:

Poliarticular: incluye cinco o más articulaciones comprometidas y se presenta mayormente en preadolescentes y adolescentes.

Oligoarticular: incluye hasta cuatro articulaciones comprometidas y es la forma más frecuente. Se presenta mayormente en menores de 5 años y principalmente en niñas.

Forma de comienzo sistémico: se presenta mayormente en varones de 5 o 6 años con síntomas como fiebre muy alta y una erupción en la piel que desaparece cuando cesa la fiebre. Más de la mitad de estos niños desarrollan una artritis muy severa y resistente a los tratamientos.

La artritis reumatoidea es considerada adulta luego de los 16 años de edad y afecta principalmente a mujeres en una proporción de 3 a 1, entre los 13 y los 45 años.

3.3.3.1. Causas y síntomas

La causa de la artritis reumatoidea es desconocida y la enfermedad difiere de una persona a otra. Se presenta con más frecuencia en personas con una predisposición genética, aunque sin embargo no es una enfermedad hereditaria.

Los signos y síntomas más comunes son:

- Anemia.
- Fiebre.
- Rigidez matinal luego de haber dormido durante la noche.
- Dolor e inflamación articular.

- Dificultad para mover una o más articulaciones.

En los adultos, se suman factores de riesgo como fumar y no realizar actividad física.

3.1.3.2. Diagnóstico y tratamiento

Para definir el diagnóstico, los síntomas deben persistir más de 6 semanas y es de vital importancia que el paciente sea tratado por un médico especialista en reumatología. El diagnóstico es clínico en primera instancia, sumando además exámenes de laboratorio (eritrosedimentación), el test de látex y radiografías de manos y pies.

El tratamiento de la artritis reumatoidea se *basa en tres pilares*:

- Medicación
- Terapia Física.
- Apoyo psicológico.

Todos los pilares tienen la misma importancia y se deben desarrollar paralelamente.

En cuanto a la medicación, el tratamiento incluye dos grupos de drogas:

- Las que sirven para aliviar el dolor del día a día y la inflamación a corto plazo, que incluye los antiinflamatorios y corticoides.
- Las drogas modificadoras de la enfermedad, detienen su evolución y permiten que las articulaciones se dañen menos. Entre estas drogas se incluyen los biológicos que corrigen la función alterada, frenan la inflamación, previenen las erosiones y evitan la alteración de la estructura articular.

La terapia física consiste en la movilización de las articulaciones y el fortalecimiento muscular a través de un programa de ejercicios. El deporte recomendado es la natación en agua tibia o caliente, ya que relaja. Se debe evitar todo tipo de deportes de choque.

El apoyo psicológico es necesario para el paciente y la familia ya que esta afección afecta profundamente la vida cotidiana del enfermo y su entorno. Las necesidades de las personas cambian, desde la disposición de los muebles y utensilios en una casa hasta la consideración de pensar en cómo enfrentar el trato de un discapacitado en la familia. El apoyo psicológico apunta a mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

3.2. Perfil socioepidemiológico

El acceso de la población a los servicios de salud varía según su nivel socioeconómico. El hospital público es, para casi la mitad de la población, su principal fuente de atención; en particular, para aquellos que están por debajo de la línea de pobreza. Los sectores de mayor poder adquisitivo resuelven sus necesidades de salud a través de la seguridad social o, en menor proporción, de los seguros privados. Las provincias con peores resultados en salud son aquellas donde coinciden un menor nivel de gasto per cápita de salud, una mayor proporción de la población en situación de pobreza, con una menor cobertura de seguros de salud y, por ello, una mayor presencia de su red hospitalaria pública en la atención de la población.

"La actual crisis ha empeorado el acceso a los servicios, en especial para los más pobres. Estos últimos han visto caer su cobertura de seguros tres veces más que los no pobres. Como consecuencia, la demanda de algunos servicios se ha desplazado de manera significativa hacia la red pública asistencial. Más grave aún, la utilización misma de servicios ha bajado. Entre finales del 2001 y mediados del 2002, la utilización de controles preventivos para niños cayó en un 38 por ciento en la población general y en un 57 por ciento entre los hogares más pobres. Efectos similares parecen haber ocurrido en otros servicios para la población materno-infantil, aparentemente afectando aspectos de oportunidad, calidad y número de controles prenatales" ⁹.

