

Universidad Nacional de La Plata
Facultad de Ciencias Médicas

MAESTRIA EN SALUD PUBLICA
Orientación en Sistemas Municipales

Maestrando **Méd. Martín Silberman**
Directora de Tesis **Prof. Dra. Graciela Etchegoyen**

**Optimización del proceso
de Referencia –Contrarreferencia
entre niveles de atención de la salud**

Evaluación de la implementación
de un sistema de comunicación electrónico.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	Pág. 4
2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	Pág. 6
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	Pág. 7
4. FUNDAMENTACION	Pág. 12
5. MARCO TEORICO	Pág. 15
a. Sistemas de Atención de la Salud	Pág. 15
b. Procesos de Reingeniería	Pág. 26
c. Concepto de Redes	Pág. 31
6. MATERIAL Y METODOS	Pág. 35
a. Ámbito de desarrollo del estudio	Pág. 35
b. Hospital y área programática seleccionada	Pág. 38
c. Diseño. Tipo de estudio y diseño general	Pág. 44
d. Universo y unidades de análisis	Pág. 45
e. Identificación de variables	Pág. 46
f. Intervención propuesta	Pág. 50
g. Recolección y análisis de los datos	Pág. 54
7. RESULTADOS	
a. Previos a la implementación	Pág. 56
1- Estructura	Pág. 56
2- Procesos:	Pág. 59
3- Obstáculos a la referencia	Pág. 63
4- Desarrollo de la red	Pág. 68
b. Posteriores a la implementación	Pág. 72
8. COSTOS	Pág. 76
9. LIMITACIONES AL ESTUDIO	Pág. 79
10. DISCUSIÓN	Pág. 80
a. POTENCIALIDADES	Pág. 85
11. CONCLUSIONES FINALES	Pág. 86
12. BIBLIOGRAFIA	Pág. 88
13. ANEXOS	Pág. 93

I / INTRODUCCIÓN

El estudio de los procesos de atención de la salud se ha transformado en un campo muy amplio donde confluyen muchos actores e intereses. El interés de los financiadores, sean estos estatales o privados, buscando la eficiencia y/o la efectividad de sus acciones con una visión de mercado. El de los efectores, en búsqueda de la eficacia, calidad, eficiencia; y en caso de ser de índole privado, también el lucro. Y por último los de la población, en búsqueda de la mejor atención posible (comprensiva, humanizada, integral, holística, etc.), con los mejores resultados y en el menor tiempo posible.

En este terreno, se generan tensiones y conflictos debido a que no siempre los objetivos de un efector satisfacen las demandas de un paciente individual; de la misma manera, los efectores deben cumplir objetivos que muchas veces confrontan con los de los financiadores.

Esta ejemplificación no intenta simplificar conceptos que han sido estudiados por diversos autores y aún hoy están sujetos a análisis y revisiones, sino introducir al tema de los Sistemas de Atención de la Salud y los actores que intervienen en ellos.

En este trabajo se ha pretendido realizar cambios que signifiquen mejoras objetivables en beneficio de los pacientes, y que a la vez impacten positivamente a los efectores y financiadores.

Este esfuerzo ha sido realizado para ampliar el conocimiento en un campo de estudio reciente sobre todo en nuestro país, como es el de la Investigación en Sistema y Servicios de Salud; el mismo debe

ir acompañado de decisiones de parte de los actores que ejercen la conducción de los subsistemas aquí enunciados.

En esta búsqueda hemos podido observar que los actores reaccionan positivamente a los cambios una vez que demostramos que el mismo no interfiere con los intereses propios de su origen. Esto puede ser evidenciado ya que el desarrollo de la presente propuesta ha sido realizada gracias a la voluntad de los profesionales, y del personal administrativo tanto de los Centros de Salud municipales como del Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero. Reforzando la idea de que son posibles los cambios con la participación del personal, en la medida que los cambios signifiquen mejoras para el sistema.

II / OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El propósito general de este trabajo es la de evaluar la implementación de un sistema de comunicación entre un efector de segundo nivel, de dependencia provincial, con los Centros de Salud ubicados en su área de referencia.

Objetivo general

Evaluar la implementación de un sistema de comunicación electrónico (Home Mail) sobre la organización del proceso de referencia-contrarreferencia entre el 1° y 2° nivel de atención

Objetivos específicos

Describir el proceso de referencia y contrarreferencia entre el 1° y 2° nivel de atención de la salud, caracterizando sus pasos desde el momento en que el paciente llega al primer nivel, es atendido y requiere derivación al segundo.

Analizar la referencia contrarreferencia en función a su estructura, procesos, resultados y satisfacción del usuario.

Identificar los inconvenientes más frecuentes del proceso atribuibles a fallas en la comunicación.

Identificar los cambios producidos en el proceso de referencia contrarreferencia posterior a la implementación de un sistema de comunicación electrónica.

III / PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción del Problema

La extensión de la cobertura de los servicios de salud para toda la población con equidad se logra a través del incremento de la accesibilidad de los grupos humanos postergados (1). Un Sistema de Salud Basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población y que promueven la equidad (2). Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hace énfasis en la prevención y en la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema. Será necesario, por lo tanto, que el esfuerzo hacia la descentralización y el desarrollo del nivel local, como estrategia para lograr la reorganización y reorientación del sector, se acompañe de un movimiento científico-participativo de creación y renovación de políticas, conceptos y métodos(3). Este es uno de los ejes de la estrategia de Atención Primaria de la salud (A.P.S.) y consecuentemente de los sistemas locales de salud (SiLoS) (4).

En este sentido, considerar la atención primaria como una estrategia implica la reorganización de la red de servicios como condición para alcanzar la equidad y la eficiencia social. Estos últimos puntos son de vital importancia para poder alcanzar los Objetivos del Milenio. (5)

En esta línea, en la búsqueda de lograr mayor eficiencia y eficacia en el uso de los recursos, la red de servicios de salud tiene que ser organizada en escalones de complejidad estructurados según niveles de atención. Estos son definidos a partir de las funciones de producción, buscando optimizar el uso social de los recursos y garantizar su productividad e impacto. (6)

Sin embargo, la sola organización del sistema en niveles de complejidad creciente no garantiza ni la accesibilidad ni la integralidad en la atención.

Esta integralidad se logra con acciones combinadas de actividades de promoción, prevención, cura y rehabilitación sobre las personas, familias y sus ambientes colectivos como escuelas o lugares de trabajo. (7)

El concepto de niveles de atención se basa en que existe una necesidad de asistencia originada en una situación o problema de salud específicos, y un grado de complejidad necesario para lograr la capacidad de resolución adecuada en términos de sistema de salud, determinando el tipo de servicio que debería ser ofrecido para satisfacer esa necesidad. De ese modo, se presupone la existencia de una relación de eficacia y eficiencia entre la complejidad de un problema de salud y la de los métodos y técnicas requeridos para atenderlos (8).

Los problemas o necesidades que se presentan más frecuentemente requieren tecnologías simples. En la medida en que las respuestas a una determinada necesidad en salud escapan a la capacidad tecnológica de un nivel de atención, deben quedar bajo la responsabilidad de un nivel de mayor complejidad. Esta forma de adecuar progresivamente los recursos y la tecnología a las necesidades, se relaciona también con el tamaño de los grupos de población y su ubicación geográfica, quedando las tecnologías relativamente más simples más cerca de la población, con una mayor accesibilidad geográfica y cultural; mientras que los recursos más complejos y costosos se concentran en establecimientos hospitalarios, buscando mayor eficiencia en su uso.

El ordenamiento de la oferta de servicios según clasificación y grado de prioridad de las demandas y necesidades de salud y de las funciones de producción pertinentes, implica de hecho la organización de un sistema de referencia y contrarreferencia que asegure acceso oportuno y universal al nivel de atención que corresponda para el problema que se intenta resolver. La optimización de la referencia y contrarreferencia entre niveles

de atención conlleva la disminución de los obstáculos o barreras que se interponen entre la búsqueda de atención por parte del paciente y el logro de la misma.

Este es un punto importante, ya que debe efectuarse la integración funcional de los recursos, de acuerdo con su complejidad y capacidad de resolución, respetando las particularidades de operación y la diversidad de intereses originados en las distintas dependencias administrativas de los servicios a través de un proceso de programación en cada sistema local de salud.

Esta integración entre niveles deberá ser reformulada a partir del conocimiento de la problemática actual, de mensurar las acciones de salud que se están llevando adelante para establecer si la dirección es la correcta. La integración entre niveles asistenciales funcionando como red coordinada de servicios que proporcionan la continuidad asistencial a una población determinada tiene más ventajas sanitarias y económicas que inconvenientes. (9)

Por lo expuesto es deseable la reorganización del sistema de salud desde el punto de vista de la búsqueda de la cobertura total en salud de la población como una primera dimensión del problema. Desde otro punto de vista es obligación del Estado la búsqueda de la eficiencia y la eficacia en el uso de los recursos integrando los mismos a un sistema que funcione en red, por lo que la necesidad de formación de la red integrada de servicios de salud debe ser otra dimensión de análisis del problema.

La falta de coordinación en el Sistema de Salud afecta directamente al total de la población que queda bajo su área de cobertura. Lo hace directamente en su salud, debido a la incorrecta solución de los problemas e indirectamente ya que genera gastos directos de bolsillo ya sea en traslados innecesarios en la búsqueda de mayor complejidad o en el uso del subsistema privado o en la compra directa de medicación. Todas

situaciones que impactan negativamente en la salud general de la población.

Se ha visto, en el análisis del problema, una gran dificultad en los organismos rectores de la salud en todos los niveles al momento de intentar introducir cambios organizativos debido a las grandes resistencias que se generan en su seno y a la organización fuertemente centralizada del Sistema de Salud.

Por otro lado la tendencia del mismo es al aumento ya que los sistemas hospitalarios no resisten el aumento sostenido de consultas que genera la falta de articulación entre niveles de salud.

En la Provincia de Buenos Aires, se ha visto en muchas oportunidades la ausencia de una organización clara en torno a niveles de atención de complejidad creciente. Se observan en algunos municipios la presencia de efectores de segundo nivel de dependencia municipal cercanos geográficamente al efector de segundo nivel provincial y alejados e incomunicados de los Centros de Salud.

Se ha observado también en la provincia, sitio en que se lleva a cabo el trabajo, heterogeneidad administrativa con un primer nivel en un 100% municipal, y hospitales de segundo nivel municipales, conviviendo a veces en un mismo municipio con hospitales provinciales.

Se ha centrado el análisis en la ciudad de La Plata, ciudad capital de la Provincia, República Argentina. Esta elección se basa en que el sistema de salud de esta ciudad puede ser considerado un paradigma en cuanto a gran oferta de servicios de salud en cantidad y complejidad, y al mismo tiempo insatisfacción de los pacientes en cuanto a problemas de accesibilidad y cobertura. A la vez en la ciudad se entremezclan diversos factores. Por un lado se ubica la sede del Ministerio de Salud de la Provincia, organismo

rector de la salud en la provincia,. Esto en principio no modifica la situación en cuanto a la organización, pero debería actuar como aliciente a que el sistema esté mas y mejor controlado en la ciudad. Por otro lado existe una oferta hospitalaria sobredimensionada para la ciudad pensada para derivación de problemas complejos en todas las especialidades de la provincia toda.

En el otro extremo de análisis se encuentran los Centros de Salud municipales que trabajan en solitario de manera endogámica relacionándose solo con estructuras municipales de manera formal y sin tener relación con esta estructura provincial mencionada.

IV / FUNDAMENTACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) en su Informe sobre la Salud en el mundo 2003, exhorta a asentar el esfuerzo de los sistemas de salud en los principios básicos de atención primaria esbozados en Alma Ata en 1978. Entre otras acciones propone "acceso y cobertura universales en función de las necesidades. Asimismo propone como objetivo el acceso Universal con la perspectiva de desarrollar sistemas de atención sanitaria impulsados por la atención primaria. Estos esfuerzos deben apuntar a asegurar el acceso universal al total de la población a servicios de atención sanitaria de alta calidad. La aceleración del movimiento histórico hacia la cobertura universal asegurará que las mejoras generales de los sistemas de salud no oculten las desigualdades, o contribuyan a un aumento de las mismas. (10)

Por otro lado, en Argentina, el Consejo Federal de Salud en conjunto con el Ministerio de Salud de la Nación realizaron un documento en el año 2004 titulado "Bases del Plan de Salud 2004 - 2007" en el que propone como uno de los objetivos primordiales el diseño de un nuevo modelo sanitario basado en la construcción de redes de atención y reconociendo su base principal en la estrategia de atención primaria (11). La estrategia a seguir es, entonces, el asegurar la cobertura efectiva de atención primaria de la población. En el mismo documento propone como estrategia reducir las desigualdades más marcadas en el acceso a recursos de

salud y en los resultados sanitarios, en cuanto a los principales problemas evitables.

También postula que el modelo que se persigue es el de un sistema en el cual las personas puedan acceder no a servicios aislados sino a una red y en la que los distintos componentes actúen en función de las necesidades de los destinatarios. (11) . Por consiguiente es un objetivo primordial el estudio de la accesibilidad a los sistemas de atención de la salud, tanto como problema mundial como a nivel de nuestro país.

El tratamiento de esta problemática debe ser orientada hacia el hallazgo de estrategias que permitan la disminución de las barreras que limitan la accesibilidad y de esa manera contribuir a aumentar la cobertura en salud de la población.

Además de proponer modificaciones del sistema de atención de la salud, es necesario incorporar al paradigma de la Atención Primaria de la Salud, el concepto de redes integradas de salud de complejidad creciente. Este permite evaluar la red como unidad de análisis de manera de poder evaluar intervenciones que mejoren la accesibilidad no solo al primer nivel sino accesibilidad entre niveles y en cuanto a la continuidad de la asistencia en caso de ser necesario.

V / MARCO TEÓRICO

El presente trabajo avanza sobre tres ejes conceptuales que se ponen en discusión en este apartado.

Por un lado se quiere incidir sobre el Sistema de Atención de la Salud, lo que nos obliga a fundamentar y conceptualizar el modelo teórico. Por otro lado se intenta realizar cambios profundos en la estructura organizativa denominados “Reingeniería de procesos”, lo que se expone en el punto B. Por último se refuerza el trabajo mancomunado organizado en redes de complejidad creciente, por lo que desarrollamos en el punto C, la perspectiva utilizada para tratar dicho tema.

A. Sistemas de atención de la Salud

Para nuestro análisis, utilizaremos el concepto de Atención Médica, que la circunscribe a "la totalidad de los servicios que se prestan directamente a las personas para la atención de la salud, incluyendo a las tradicionales actividades de promoción, protección, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación. (12).

El siguiente trabajo intentará profundizar en el sistema de referencia y contrarreferencia entre el primer y segundo niveles de atención mirado desde la óptica de la accesibilidad. Esto es considerar a la referencia – contrarreferencia como un proceso indispensable que se da al interior del establecimiento de salud una vez lograda la entrada al mismo. Esto limita nuestro análisis al punto que va desde el inicio de la atención y la continuidad de la misma, abarcando una parte del dominio intermedio de la accesibilidad.

Para la organización, implementación y evaluación de un sistema de atención de la salud, se deberán tomar en cuenta las siguientes variables a saber:

La población. Las características demográficas, estadísticas, sociológicas, antropológicas, etc., deberán integrarse en un análisis global que permita observar y conocer a la población en su totalidad.

Todo sistema de atención de la salud deberá adquirir determinadas características de acuerdo con las particularidades de la población. A la vez, dada la fluidez y los cambios sociales que caracterizan a nuestra época, sobre todo en países en desarrollo, deben tener la flexibilidad suficiente para adaptarse a tales modificaciones.

La necesidad, demanda y utilización de los recursos como ya hemos visto, las características de la población son fundamentales para determinar el sistema de atención, ya que esas características expresan necesidades diferentes de atención.

En este punto debemos definir el concepto de necesidad de atención que tiene una población o un individuo, ya que ella puede ser erróneamente asociada a la demanda de salud que ejerce esa población o individuo. La demanda es solo una parte de esa necesidad que se traduce en voluntad de requerir atención y que cuando hace uso efectivo de los servicios se traduce en "Utilización".

Aunque el mayor uso está relacionado por una mayor necesidad, ya que las clases sociales bajas se asocian con mayor utilización, estos grupos menos favorecidos reciben una atención insuficiente en cantidad y calidad. Esto marca una clara diferencia entre utilización y necesidad de atención. (13)

Esta concepción de la necesidad como concepto epidemiológico incluye, además de la demanda espontánea, a la demanda potencial de la morbilidad percibida, a la morbilidad no percibida e incluso a la vulnerabilidad por presencia de factores de riesgo de una población aparentemente sana.

En relación con el concepto epidemiológico de necesidad surge una visión del proceso de atención de la salud que va más allá del momento en que se produce la interacción

entre el paciente y el efector de salud, sino que incorpora al proceso al momento en que surge la necesidad, al momento en que esa necesidad se percibe y se traduce en deseo de atención y al momento en que comienza la búsqueda de esa atención.

El siguiente es un esquema que intenta graficar el proceso de atención de la salud con sus fases.

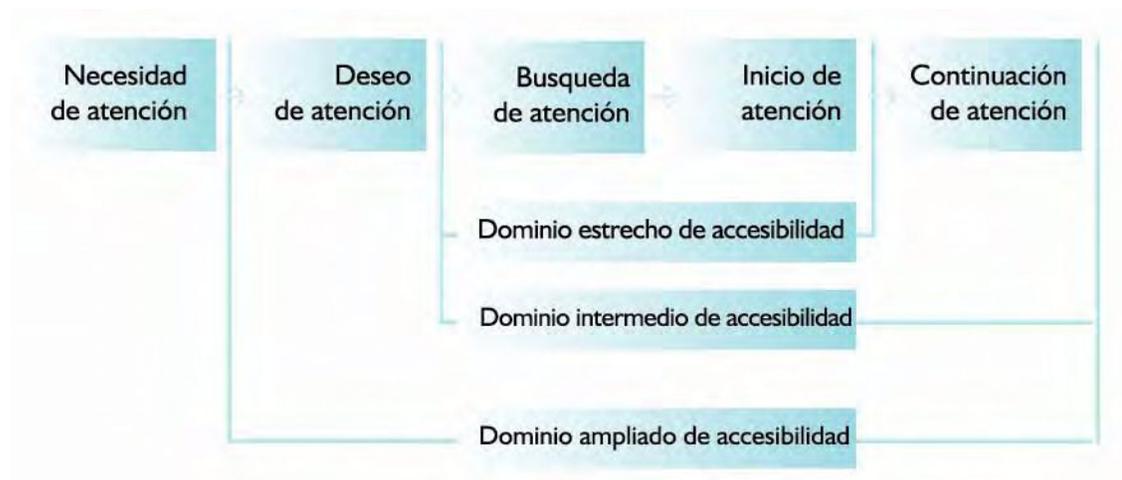


Fig. 1. Proceso de Atención de la Salud con sus dominios^a

El proceso comienza con la **necesidad** de recibir atención que dependerá de múltiples factores: edad, sexo, nacionalidad, condición socioeconómica, etc.