A ello se suma que cada uno de los subsectores que conforman el sector -seguridad social (nacional y provincial), público y privado- presenta

dificultades de gestión interna y escasa articulación externa entre ellos. De esta manera, no se garantiza el acceso efectivo a servicios de salud de calidad para toda la población.

3.2.1 Población Asistida

El Hospital de Pediatría Garrahan es un centro de referencia a donde se remiten pacientes y al que se hace alusión o se tiene en cuenta en cuestiones propias de salud infantil así como en aspectos de su naturaleza jurídico/administrativa y organización asistencial. Desde sus comienzos se comporta como centro de referencia nacional para los pacientes con patologías complejas.

De las estadísticas anuales del año 2004, se observa que las provincias de Entre Ríos, Santa Fe, Santiago del Estero, Chaco, Misiones, Formosa, Salta, Tucumán y Río Negro se destacan como las jurisdicciones que más pacientes aportan. Cada año, se producen aproximadamente 4.000 internaciones -uno de cada cuatro egresos- y 40.000 consultas externas provenientes de pacientes radicados en el interior del país, de ellos aproximadamente un 60 % no posee cobertura, resolviendo su atención en el sistema público de cada lugar de residencia.

La cantidad de pacientes no guarda relación con la cantidad de habitantes de cada provincia, sino con la posibilidad de resolución de sus problemas de salud infantil. Las dificultades que motivan la derivación de pacientes suelen obstaculizar el seguimiento posterior de los mismos una vez que fueron remitidos a su lugar de origen, lo cual obliga a visitas frecuentes al Garrahan o estadías prolongadas en Buenos Aires. Entre tales dificultades pueden distinguirse las inadecuadas formas de comunicación entre los distintos niveles asistenciales dentro de cada provincia, así como entre éstas y el Garrahan, la falta de personal con adecuado entrenamiento o el equipamiento insuficiente.

Por razones de escala, muchas provincias no están en condiciones de

abordar la resolución de problemas pediátricos complejos, por ejemplo: afecciones neoplásicas, malformaciones cardiovasculares, neurocirugía o cirugía neonatal y otras.

El Garrahan cuenta con alguna experiencia en estos temas, producto de la búsqueda de soluciones para estos problemas observados. Al respecto es importante hacer mención a la Oficina de Comunicación a Distancia y al desarrollo de sus actividades.

3.3. Accesibilidad

Las transformaciones deben privilegiar la equidad con eficiencia social. Es clara la ineficiencia de los servicios aislados, apareciendo entonces la necesidad de redes integradas de servicios de salud.

Por otro lado las políticas excesivamente mercantilistas llevan a replantear las funciones esenciales de salud pública y reaparece como paradigma el Rol Rector del Estado.

3.3.1. Crisis y desafíos hospitalarios

Dentro de las causas de la crisis hospitalaria, no puede dejar de tenerse en cuenta la crisis económica que llevó a la crisis del Estado de Bienestar y a la disminución de la inversión en los sectores sociales, así como a programas de ajuste estructurales y disminución del gasto público en la región, el énfasis retórico en la estrategia de atención primaria, la falta de inversión, con deterioro de la infraestructura y equipos.

También fueron factores causales la ausencia de descentralización y capacidad gerencial y las redes de servicios no integradas

Por otro lado los cambios demográficos y epidemiológicos, el boom tecnológico y la escalada del componente tecnológico costoso de la atención compleja, también fueron causantes de la crisis.

El estado se hace cargo de la atención catastrófica y de los pobres y los ancianos. La falta de prestigio lleva a la pérdida de legitimidad ante la opinión pública basada en el deterioro de la calidad y oportunidad de las respuestas.

No se jerarquizan los problemas de referencia y contrarreferencia de pacientes. Los desafíos del hospital público están dados por el necesario crecimiento de la oferta de servicios para satisfacer demandas, saldando deudas sociales y satisfaciendo necesidades de los pacientes.

Deberá ajustarse a las normas de control que el Estado determine para la habilitación y acreditación. Por otro lado necesita desarrollar formas de gestión efectivas y contención de costos. Es su máximo desafío promover altos niveles de calidad en la atención. Sólo sobrevivirá si se integra en redes de salud por complejidades crecientes, con intercambios fecundos, no sólo en la atención de los pacientes, sino en proyectos comunes de docencia e investigación.