El hecho de que esa **necesidad** sea “sentida” por la población y se traduzca en un **deseo** de recibir asistencia dependerá de otra clase de factores de tipo culturales, educacionales, etc.

Para que ese **deseo** lleve a la **búsqueda** de asistencia ya involucra condiciones externas al individuo como experiencias previas, y también factores socio culturales. El punto clave en este esquema es el momento en el que el individuo que desea ser atendido, inicia la **búsqueda** y de esa búsqueda se transforma en el **inicio** de la asistencia.

^a Frenk J. Concepto y medición de la accesibilidad Salud Pública de Mexico 27(5):438-453, 1985.

Para luego, si es necesario, tener una vez iniciada la atención una **continuidad** de la misma.(14).

El análisis del presente trabajo se centrará principalmente en este último dominio del proceso que vá desde que se produce la atención hasta que el paciente accede a la **continuidad** de la misma, en el nivel superior de referencia.

Para continuar el análisis del proceso de Atención de la salud, debemos diferenciar y definir claramente los conceptos de Cobertura y Accesibilidad.

Cobertura: Resultado de la efectiva y organizada oferta de servicios básicos de salud que cubren las necesidades de la totalidad de la población, son provistos en forma continua, en lugares accesibles y en una forma aceptable a la población. A la vez, facilita el acceso a diferentes niveles del sistema de salud. (15).

Accesibilidad: se entiende por accesibilidad al “grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos de atención de la salud" (14).

Hay características de la oferta o de los recursos, que son estructurales que impiden o facilitan el acceso de la población al sistema de salud.

Por otro lado hay características de la población (demográficas, epidemiológicas, socioculturales y económicas entre otras) que también impactan en el acceso.

En la figura 4 se observan diferentes niveles de evaluación de la accesibilidad a la atención, ellos derivan de diferentes visiones de los alcances del concepto. Algunos se ocupan solamente del llamado **Dominio Estrecho de la Accesibilidad**, aquí el análisis se centra en los factores que obstaculizan o facilitan los procesos de búsqueda y obtención de la atención de la salud. Una ampliación sencilla es la de incluir en el dominio de a accesibilidad, no solo al contacto inicial con el sistema de atención de la salud sino también los contactos continuados a lo largo de un episodio, **Dominio Intermedio** de la accesibilidad. Parte de este dominio intermedio de la accesibilidad es el que elegimos para analizar en nuestro trabajo. Cuando el paciente consiguió la atención en el primer nivel y requiere continuarla en el segundo sea por la razón que

fuera, ya que es en este donde se evalúa en detalle el proceso de referencia - contrarreferencia.

Por último, una ruptura conceptual importante surge cuando las causas del deseo de atención se consideran también como parte del alcance de la accesibilidad,

De esta relación entre la accesibilidad y la cobertura va a quedar determinada la calidad de la atención de la salud de la población. (16).

La accesibilidad y la cobertura se pueden graficar en una serie de eventos relacionados (17).

1. **Recursos en calidad y cantidad.**
2. **Accesibilidad geográfica, económica, cultural, de esos recursos a la población.**
3. **Aceptabilidad por parte de la población.**
4. **Relevancia de esos recursos con las necesidades de la población.**
5. **Utilización adecuada de esos recursos.**

Por lo expuesto podemos decir que en un extremo se encuentra la disponibilidad entendida como la presencia física de los recursos para la salud, teniendo en cuenta su capacidad de producir servicios.

En el otro extremo se ubica la utilización de los servicios que es el consumo real de los mismos, ya que la sola disponibilidad no implica utilización.

En el medio de estos dos extremos y determinándolos se encuentra la **Resistencia** que es lo opuesto a la disponibilidad y se define como el conjunto de *obstáculos* a la búsqueda y obtención de la atención, que se originan en los recursos de atención.

De esta relación surge un nuevo concepto denominado **Disponibilidad efectiva** (Tabla I) que es la disponibilidad corregida según la resistencia que oponen a la búsqueda y obtención de los servicios.

Disponibilidad, Resistencia y Disponibilidad efectiva son todos atributos de los recursos de atención.

Por otro lado el **acceso** es la capacidad del usuario para buscar y obtener atención, también denominado poder de utilización.



Tabla I. Relación entre disponibilidad y resistencia de los recursos.

Clasificación de obstáculos según su fuente

Obstáculos Ecológicos localización de la fuente (distancia, y tiempo de transporte).

Obstáculos Financieros Precio que cobra el proveedor.

Obstáculos Organizativos

I. Obstáculos organizativos a la entada

Propiedades que obstaculizan el contacto inicial con el sistema de atención de la salud (demoras para obtener el turno).

2. Obstáculos organizativos al interior del establecimiento

Obstáculos organizativos que interfieren con la recepción oportuna de atención una vez que el paciente está dentro de un establecimiento de salud (**tiempo de espera para ver al médico u obtener servicios complementarios**)

3. Dominio intermedio Obstáculos a la salida que impiden la continuidad de la atención.

Las diferentes formas de acercarnos a la medición de la accesibilidad son las siguientes:

1° Medida de disponibilidad de los recursos (horas médico sobre población total)

2° disponibilidad efectiva: Disponibilidad de recursos/resistencia

Accesibilidad = disponibilidad efectiva de recursos x Poder de utilización

Esta relación deja en claro que para aumentar la accesibilidad se puede aumentar la disponibilidad de los recursos, o aumentar el poder de utilización, o en su defecto disminuir la resistencia en términos de obstáculos a la atención de la salud.

Los mayores beneficios posibles se definen en función de lo alcanzable, de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y con los valores sociales imperantes (18).

Para ello se describen las siguientes variables, componentes de la Calidad:

Eficacia: grado en que se alcanzan las mejoras en el proceso de atención en relación con el actual desarrollo de la tecnología.

Accesibilidad: como posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar que los necesite, en suficiente cantidad y a un costo razonable.

Continuidad: atención del paciente en un sistema de atención jerarquizado e integrado de forma que acceda al nivel de atención adecuado para la satisfacción de su necesidad. (19).

Con un enfoque sistémico en la producción de servicios de salud, pueden reconocerse tres componentes para evaluar la calidad: estructura, proceso y resultados (20).

Los enfoques estructurales se basan en la evaluación de los recursos y su organización, y se fundamenta en que, teniendo buenas condiciones previas es posible tener un proceso de atención más apropiado y con mejores resultados. En el planteo estructural se evalúan los recursos humanos, instalaciones, equipamiento y organización.

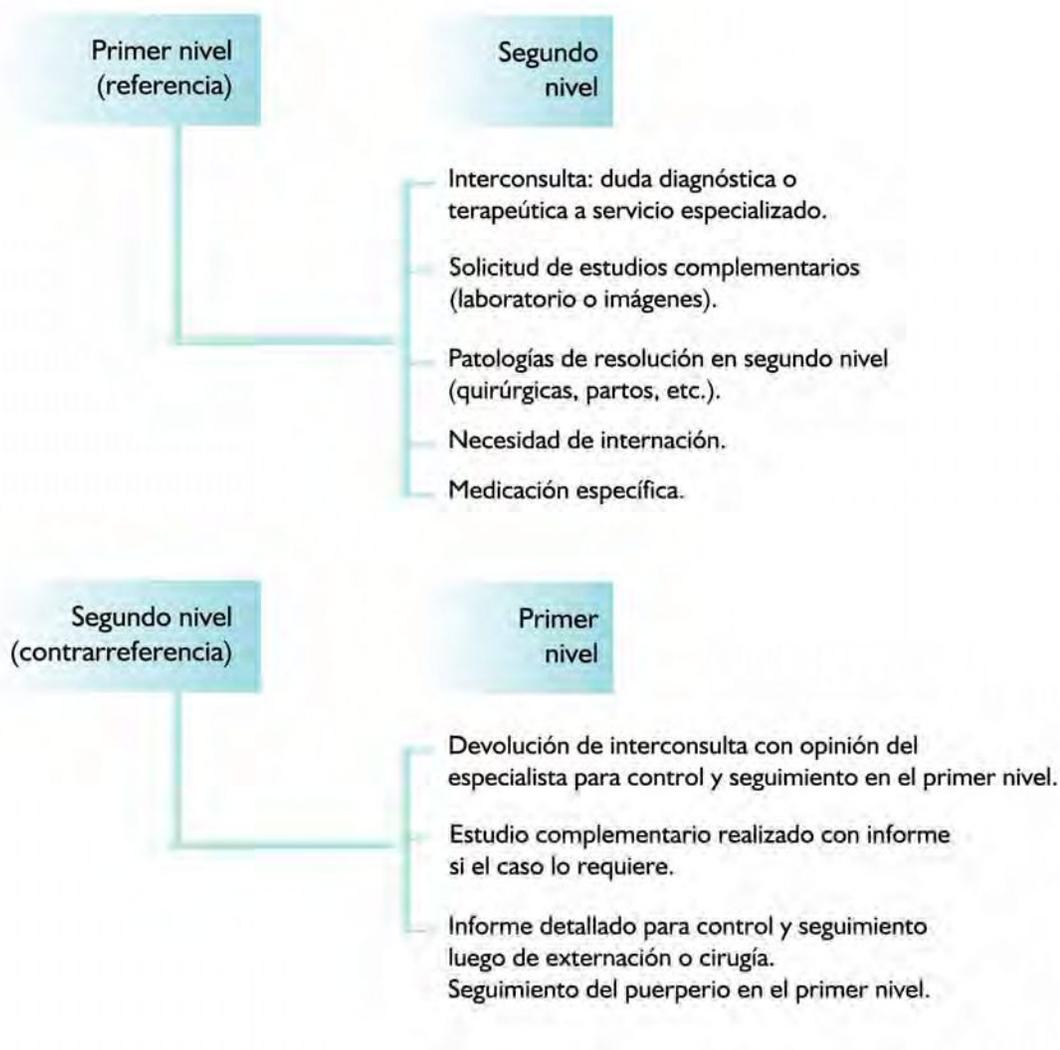


Fig. 2 Procesos de atención. Referencia y Contrarreferencia

Los enfoques de proceso se basan en el supuesto de que si en todas las etapas de la atención se aplican correctamente el conocimiento y la tecnología disponible, es probable que el resultado sea mejor que cuando estos son deficientes. Dentro de este enfoque deben diferenciarse las evaluaciones administrativas y las profesionales.

Enfoques de resultados se basan en medir si se cumplen los objetivos de la atención de la salud en todos sus niveles, pre patogénico y post patogénico.

Si aplicamos este concepto sistémico al proceso de continuidad de la atención, expresado en el proceso de derivación, podemos sintetizar en el siguiente esquema:

Entonces el proceso comienza cuando el paciente logra la entrada al sistema de salud en el primer nivel, y el profesional que lo asiste requiere que éste se traslade al segundo nivel por alguna de las circunstancias expuestas.

En ese momento empieza el proceso que continúa con el traslado del paciente desde el primer al segundo nivel donde toma el contacto con el servicio al que requiere consultar. Continúa el proceso con el logro de esa consulta y posteriormente luego de realizada y si corresponde debe culminar en el efector de primer nivel para seguimiento de su patología.

B. Procesos de reingeniería

I. Los procesos de reingeniería en la toma de decisiones

Cualquiera sea el modelo organizacional y con las notables diferencias que se han visto precedentemente, dentro de la estructura está implícito un modelo de división del trabajo y de coordinación. Buena parte de las actividades de las empresas están orientadas hacia tareas más o menos fraccionadas donde las responsabilidades se distribuyen en una serie de trabajadores y no hacia el proceso completo con responsabilidad individual. "Los oficios orientados a tareas son obsoletos en un mundo de competencia y cambio, las organizaciones tiene que agruparse en torno a los procesos" (21).

La reingeniería apunta precisamente a la **reestructuración radical** de los procesos (conjunto de actividades que recibe uno o más insumos y crea un producto de valor para el cliente) de una empresa. A dejar de lado conceptos que se mantienen por la buena razón que se han practicado por muchos años, sin advertir que los entornos han cambiado drásticamente, donde los clientes eligen entre muchas alternativas, las empresas más eficientes marcan estándares que se convierten en norma para todas, la tecnología cambia la naturaleza de la competencia subiendo las expectativas de los clientes y el mundo empresario se ha vuelto cambiante, con el diseño de nuevos productos y un marcado acortamiento del ciclo de vida del producto. La reingeniería apunta a crear una mejor manera de hacer el trabajo, teniendo en cuenta lo que se ha aprendido y el estado actual de la tecnología.

La reingeniería es la **revisión fundamental y el rediseño radical** de los procesos para alcanzar **mejoras espectaculares** en medidas de rendimiento, tales como costos, calidad, servicio y rapidez.

Los procesos rediseñados tienen algunas características generales:

- Muchos oficios o tareas que antes eran distintos se comprimen en uno solo, se encarga una sola persona de todo el proceso (Trabajador de caso) o si dicho proceso requiere habilidades distintas se puede unir un Equipo de caso. Se trata de integrar los procesos, evitando lo superfluo, los errores, las repeticiones. Si los procesos son tan complejos o están muy dispersos, una sola persona puede actuar como responsable del mismo frente al cliente. Los departamentos funcionales son reemplazados por los Equipos de proceso.
- Se eliminan procesos únicos para todas las situaciones y mas bien se tiende a crear múltiples versiones del mismo proceso en relación a la complejidad del mismo o a otra variable.
- Desplazamiento del trabajo a través de las fronteras organizacionales, las que se tornan más difusas. Por ejemplo, parte del proceso pueden hacerlo sus proveedores o sus clientes
- Prevalen operaciones híbridas centralizadas-descentralizadas apoyándose en la informática
- Se disminuyen los controles ya que se los utiliza sólo hasta donde se justifican económicamente. En lugar de controlar estrictamente el trabajo a medida que se realiza estos procesos tienen controles globales o diferidos y se examinan patrones globales más que casos individuales
- La informática desempeña un papel crucial en la reingeniería pues permite rediseñar procesos en forma novedosa.

La tecnología permite romper reglas y crear nuevas maneras de trabajar.

También se ha dicho que muchos de los procesos de reingeniería fracasan y que la mayoría de las veces las instituciones se vuelven disfuncionales durante el proceso. Los creadores del método aseguran que no se trata de una estrategia para disminuir los empleos y que la reingeniería no se realiza para hacer menos con menos sino más con lo mismo. (21)

2. Oportunidades de la reingeniería

El objeto de la reingeniería no son las organizaciones sino los procesos. Las compañías no rediseñan sus departamentos de ventas o de manufactura, rediseñan el trabajo que hacen las personas de dichos departamentos.

La confusión entre unidades organizacionales y los procesos como objeto de la reingeniería proviene que las divisiones y los departamentos son familiares para la gente, mientras que los procesos no lo son. Las líneas organizacionales son visibles, están claramente trazadas, mientras que los procesos no. Las unidades organizacionales tienen nombre y los procesos no lo tienen.

En una empresa los procesos corresponden a actividades naturales de los negocios, pero con frecuencia las estructuras organizacionales los fragmentan y los oscurecen. Son invisibles y anónimos por que la gente piensa en los departamentos individuales y no acerca del proceso en el que todos ellos participan. Es por ello necesario identificar claramente los procesos. Así como las compañías tienen diagramas organizacionales, también pueden tener gráficos de procesos que describan la forma en la que fluye el trabajo dentro de ella. Estos procesos básicos o de alto nivel en general no son muchos aún en grandes compañías. Ninguna compañía puede rediseñar todos sus procesos simultáneamente por lo que conviene identificar los que requieren reingeniería y cual es el orden en que se debe seguir en ello. Elegido el proceso, la primera orientación debe ser “el qué y el por qué” del proceso y diseñar un nuevo “cómo”, integrando en él los objetivos y los problemas fundamentales de los clientes.

3. Reingeniería en Salud

En el ámbito sanitario la reingeniería ha sido objeto de interés, particularmente en Estados Unidos, donde se ha dicho que más del 60% del total de hospitales han estado implicados en iniciativas de reingeniería (22). Con una visión opuesta, Osorio Acosta (23) y en relación a los hospitales españoles trata de responder a la pregunta “¿deberían los hospitales públicos llevar a cabo procesos de reingeniería?” y ciñéndose estrictamente a la definición de Hammmmer (Op. Cit. 21) (reestructuración radical, revisión fundamental, rediseño radical y obtención de mejoras espectaculares) las considera inviables en virtud de las limitaciones legales y reglamentarias que tiene los hospitales, la falta de control de la gerencia sobre los procesos que suelen ser prácticas profesionales estándares y que no resulta operativamente factible proponer algunas formas alternativas de realizar procesos que suponga romper con algunas prácticas y estructuras ampliamente arraigadas en la cultura organizacional y normalizadas por convenios, contratos programa o por la propia legislación. Sin embargo, realiza un análisis empírico de un Servicio, donde encuentran una estructura jerárquica llena de múltiples escalonamientos y supervisiones, trasiego físico de información de un punto a otro, demoras, retraso constante de la finalización de los procesos. Ausencia de una lógica estructurada que permita llevarlos a cabo en forma eficiente, con capacidad de actuación limitada por ausencia de responsables sobre el producto final hospitalario y por el exceso de niveles y rigidez de la estructura organizativa. Concluyen rediseñando el proceso, con fuerte apoyo informático y consideran que “resulta indiferente que la reingeniería de procesos sea el nombre que se le dé a aquellos cambios en los procesos de trabajo que se lleven a cabo en los hospitales públicos españoles. Lo importante es que se realicen convenientemente para adaptar la sanidad pública a los nuevos retos y demandas de la sociedad”. En esencia, reingeniería de procesos.