3.3.2. Características de la oferta

Los servicios de salud se brindan a través de prestadores públicos y privados, con distribución dispar entre provincias. Estas, además de responsabilizarse de su gestión, soportan económicamente a los hospitales públicos. Esa distribución de la oferta pública no se corresponde con la proporción de la población sin cobertura. Por otro lado, la seguridad social del orden nacional (obras sociales nacionales y PAMI) contrata mayoritariamente con prestadores privados que funcionan sin una mayor integración vertical y con dos concentraciones: territorial, en los grandes centros urbanos y asistencial, en servicios especializados.

Como resultado de ello aparecen diferencias significativas dentro del país, en cuanto a: estado de salud de la población según su residencia y posición socioeconómica, gasto per cápita, accesibilidad y cobertura. "Estas disparidades son el reflejo de (i) un modelo de provisión pública que no logra garantizar el acceso a los servicios para la totalidad de la población pobre sin cobertura formal de seguros de salud; (ii) un modelo de organización de la seguridad social en salud (nacional y provincial) con serias restricciones para crecer y alcanzar sectores tradicionalmente desprotegidos, con retos crónicos de ineficiencia interna y con limitaciones en sus mecanismos de redistribución financiera; y (iii) la persistencia de subsidios cruzados regresivos entre los subsectores de la asistencia pública y la seguridad social".

El producto de ineficiencias de cada uno de los subsectores confluye en un comportamiento ineficiente del sector salud: a) la rigidez organizativa y falta de incentivos en el subsector público, como así también la concentración en la atención de alta complejidad en detrimento de la atención primaria que, en los presupuestos provinciales, no alcanza al 10 por ciento. b) en la seguridad social, la fragmentación de agentes de seguros, la creciente intermediación, el déficit crónico recurrente. c) el sector privado va concentrando financiadores, productores y prestadores y, por su naturaleza, de difícil integración con los otros subsectores.

Las características federales del sector y la complejidad de su articulación, dificultan la aplicación de las normas que lo regulan, produciendo vacíos legales importantes.

En este marco se desenvuelve el Hospital "Garrahan", como efector público pediátrico de referencia nacional, con sus particularidades pero no siendo ajeno al impacto de esta realidad en su funcionamiento.

3.3.3. Integración

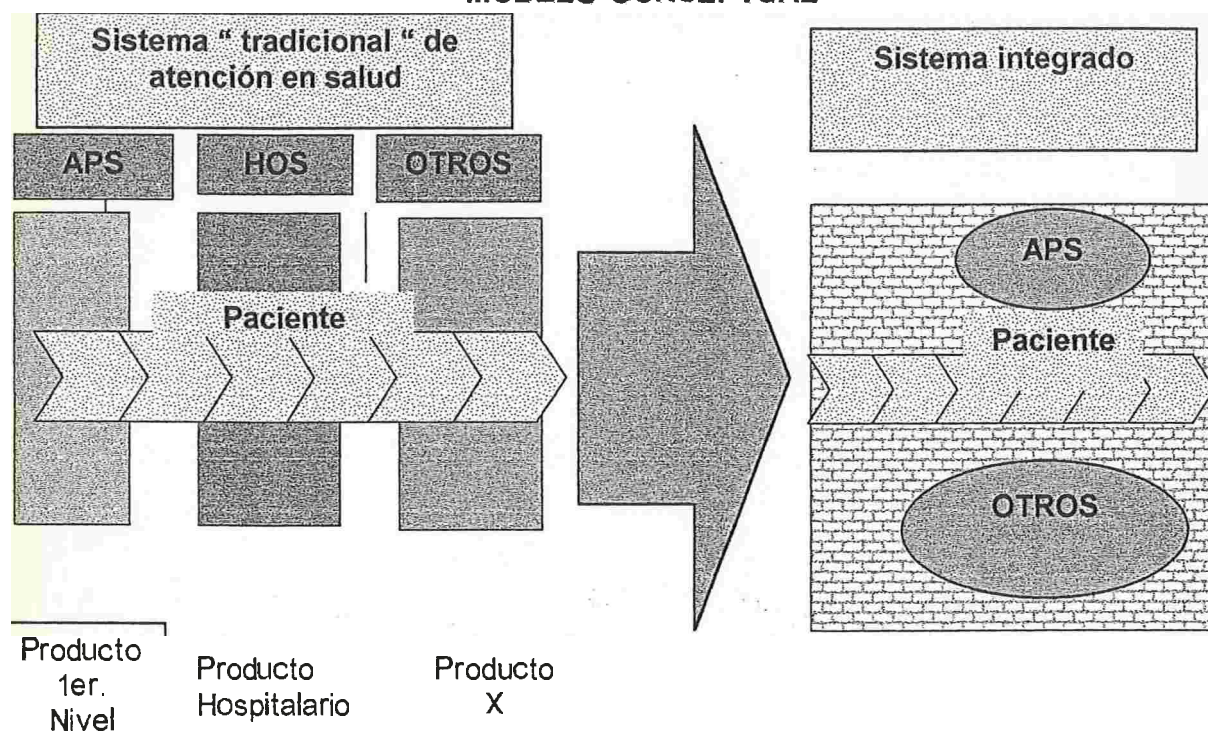
Las ventajas del trabajo en redes integradas están dadas por el aumento de la capacidad resolutive, la posibilidad de unificar los sistemas de información, así como la de estandarizar los mecanismos de compra y asignación de recursos.