Por último necesitamos definir y enmarcar de qué manera evaluaremos metodológicamente la noción de redes en salud

C. Concepto de Redes

El trabajo en red es una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas que deciden asociar voluntaria o concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes.

Constituye una modalidad organizativa y de gestión que adoptan los miembros que deciden esa vinculación cuyas características dominantes son: la adaptabilidad, la flexibilidad, la apertura y la espontaneidad de las relaciones.

Las redes pueden ser vistas como sistemas, en cuyo caso puede decirse que se tratan de sistemas bien definidos ya que tienen una clara finalidad, pero están abiertos en sus límites, quedando el dimensionamiento y la conformación última de la red a criterio de sus miembros y de los acuerdos que ellos mismos establezcan.

La intención del trabajo en red es aunar esfuerzos, evitar duplicaciones, alcanzar – por complementariedad – una mayor capacidad resolutive, ser más eficaces y eficientes en lo que se hace y, todo ello como producto del intercambio y la colaboración (24).

Niveles en la construcción de redes (25)

En el proceso de construcción de redes existen diferentes **niveles**, cuyo conocimiento nos sirve para organizarnos y para monitorear los grados de profundidad de una red.

Estos niveles podrían nombrarse como: reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación. Donde cada uno sirve de apoyo al siguiente.

El primer nivel sería el de **reconocimiento**, que expresaría la aceptación del otro. En casos extremos, la dificultad de operar o de interactuar consiste en que no se reconoce que el otro existe.

Esto forma parte de nuestra jerga habitual, de la cultura de nuestras instituciones específicas, la forma como uno se refiere en una institución de los otros demuestra, un no reconocimiento del derecho a existir de los otros.

El primer punto para empezar a construir es reconocer que el otro existe o, más precisamente, que el otro tiene derecho a existir.

Reconocer que el otro existe es reconocer que el otro puede decir algo importante para mejorar la calidad de un servicio, que puede decir cosas que a mí no se me hubieran ocurrido nunca, salvo que estuviera en el lugar de él.

Todo lo que se diferencia de lo que conozco o de la *normalidad*, lo voy a rechazar. “Sí, son seres humanos, pero son tan distintos!”. “Para poder reconocerlos en realidad yo tengo que reconocerlos y aceptarlos tal como son. Esto es más fácil decirlo que hacerlo”. “No hay forma de crear redes con otros a los cuales no les reconozco su derecho a existir o a opinar”.

Entonces, se define este primer nivel cuando se comienza a aceptar que el otro existe, cuando el otro se hace presente y debemos tomarlo en cuenta.

Hay un segundo nivel que es el de **conocimiento**. Luego que el otro es reconocido como par, como interlocutor válido, empieza a ser incluido en nuestra palabra, comenzamos a necesitar conocimiento del otro, lo cual expresa interés, querer entender cómo se ve el mundo desde ahí.

Un tercer nivel, a partir del interés y del conocimiento empiezan a existir algunos episodios de **colaboración** (co-laborar en el sentido de trabajar con). No es una ayuda sistemática, no es una ayuda organizada sino espontánea. Hay momentos, hechos, circunstancias donde se verifican mecanismos de co-laboración que empiezan a estructurar una serie de vínculos de reciprocidad.

En el cuarto nivel ya existen algunas formas sistemáticas de **cooperación** (co-operación: operación conjunta). Esto supone un proceso más complejo porque supone que existe un problema común, por lo tanto hay una co-problematización, y existe una forma más sistemática y estable de operación conjunta, es decir que hay un compartir sistemático de actividades.

Existe un quinto nivel donde hay **asociación**, donde esta actividad profundiza alguna forma de contrato o acuerdo que significa compartir recursos.

Una de las bases de la lógica de redes es la autonomía, en consecuencia es muy claro que esta construcción es voluntaria. Cuando las instituciones quieren empezar a generar redes, en vez de reducir autonomía, la aumentan. Aumenta la autonomía como el comienzo del desencadenamiento de redes.

VI / MATERIAL Y METODOS

VI. a. Ambito de desarrollo del estudio

Ciudad de La Plata

La Plata es la Capital de la Provincia de Buenos Aires, el principal estado argentino. Su población es de 574.369 Habitantes, según el censo 2001, de los cuales 277.587 (48.3%) son varones y 296.782 (51.7%) mujeres (26). Es una población con predominio de la franja económicamente activa y posee tasas de natalidad y mortalidad por debajo de los promedios nacionales.

Se caracteriza por tener un sistema estatal de salud en el que conviven un primer nivel de atención a cargo del gobierno municipal y un sistema hospitalario que opera bajo la órbita del gobierno provincial. Éste último es heterogéneo ya que cuenta con hospitales zonales de segundo nivel para coordinarse con el primer nivel municipal y establecimientos hospitalarios de tercer nivel que son de referencia provincial.

Esta división no es tan clara ya que si bien hay establecimientos con servicios desarrollados en una complejidad correspondiente a un tercer nivel en algunas especialidades médicas, lo son de segundo nivel en lo que respecta al resto de los servicios.

La siguiente tabla (Tabla II), contiene el listado de los hospitales provinciales ubicados en la Ciudad (27)

Hospital Provincial	Complejidad
Interzonal Esp. en Pediatría Sor María Ludovica	3° nivel
Interzonal Gral. de Agudos General San Martín	3° nivel
Interzonal Gral. de Agudos Prof. Dr. R. Rossi	2° y 3° nivel
Interzonal Gral. de Agudos y Crónicos Dr. Korn	2° nivel
Interzonal Gral. de Agudos y Crónicos S. J. de Dios	2° y 3° nivel
Zonal Gral. de Agudos Dr. Ricardo Gutierrez	2° nivel
Zonal Gral. de Agudos San Roque	2° nivel
Interzonal de Agudos Especializado (C.U.C.A.I.B.A.)	3° nivel
Zonal Especializado en Odontología Infantil Dr. Bollini	3° nivel
Zonal Especializado Dr. Noel Sbarra	2° nivel

Tabla II. Hospitales provinciales localizados en La Plata y nivel de complejidad

Como se puede observar el desarrollo de la oferta hospitalaria sobrepasa al mínimo necesario para una ciudad que no llega a los 600.000 habitantes, sin contar con el subsistema privado y de obras sociales cuyo desarrollo es muy importante en la ciudad. La explicación a tal desarrollo se halla en la centralización de la oferta hospitalaria dada las características de la ciudad como cabecera de la Provincia. Esta heterogeneidad mencionada a veces impide programar la asistencia según áreas programáticas de responsabilidad con un sistema organizado en base a escalones de complejidad crecientes.

Se entiende por área programática al área geográfica delimitada bajo la cual un efector de salud tiene responsabilidad en salud sobre la población que habita dicha área. En este marco la población decide estratégicamente de acuerdo a su propia experiencia el lugar y momento en el que requerir asistencia sanitaria, sin que esto necesariamente coincida con lo programado por los gestores de salud.

Esta problemática repercute negativamente en diferentes aspectos vinculados a la organización y distribución de los recursos ya que se desconocen las reales necesidades de la población de un área determinada. Este desconocimiento se debe entre otras cosas a las superposiciones que fomenta la libre elección del efector por parte de la población.

Por otro lado el sistema municipal de salud, encargado de los Centros de Salud del primer nivel de complejidad, implementa acciones destinadas a la promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud de la población. Estos Centros de Salud se encuentran instalados en áreas periféricas de la ciudad en busca de mejor accesibilidad geográfica de la población al mismo. La ciudad cuenta hasta el momento de este estudio con 42 Centros de Salud. De ellos uno funciona como laboratorio central del municipio, otro funciona como centro especializado en tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, otro lo hace como hogar de ancianos, otro como centro de salud escolar y los demás son Centros de Salud integrales.

Para seleccionar el Hospital de trabajo tomamos como requisito importante el hecho de que el mismo esté ubicado en una zona de la ciudad alejada de su centro geográfico para evitar la superposición de efectores de segundo nivel ya que los mismos se concentran en el radio urbano.

De todos los hospitales ubicados en el Partido de La Plata, el más adecuado a nuestros intereses resultó el Hospital Interzonal General de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn (HAK) ubicado en la localidad de Melchor Romero. Realizamos la selección en base a que inferimos que este hospital por su ubicación periférica es mayormente utilizado por la población que habita dicha localidad.

VI. b. Hospital y área programática seleccionada

I. Hospital

El HAK funciona como Hospital General Interzonal de referencia del área que rodea la Localidad de Melchor Romero, Esta área comprende a los Barrios conocidos como: “La Granja”, “Las Quintas”, “Santa Ana”, “Malvinas”, “Colonia Urquiza”, “El Peligro” y las localidades de Abasto, Etcheverry y Melchor Romero propiamente dicho. (ver mapa de la zona). Bajo el área programática del hospital se encuentran los Centros de Salud Municipales 10, 20, 23, 24, 31, 33, 34 y 42.

El Hospital es especializado en Psiquiatría, ya que el mismo nace en el año 1884 como Centro de Internación Neuropsiquiátrica además de ser centro de derivación de internos del servicio penitenciario de la provincia con problemas Psiquiátricos. A lo largo de los y debido a las necesidades de la población de la Localidad de Melchor Romero el Hospital fue transformándose en general de Agudos y crónicos con gran desarrollo del servicio de trauma gracias a la cercanía a numerosas rutas provinciales y nacionales. (Ver mapa del área y localización del hospital). (28)

El Hospital se ubica en el Centro de su área programática, y se llega al mismo mediante el sistema público de pasajeros de la ciudad de La Plata, mediante la línea Oeste que tiene los ramales 17, 18, 65, 81 y 85 que lo comunican con las localidades vecinas y con el centro y demás hospitales provinciales localizados en la ciudad.

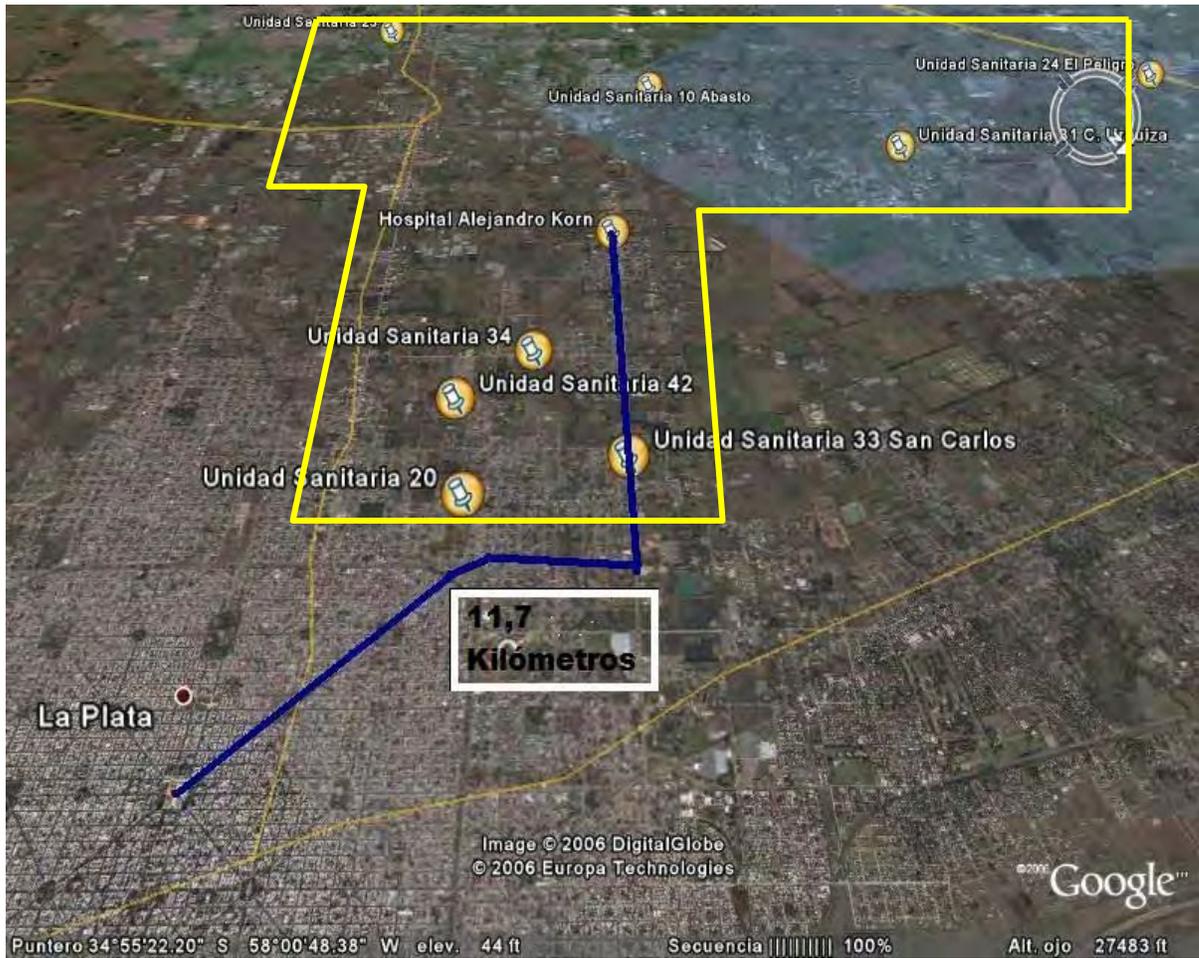


Fig. 3 Foto satelital de la Ciudad de La Plata (Fuente: Google Earth)

Referencias

Distancia desde el centro geográfico de la ciudad al H.I.G.A. y C. Alejandro Korn —

Delimitación del área Programática correspondiente al Hospital. —

Como se puede observar en el mapa (Fig. 3), el área geográfica de responsabilidad abarca una zona considerable en Kilómetros cuadrados. La misma está delimitada por las calles 143, 44, 190, 52, Ruta 2 hasta la calle 470, de allí hasta 179 hasta la calle 520 y cierra nuevamente en la calle 143.

2. Área programática y Centros de Salud

Dentro de esa área programática quedan formando parte de la red de atención ocho centros de Salud de dependencia municipal. Estos cuentan según observamos en el detalle un nivel mínimo de cobertura en las especialidades médicas denominadas básicas. Cabe destacar que en todos los Centros de Salud se cuenta con enfermería las 24 horas, con un vacunatorio, con un servicio de emergencias privado contratado por el municipio.

La siguiente (Tabla III) es una descripción de los Centros de Salud del área programática correspondiente al HAK, la ubicación de cada uno de ellos, y el personal que se desempeña en el mismo según informa la página Web del gobierno municipal.

Centro de Salud	Dirección	Personal
Centro de Salud N°10	Abasto, calle 208 y 516	Clínica, Ginecología, Medicina General, Pediatría, Obst, Odontología, Enfermería 24 hs
Centro de Salud N° 20	Las Quintas, calle 139 e/ 33 y 34.	Clínica, Ginecología, Pediatría, Obst., y Odontología
Centro de Salud N° 23	Echeverry, calle 52 y 229	Medicina General, Obstetricia, Odontología, Enfermería 24 hs
Centro de Salud N° 24	El Peligro, ruta 2 km. 44,5	Clínica Médica, Medicina General, Obstetricia, Enfermería 24 hs
Centro de Salud N° 31	Colonia Urquiza, calle 186 y 492	Clínica Médica, Medicina General, Obstetricia, Odontología, Psicología, Enfermería 24 hs
Centro de Salud N° 33	La Granja, calle 520 y 142	Medicina General y Obstetricia
Centro de Salud N° 34	Santa Ana, calle 156 e/ 526 y 527	Clínica Médica, Medicina General, Pediatría, Obstetricia, Odontología, Enfermería 24 hs.
Centro de Salud N° 42	Malvinas, calle 149 e/ 35 y 36	Medicina General, Pediatría, Obstetricia, Odontología, y Enfermería

La figura 4 es una foto satelital del área de estudio en la que se observa la ubicación de cada Centro de Salud mencionado en relación con el HAK. En el mismo se ha marcado las distancias de cada centro de Salud al HAK, de acuerdo al camino que recorre la gente más habitualmente y el sistema público de transporte de pasajeros:



Fig. 4 Foto satelital del área programática del HAK (Fuente: Google Earth)

VI. c. Diseño. Tipo de estudio y diseño general

Se define como un diseño de intervención con evaluación ex ante y ex post.

El mismo consta de tres etapas bien definidas

1- Fase descriptivo/analítica: se realizó un estudio descriptivo/analítico y de evaluación de las unidades de análisis y de la población usuaria del servicio de referencia contrarreferencia para establecer la línea de base o las condiciones ex - ante. Asimismo se seleccionaron las 4 Unidades Sanitarias en las que se implementó el Sistema de Comunicación electrónico. Esta selección se realizó mediante el análisis de viabilidad DOFA (29). Luego se ha analizado la Factibilidad de estas actividades para lograr los objetivos mediante un estudio de costo - eficacia operacional.

2- Se implementó el sistema de comunicación propuesto en las 4 Unidades Sanitarias seleccionadas.

3- Fase de evaluación: se realizó la evaluación de la intervención luego de diez meses de la puesta en marcha con las mismas variables utilizadas para la conformación de la línea de base.

VI. d. Universo y unidades de análisis

Unidades de análisis

Los procesos de referencia y contrarreferencia que se dan entre las unidades sanitarias del municipio con los servicios del Hospital General de Agudos y Crónicos especializado en Neuropsiquiatría Dr. Alejandro Korn de la Localidad de Melchor Romero, que conforman redes de atención en el partido de La Plata.

Redes de atención que abarquen todo el proceso de referencia – contrarreferencia (compuestas por el servicio de primer nivel; servicio de segundo nivel y el proceso administrativo y de comunicación que se utiliza).

Estarán compuestas por las siguientes unidades de observación:

- A. El paciente que demanda atención en el primer nivel y requiere continuidad en el segundo nivel de atención.**
- B. El profesional del primer nivel que pone en marcha el proceso de referencia al hospital.**
- C. El profesional del segundo nivel que recibe la referencia y pone en marcha la contrarreferencia.**

VI. e. Identificación de Variables

I. Variables descriptivas del modelo

a. Calidad de la red en cuanto a la continuidad de la atención:

Se compone de tres dimensiones de acuerdo a un enfoque sistémico que son:

I. Estructura cuyos indicadores son los recursos humanos, recursos físicos, los insumos, y la organización con énfasis en el proceso de derivación y comunicación.