Sin lugar a dudas es indispensable para mejorar el proceso de atención (continuidad e integralidad) así como fomentar la eficiencia en la utilización de los recursos y la accesibilidad al servicio.

Tiene como valor agregado permitir realizar una mejor docencia e investigación.

Para una adecuada conformación de redes de atención, se requiere una integración vertical, estructural, funcional y horizontal.

**Gráfico N° 1: INTEGRACIÓN DE SERVICIOS:
MODELO CONCEPTUAL**



Fuente: Elaboración propia

3.3.3.1. Integración Vertical

Se efectúa entre instituciones que pertenecen a diferentes niveles de atención. Tiene como objetivos la creación de sistemas de atención integrales, con capacidad de proveer servicios en base a la continuidad de la atención sanitaria.

Una mejora de la satisfacción del usuario, que percibe que el sistema de manera integral (no parcelada), homogénea y personalizada.

Incorpora la mejora de la satisfacción del profesional, agilidad de los flujos de trabajo, visión integral de la asistencia, evita duplicidades y otras situaciones que generen frustración entre los profesionales.

Hace eje en la eficiencia y redistribución de recursos y actividades con disminución de costos de transacción.

Sostiene un modelo de mayor efectividad que jerarquiza la gestión de la continuidad asistencial.

Se propone como instrumento de integración territorial de recursos humanos, tecnológicos, materiales, definidos en una creciente articulación de redes entre hospitales y enmarcados en la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

3.3.3.2. Integración estructural

Es necesario que la organización disponga del abanico de servicios necesarios para mantener y mejorar la salud de los ciudadanos.

3.3.3.3. Integración Funcional

Se refiere a la coordinación efectiva de los servicios. El flujo de pacientes entre instituciones de salud se ha de hacer de manera análoga al de productos intermedios entre empresas.

3.3.3.4. Integración Horizontal

Tiene lugar entre instituciones pertenecientes al mismo nivel de atención (grupos de hospitales, de centros de atención primaria, etc.) los objetivos perseguidos son:

- Alcanzar una dimensión de mayor desarrollo

Por medio de las mejoras en la eficiencia (economías de escala), que permita transformarlo en palanca estratégica para obtener recursos: atracción de profesionales, inversiones en equipamientos, etc. Así como desarrollar y fortalecer el nivel de atención.

- Ordenar los servicios existentes

Redistribuir flujos y permitir un mejor acceso de los pacientes, evitando duplicidades y mejorar la eficiencia global.

Se hace necesario un mayor posicionamiento e imagen, con optimización de la curva de aprendizaje.

Por otro lado es imprescindible una mayor contención de costos, especialización de productos, y mejor control sobre amenazas externas

Es una demanda ética generar una mayor cobertura poblacional con un portafolio de servicios diversificado que actúen en forma complementaria y sinérgica.

- Coordinación horizontal

Coordinación horizontal a través de colaboración asistencial, gestión conjunta y unificación de servicios o centros.

3.3.4. Tendencias

El rol de una organización hospitalaria implica seguir un patrón de interrelación, por medio del cual los individuos bajo una coordinación gerencial persiguen metas comunes.

Las metas son producto de un claro proceso de Planificación, incluyendo objetivos verificables y con un sentido estratégico. De ahí que la atención debe ser en pacientes agudos y en enfermos críticos.

Efectuar una contención en el crecimiento en camas hospitalarias, apoyado en un mejor desempeño hospitalario basado en evidencias científicas sustentables. El fortalecimiento del trabajo en equipo y como eje la interdisciplina aplicando protocolos y guías pautadas de atención médica, se hace un requisito necesario para el cuidado especializado ambulatorio y del paciente externado.

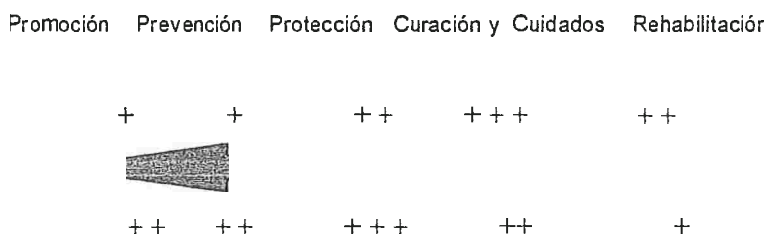
Es importante proponer el acceso de nuevas tecnologías a nivel domiciliario, con prácticas quirúrgicas ambulatorias y de mínimo acceso. Luego un adecuado cuidado post egreso y rehabilitación en el hogar y la comunidad (Hospital sin paredes), implementación de unidades diagnósticas y terapéuticas extrahospitalarias como diálisis, oncología, cardiovasculares, endocrinológicas, obstétricas, etc.

Por supuesto la vigencia en la conformación de Redes y la integración vertical y horizontal.

En el aspecto de la gestión hospitalaria, la aplicación de todas las herramientas de la gerencia, aplicando las técnicas de costeo hospitalario, uso adecuado de la información para la gestión, auditorías de gestión de calidad y evaluación por resultados.

En el aspecto macro el fortalecimiento del rol del Estado como garante de las políticas de salud, asignando el presupuesto necesario para garantizar los programas dentro de una agenda política referida al desarrollo humano local sostenible.

Gráfico Nº 2:
MODIFICANDO LA NATURALEZA DE LAS INTERVENCIONES



Organización Panamericana de la Salud, 2000 ²⁷

Una política de reforma primordial se traduce en el diseño de un nuevo modelo sanitario basado en la construcción de redes de atención y reconociendo su base primordial en la estrategia de atención primaria.

El modelo que se persigue es el de un sistema en el cual las personas pueden acceder a una red y no a servicios aislados, bajo la estrategia de atención primaria, en la que los distintos componentes actúen en función de las necesidades de los destinatarios.

Los componentes de la red son, en primera instancia, instituciones de gestión pública y complementariamente de gestión privada, organizadas por niveles de atención y localizadas con criterios de necesidad regional. El sistema tiene reglas comunes de participación de los efectores en el sistema.

Considerando la evolución histórica del sistema de salud, las características del federalismo argentino y los antecedentes en materia de aseguramiento provincial, se entiende aquí que la solución a las debilidades

actuales del sistema de atención pública de la salud, no surgirá de una creación mágica destinada a resolver los serios problemas que la afectan.

Se propone, en cambio, seguir un **sendero de reformas** que tiendan a la paulatina integración de los subsectores. Este sendero se podrá consolidar trabajando, por un lado, sobre la afirmación de un sistema federal de salud que mejore la equidad regional, y por el otro, en la integración y articulación del sector alrededor de la reforma de la atención pública y promoción de la atención primaria."

Su vigencia y sustentabilidad en el tiempo esta vinculada a la concurrencia de un conjunto de normas y modalidades organizativas, administrativas y de financiamiento que de hecho orientan e incentivan la conducta de profesionales y pacientes.

Su aplicación exige una identificación geopoblacional de la cobertura, según tipo de patología y servicio y un examen del marco organizacional y financiero en que se desenvuelven los servicios. Dicha implementación supone el reconocimiento de las modalidades operativas de los profesionales, las prácticas sanitarias de la población así como la implementación de la capacitación y la normatización teniendo en cuenta tales realidades.

El simple voluntarismo expresado en términos de normas aisladas de un contexto cultural y articuladamente organizado están destinadas a repetir la vacuidad y la ineficacia del actual marco normativo.

3.4. Medios de comunicación

La tecnología agrega actualmente posibilidades interactivas de comunicación a los sistemas de salud. La Oficina de Comunicación a Distancia (OCD) del hospital Garrahan materializó el aprovechamiento de la tecnología comunicacional como modalidad innovadora en el sistema de referencia

contrarreferencia. Como parte del trabajo se analizará el funcionamiento de la OCD y su participación en la atención de casos de AIJ.