II. Procesos la referencia y contrarreferencia que se evalúan, sus pasos, inconvenientes posibles mejoras.

III. Resultados la satisfacción del paciente, la eficacia del proceso de derivación, la efectividad y los costos que se producen en el proceso

I. Estructura

Primer nivel

- Existencia de una persona en el primer nivel que se ocupa del proceso.
- Existencia en cantidad y calidad necesarias de los insumos para realizar la ref. contrarreferencia.
- Posibilidad de comunicación con el servicio al que se deriva con mayor frecuencia a través de teléfono, radio, personal, mails, otros.
- Existencia de un mecanismo formal utilizado para la referencia.
- Existencia de un mecanismo informal utilizado más frecuentemente para la referencia.
- Existencia de normas escritas conocidas para referenciar pacientes al segundo nivel.

Segundo nivel

- Existencia de una persona en el segundo nivel que se ocupa del proceso.
- Relación existente entre el personal profesional a cargo y la cantidad de derivaciones mensuales.
- Existencia de normas escritas conocidas para recibir pacientes referenciados del primer nivel.
- Existencia de normas escritas conocidas para enviar contrarreferencias de pacientes al primer nivel.
- Existencia de un mecanismo formal utilizado para la contrarreferencia.
- Existencia de un mecanismo informal utilizado más frecuentemente para la contrarreferencia.

II. Procesos

- Número de consultas mensuales en el servicio en el segundo nivel.
 - Número de referencias recibidas por el servicio desde el primer nivel del área programática.
 - Número de consultas mensuales en el servicio en el primer nivel.
 - Porcentaje de consultas mensuales que requieren derivación al segundo nivel de atención
 - Número de referencias solicitadas por el servicio del primer nivel.
 - Número estimado de referencias solicitadas por el servicio del primer nivel que no se efectuaron en el último mes.
 - Posibles causas por las que se estima que no se realizaron.
 - Número de contrarreferencias recibidas por mes/total consultas del 2° nivel.
- Existencia de un criterio de selección del servicio de segundo nivel al que referencia más frecuentemente.

2. Variables Intervinientes

Obstáculos a la referencia

Se intentará detectar los obstáculos organizativos al interior del efector de primer nivel que interfieran con la referencia de pacientes al segundo nivel del servicio seleccionado y aquellos financieros y ecológicos que interfieran con la continuidad de la misma.

- **Tiempo:** medido en horas desde que el paciente sale de su casa hasta que consigue el turno en el servicio de referencia. En caso de que necesite ir dos o mas veces para conseguirlo, se sumarán las horas que el paciente utiliza para lograr el turno.
- **Distancia:** medida en kilómetros recorridos por el paciente desde que sale de su casa hasta que regresa a la misma con el turno requerido. En caso de necesitar ir más de una vez, se sumarán las distancias.
- **Costo:** medido en pesos que gasta el paciente en concepto de transporte utilizado, sea cual fuere el mismo que por diversas razones más le convenga. Desde que sale de su casa hasta que consigue el turno. En caso de necesitar ir más de una vez, se sumarán los costos.

Desarrollo de la red

Se evaluó el grado de construcción de la red seleccionada para obtener datos cualitativos de su desarrollo.

- **Reconocimiento:** objetivo/misión del segundo nivel, relación con el efector de segundo nivel.

- **Conocimiento:** Colegas por nombre y apellido, reuniones con algún responsable conocimiento de horarios, número de teléfono.
- **Colaboración:** solicitud y obtención de ayuda de algún tipo en el último mes del segundo nivel.
- **Cooperación:** Coordinación de acciones con el segundo nivel Combinan o comparten recursos.
- **Asociación:** diseño de proyectos en conjunto con el segundo nivel.

VI. f. Intervención propuesta

La intervención consistió en la utilización de un sistema de comunicación electrónico entre los responsables del proceso de atención en el primer y segundo niveles.

Tanto las comunicaciones como el aparato y el mantenimiento del sistema son de bajo costo, en relación al servicio que prestan. El sistema requiere que el centro de salud posea una línea telefónica que permita la realización de llamadas al exterior (del Centro de Salud), y que el hospital al que se realiza la referencia tenga acceso a Internet.

El Home mail

El Home mail, Fig. 5 es un dispositivo que se instala a la línea telefónica de manera muy sencilla y se conecta a través de un servidor a Internet posibilitando el envío, recepción e impresión de mails.



Fig. 5. Foto del Equipo de Home Mail, junto a un teléfono común para comparar dimensiones.

Consta de un teclado y una pequeña pantalla de cristal líquido, sus dimensiones son de 18 x 26 x 4 cm., su peso aproximado es de 1100 grs. Se alimenta a la luz eléctrica o se pueden utilizar mediante 3 baterías tipo AA.

El funcionamiento del mismo permite escribir y guardar mails de hasta 8000 caracteres en su memoria y llegado el momento estos pueden ser enviados simultáneamente con una sola conexión. En el mismo momento en que el aparato se conecta al servidor de correo, éste recibe todos los mails entrantes. Una vez hecho esto el Home Mail se desconecta automáticamente del servidor.

Esto configura un mecanismo de comunicación de fácil instalación, bajo costo de implementación y mantenimiento y además su mecanismo de funcionamiento es sencillo.

Este sistema se comunica con el hospital de referencia a través de una casilla de correo electrónica del hospital donde es recibido por una persona que se encarga específicamente de resolver la demanda del profesional de la unidad sanitaria correspondiente y comunicárselo a la brevedad por el mismo medio.

Primer nivel: se instaló un sistema de comunicación electrónico (Home Mail) en cada centro de salud, que es manejado por una sola persona responsable. La misma persona se encarga de redactar el mail con el pedido de referencia al segundo nivel (turnos, interconsultas, etc.). Una vez concluido el día se envían todas las solicitudes de referencia al segundo nivel.

Segundo nivel: el hospital organizó un sistema de centralización de los turnos de todos los servicios con posibilidades de acceder a Internet, asimismo nombró una persona responsable quien recibe los mails de los Centros de Salud. Toda vez que se solicita una referencia mediante esta vía, el responsable del HAK responde, según la disponibilidad de turnos al centro de Salud. Esta comunicación se realizó con 24hs. de demora como máximo. Esta respuesta contiene como información,

el día y hora de realización de lo solicitado, y si el paciente debe realizar algún tipo de preparación en caso de estudios específicos.

Para esto el servicio cuenta una casilla de correo electrónico especial, y solamente accesible a la persona responsable

Intervención realizada

Los pasos para la puesta en marcha del sistema electrónico fueron los siguientes:

- Instalación del sistema de comunicación en los 4 Centros de Salud seleccionados.
- Capacitación del personal responsable del equipo en cada Centro de Salud mediante un cursillo de tres sesiones.
- Convocatoria al personal dependiente del municipio y trabaja en conjunto con el hospital para mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia para actuar de nexo entre el centro de salud y los distintos servicios hospitalarios.

Actividades

- A. Realización de la conexión técnica del sistema Home Mail en cada uno de los 4 Centros de Salud con un servidor de Internet..
- B. Capacitación al personal que utilizará el equipo.
- C. Realización de prueba piloto.
- D. Monitoreo del funcionamiento de la implementación.

VI .g. Recolección y Análisis de los datos

I- Fase descriptiva: se realizó un estudio de evaluación de las unidades de análisis y de la población usuaria del servicio de referencia contrarreferencia para establecer la línea de base o las condiciones ex - ante.

Para esta fase se realizaron, en primer lugar, entrevistas a la población usuaria del primer nivel de atención con el objeto de medir los obstáculos que se le interponen en la búsqueda de la continuidad de atención de la salud en el segundo nivel. Estas entrevistas fueron realizadas en las salas de espera de los 9 Centros de Salud, seleccionando a aquellos pacientes que requirieron en algún momento, algún tipo de práctica del segundo nivel por pedido de un profesional del Centro.

Por otro lado se realizó el relevamiento al personal profesional involucrado en el proceso de R/C en el primer nivel, logrando entrevistar al total de los jefes de los Centros de Salud, y al total de profesionales que referencian pacientes al segundo nivel (n= 19). Por otro lado se realizaron entrevistas con los jefes y profesionales de los servicios del HAK que reciben pacientes referenciados desde el primer nivel (n= 24).

A todos se les aplicó el cuestionario correspondiente a los fines de indagar acerca de la disponibilidad y correcta aplicación de la estructura y los procesos llevados a cabo para realizar la R/C.

Las variables correspondientes al desarrollo de la red de atención de la salud se evaluaron mediante entrevistas a los profesionales del primer y segundo niveles de atención responsables del proceso. Con el objetivo de validar estos datos, se sumó a estas entrevistas, datos cualitativos mediante la observación no participante en los lugares de trabajo.

2- Una vez realizado el estudio descriptivo se realizó la implementación, en los 4 Centros de Salud seleccionados, de la intervención propuesta.

3- Fase de evaluación: se realizó la evaluación de la intervención luego de diez meses de puesta en marcha con las mismas variables y las mismas técnicas de recolección de datos mencionadas en la fase descriptiva.