El Hospital de Pediatría Juan P Garrahan inaugurado en 1987, fue diseñado como un Hospital de alta complejidad. Dado que es un centro de referencia nacional, 30% de sus egresos provienen del interior del país.

En los últimos años, modernos sistemas de comunicación han abierto la posibilidad de mejorar el acceso al cuidado de la salud de pacientes que residen en zonas alejadas, al facilitar la consulta médica a los centros especializados, difundiendo cada vez más la práctica de la telemedicina, definida como la medicina practicada a la distancia.

Teniendo en cuenta lo antedicho, se creó la Oficina de Comunicación a Distancia (OCD), cuyos resultados alcanzados justifican la presentación del siguiente proyecto.

La OCD realiza las siguientes actividades:

- Responder a consultas sobre diagnóstico o tratamiento de pacientes.
- Realizar el seguimiento conjunto del paciente en su lugar de origen con profesionales locales y del hospital.
- Facilitar y complementar el intercambio sobre diagnóstico, evolución y seguimiento del paciente que egresa del hospital.
- Admisión por Hospital de Día Polivalente en los casos que se requiera derivación para diagnóstico o resolución interdisciplinaria.
- Recibir estudios a distancia.
- Ofrecer información sobre normas de diagnóstico y tratamiento.
- Efectuar búsqueda y envío de bibliografía

Transcurridos 8 años de experiencia de trabajo en la OCD, conectados con 59 hospitales de todo el país, los resultados obtenidos son:

- 9155 consultas.
- 90% (8239) de los pacientes consultados, se resolvieron en el ámbito local,

sin necesidad de derivación.

· Del 10% restante, sólo requirió internación el 3%. El 7% se resolvió por el sistema de Hospital de Día. Traslados evitados: 8239. Representan 13.182.400 kms. Estimación de ahorro en traslado de pacientes: 450 pesos/paciente.

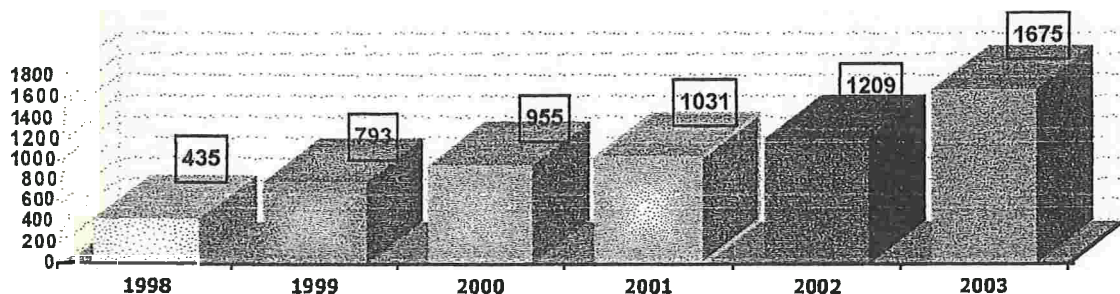
Teniendo en cuenta una distancia evitada de 1600 kms (promedio entre el punto más lejano y el más cercano) y considerando que se trasladan ambos padres con el paciente.

Ahorro total: 3.707.550 pesos. Estimación de ahorro en internaciones evitadas:

Ahorro total: 19.773.600 pesos.

Se considera una internación promedio de 8 días, con un costo promedio día/cama de 300 pesos. No se considera el costo del lucro cesante de la familia.

Gáfico N° 3: CONSULTAS OFICINA DE COMUNICACIÓN A DISTANCIA



Fuente: O.C.D. Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

Esta estructura organizada y en funcionamiento, será la plataforma para desarrollar una base de datos de los pacientes con AIJ, aprovechando de esta manera los componentes instituidos en cuanto

3.5. Sistema de Información

Un sistema de información ágil, permite un flujo de datos que colabora con la modalidad de referencia y contrarreferencia. En tal sentido, sería conveniente estudiar una población de casos con AIJ, a fin de relevar características de ellos, su grupo familiar y los profesionales tratantes:

Tabla N° 1: VARIABLES A ESTUDIAR

E. retrospectivo

Año: 2004

N° de consultas en Htal zonal

N° de consultas en Htal Garrahan

N° de interconsultas atendidas en Htal zonal

N° de interconsultas atendidas en Htal Garrahan

Fuente: elaboración propia

Las variables de la Tabla mencionada a ponderar:

N° consultas en hospital zonal: expresa el nivel de seguimiento en su lugar de residencia, considerando el lapso en el que se efectuaron (fecha de la primera y la última) y las especialidades que intervinieron.

N° de consultas en hospital Garrahan: es la participación en la evaluación diagnóstica del hospital de alta complejidad.

N° de interconsultas atendidas en hospital zonal: sus resultados deben ser validados por las condiciones de la enfermedad en el paciente.

-N° de interconsultas atendidas en hospital Garrahan: es el principal motivo del traslado del paciente, por decisión de sus familiares.

En las instituciones de salud toda intervención de análisis tiene un sesgo de influir sobre lo que se estudia, por ello estos instrumentos propuestos actúan, por un lado, para relevar esa información y por el otro para completar

aquellos datos omitidos. Identificar al médico tratante cuando no surja de las historias clínicas respectivas, registrar acciones diagnósticas o terapéuticas realizadas en el lugar de residencia del paciente o enriquecer los datos filiatorios del núcleo familiar.

4. Conclusiones

Hay un camino a recorrer entre los resultados de la atención y los modelos de atención. Para ello hay que dar pasos, logros, en esa dirección para acortar la distancia.

El modelo de referencia y contrarreferencia a través del cual circulan los usuarios por los tres niveles de complejidad en que se organiza la atención primaria de la salud, presenta dificultades en su implementación. Preocupación presente en los sistemas de salud de diversos países de América Latina y también en Argentina.

Existen obstáculos para el acceso a los servicios de salud y medicamentos. El principal es la falta de dinero para comprar medicamentos o para pagar los gastos asociados con los servicios. El segundo es la falta de cobertura seguida por fallas en la gestión de los servicios. Como consecuencia de ello, continúa un alto grado de gasto de bolsillo.

En general se concluye que: la información necesaria para la asistencia de pacientes que requieren la participación de instituciones de distintos niveles de complejidad, no es suficiente y la comunicación entre profesionales de esas instituciones es escasa. Todo ello con un fuerte impacto en la continuidad del seguimiento de los usuarios que padecen de esas enfermedades y su núcleo familiar y un mal aprovechamiento de los recursos de salud destinados a su tratamiento.

A partir de lo señalado aparecen como recomendaciones principales: no es útil ni recomendable promover en forma aislada, sin considerar su contexto de aplicación, normas de referencia y contrarreferencia.

Realizar un diagnóstico del estado de aplicación de la referencia y contrarreferencia, permitirá probablemente ratificar la conveniencia del sistema y la necesidad de mejorar este mecanismo; en definitiva, mejorar la calidad de atención de sus usuarios.

La utilización de casos trazadores en este trabajo, pretende constituirse en un instrumento concreto para evaluar ese modelo de circulación de pacientes.

En salud, en general, cuando se realizan análisis también se producen acciones sobre las áreas a estudiar. Por ello un trabajo exploratorio también lo es propositivo en cuanto a desarrollar acciones futuras que corrijan los desvíos encontrados.

Mejorar la comunicación entre los profesionales que intervienen en la atención de pacientes con AIJ, mejorará la calidad de atención de los mismos y éste es el fin de todo modelo de atención.

ANEXOS

ENCUESTAS

PARA PACIENTE:

ENCUESTA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ)

1. ¿Tiene médico de cabecera? Si () No ()
2. Si la respuesta es afirmativa, indique:
N. y Apellido del M. de C.:
Domicilio:
Teléfonos:
e-mail:
3. ¿Cuántas consultas realizó al Hospital Zonal (HZ) en el último año?
4. ¿Y a su médico de cabecera?
5. ¿Cuántas consultas relacionadas con la enfermedad realizó en el (HZ) en el último año?
6. ¿Y a su médico de cabecera?
7. ¿Cuántas consultas relacionadas con la enfermedad realizó en el Htal. Garrahan?
8. ¿Hay otro/s profesional/es que se ocupa/n de su hijo? Si () No ()
* Kinesiólogo, Psicólogo / Otro médico: Generalista / Pediatra / Especialista / etc.
9. En caso afirmativo, menciónelos.
10. Considera: (a) Muy Importante/ (b) Necesario/ (e) Indiferente/ (d) Innecesario, tener un médico referente local (Médico de Cabecera) durante el seguimiento y tratamiento que está efectuando en este Hospital.
11. En caso de responder (a) o (b): ¿Es factible encontrarlo en su zona?

Observaciones:

Datos Centro Asistencial de Referencia del paciente:

PARA MÉDICOS DE CABECERA

A propósito del paciente:

Nombre y Apellido:

1. ¿Concurre regularmente al consultorio? Si () No ()

2. Usted lo atiende : Mensualmente ()
 Al menos una vez cada tres meses ()
 Al menos una vez cada seis meses ()
 Al menos una vez al año ()

3. ¿Cuántas veces se ha comunicado con el especialista en el último año?

4. ¿Usted a intentado comunicarse y no ha podido hacerlo? Si () No ()

5. Para 3 y 4: ¿A través de que modalidad ?

TE() Fax() mail() Personalmente() Carta() Nota llevada por el paciente()

6. ¿Ha tenido necesidad de atender a su paciente sin la colaboración del especialista como hubiera deseado? Si () No ()

7. ¿Tiene dificultades para el adecuado seguimiento de su Pte? Si () No ()

8. En caso afirmativo, detalle las mismas.

9. ¿Qué información quisiera tener acerca de su paciente, que facilite un mejor seguimiento de su enfermedad?

10. ¿Considera ventajoso para el paciente que usted participe activamente en el seguimiento de su enfermedad? Si () No ()

11. ¿Está Ud. dispuesto a participar en un programa para evaluar los beneficios y las potenciales dificultades de un seguimiento conjunto de la patología del Pte., en cuya discusión y conclusiones nos comprometemos en hacerlo partíci e? Si () No ()

Nos comprometemos asimismo en poner a su alcance todos los elementos de juicio disponibles para esta tarea.

Observaciones.

Datos Centro Asistencial de Referencia:

PARA HOSPITAL

Paciente

Apellido, Nombre:

Historia Clínica:

Fecha de Nacimiento . / . / .

Domicilio:

Provincia:

Teléfono:

e-mail:

Datos de la Familia

Hermanos:

Obra social: Si () No ()

Plan trabajar: Si () No ()

Abandonos del Tto. Si () No ()

Adherencia al Tto. Si () No ()

Médico de Cabece ra

Apellido, Nombre:

Domicilio:

TE. Particular:

Celular:

TE. Laboral:

e-mail:

Otros profesionales tratantes

Apellido, Nombre:

Domicilio:

TE. Particular:

Celular:

TE. Laboral:

e-mail:

Diagnóstico:

Tratamiento efectuado:

Drogas:

Rehabilitación:

Consultas realizadas el último año en el Hospital Zonal

Relacionadas con la enfermedad:

Consultas realizadas en el ultimo año al Medico de Cabecera

Relacionadas con la enfermedad

Consultas realizadas el ultimo año en el Garrahan relac. con la enfermedad:

Por otras patologías

Observaciones:

Datos Centro Asistencial de Referencia del paciente:

Referencias Bibliográficas

- ¹ Kessner, Evaluación de la Calidad de la Salud por el método de los procesos trazadores, New England Journal of Medicine, 1973.
- ² Lejarraga, Horacio.-Archivos Argentinos de Pediatría, 2001;99(5)/385
- ³ Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007.- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Mayo 2004.
- ⁴ OPS. Grupo de Trabajo del Programa de Desarrollo de Servicios de Salud y Grupo Inteprogramático SILOS. Washington, DC, 1988.
- ⁵ Rovere, Mario.- Curso de Alta Conducción, Secretaría de Salud del GCBA. 2004.
- ⁶ Beca Carrillo-Oñativia 2002 sobre Programas Sanitarios con Apoyo Institucional. Resumen Ejecutivo del Informe Final. Becario: Julio Norberto Bello
- ⁷ Sansó Soberats, Félix.- Rev. Cubana Med. Gral. Integral. V.18 n.3 Ciudad de La Habana. Mayo-jun 2002
- ⁸ Socios para la Reforma del Sector Salud. Cartillas de Políticas. Resumen Ejecutivo Panamá, Agosto 2004. www.phrplus.org/Pubs/exec3s.pdf
- ⁹ El Sector Salud Argentino: Situación actual y opciones para mejorar su desempeño. Reporte N° 26144-AR, Documento del Banco Mundial.