Los datos obtenidos de las entrevistas semiestructuradas a la población usuaria y a los referentes clave de los Centros de Salud y Hospital de referencia se volcaron en una base de datos (Software Access). El análisis estadístico se realizó mediante el programa Epi Info (CDC/WHO). Las diferencias entre medias y promedios se analizaron mediante las pruebas ANOVA y Chi². Se consideró diferencia estadísticamente significativa cuando $p < 0.05$.

Los datos obtenidos de las preguntas abiertas de las entrevistas semiestructuradas y de la observación fueron sometidos a un análisis cualitativo del discurso.

VII. RESULTADOS

VII. a. Previos a la implementación

Variables descriptivas del sistema

VII. a. I. Estructura

La tabla IV muestra los indicadores de estructura de los efectores que componen la red según lo referido por los profesionales del primer y segundo nivel que ponen en marcha el proceso de referencia y contrarreferencia.

Como se puede observar en la misma, en un 100% los profesionales de ambos niveles refieren contar con insumos para realizar la R/C y en la misma cantidad refiere poseer medios de comunicación telefónica para comunicarse en caso de necesitarlo.

Indicadores de Estructura (%)	Primer Nivel	Segundo Nivel
Personas capacitadas para el proceso	33.3 %	0 %
Existencia de los insumos necesarios para el proceso	100 %	100 %
Posibilidad de comunicación telefónica	100 %	100 %
Posibilidad de comunicación personal	33.3 %	0 %
Existencia de un mecanismo formal para referenciar	26 %	12 %
Existencia de un mecanismo informal (Nota)	54 %	20 %
Existencia de normas escritas conocidas	0 %	0 %

Tabla IV. Indicadores de estructura en el primer y segundo nivel..

Según los referentes claves entrevistados no existen mecanismos para organizar la demanda de pacientes en el primer nivel, ya que no existen en ninguna especialidad la modalidad de turnos programados, y la demanda se organiza día a día por orden de llegada.

Un dato importante a la hora de evaluar la estructura instalada es el hecho que los profesionales refieren la ausencia de normas escritas que estipulen la manera de realizar las referencias al segundo nivel.

Estructura comunicacional entre niveles

El gráfico 6 muestra los distintos canales de comunicación con que cuentan los profesionales del 1º nivel para la realización del proceso de referencia-contrarreferencia. En este apartado se ha entrevistado al personal acerca de las diferentes posibilidades de establecer comunicación con el hospital al que refieren con mayor frecuencia.

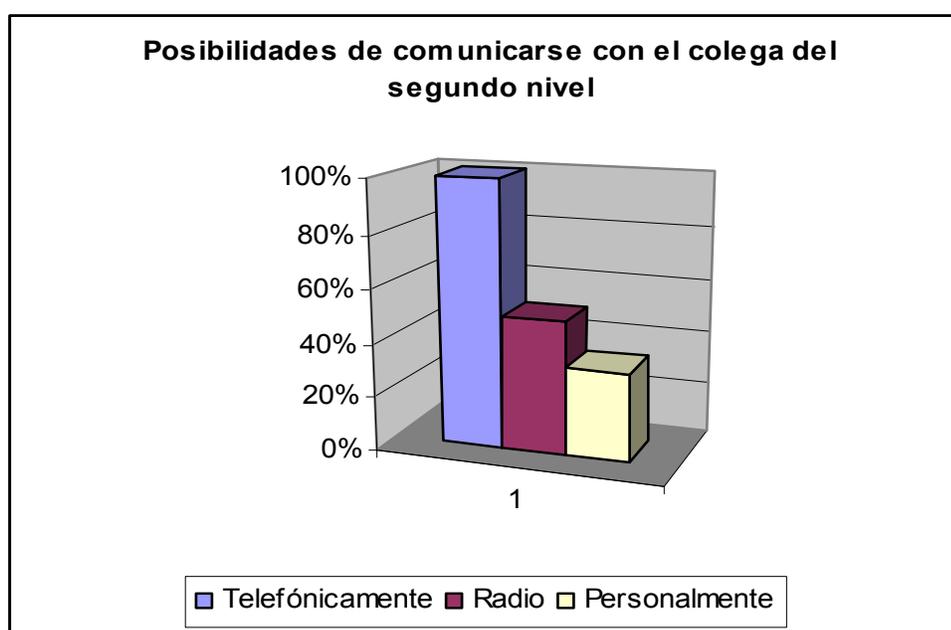


Fig. 6. Medios existentes en el primer nivel para comunicarse con el HAK.

A pesar de la existencia de estos canales de comunicación, el 21% refiere que se comunica a veces, porque conoce personalmente al colega, el 26% raramente establece una comunicación, cuando el caso es de mucha importancia y el 52% no lo hace nunca.

El motivo mas frecuentemente referido acerca de la falta de comunicación telefónica con los profesionales del segundo nivel fue el impedimento de lograr una comunicación rápida y efectiva. Esto parece contrastar con la posibilidad de establecer contacto vía telefónica, ya que esta se da en una forma rápida y efectiva. Pero al consultarlos por esta posibilidad, los profesionales refieren que las líneas del hospital se encuentran permanentemente ocupadas.

VII. a. 2. Procesos

Consultas mensuales y porcentaje de pacientes referenciados al segundo nivel.

La tabla V, muestra el total de las consultas mensuales a los Centros de salud relevados, de las cuales el 27.14% corresponden a consultas que deben ser referenciadas al segundo nivel, ya sea para interconsultas con especialistas o para realización de exámenes complementarios.

Si bien esta es una medida de resumen el rango de los valores varió de 8% a 80% y con una mediana de 28.08%.

Total consultas	Total interconsultas*	Total de exámenes compl.**
7435	509	1511
100 %	6.84 %	20.3 %

Tabla V. Total de consultas mensuales promedio en el primer nivel.

*Total de referencias a especialistas

**Total de referencias a estudios complementarios

Del total de consultas, casi un 7% de las mismas requiere la interconsultas a especialistas, mientras que un 20.3% requiere algún examen complementario en el segundo nivel. Por lo que podemos decir que el primer nivel está resolviendo en forma autónoma el **73%** del total de las consultas.

De las derivaciones que requieren la interconsulta a especialistas, el 30.6% no llega a concretarse. Este porcentaje es del 23.4% cuando las derivaciones tienen

como finalidad la realización de estudios complementarios. Los motivos por los cuales estas consultas no se cumplimentan en el 2º nivel de atención obedecen a cuestiones de índole económica en un 89% de los casos, como muestra la fig. 7.

Referencias al segundo nivel no realizadas por tipo y por mes

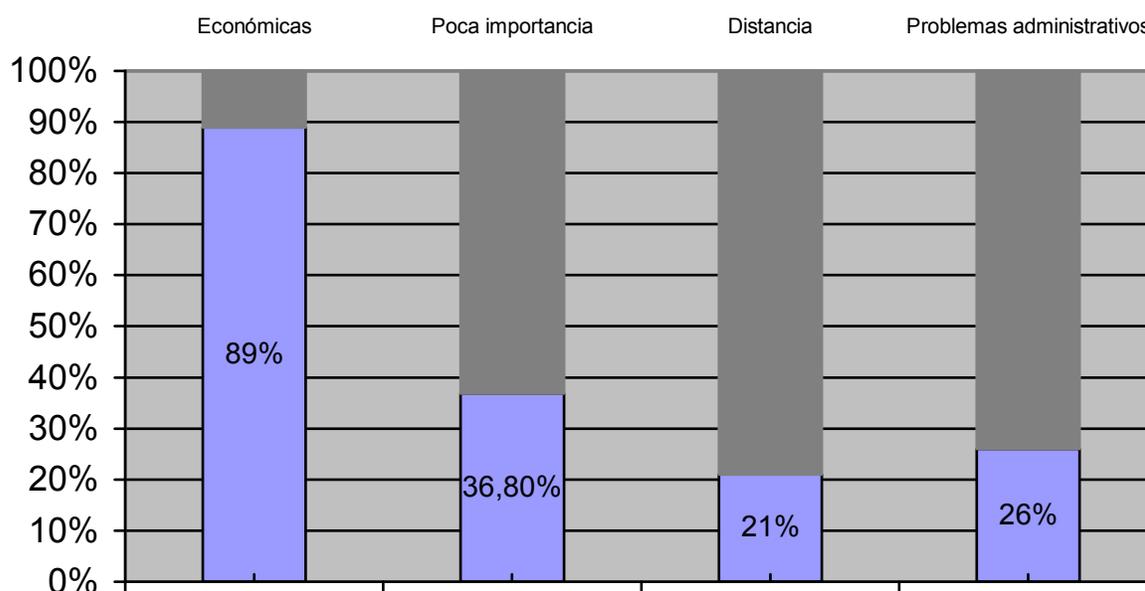


Fig. 7 Referencias al segundo nivel no realizadas por tipo y por mes

***Del total de las realizadas**

*el cuestionario posibilitaba responder a mas de una opción, por lo que la suma supera el 100% de los casos

Según los referentes claves, no existe un mecanismo formal de selección del efector del segundo nivel al que los profesionales deban referenciar a los pacientes, sino que esta selección se hace de acuerdo a los criterios que se muestran en el gráfico 8.

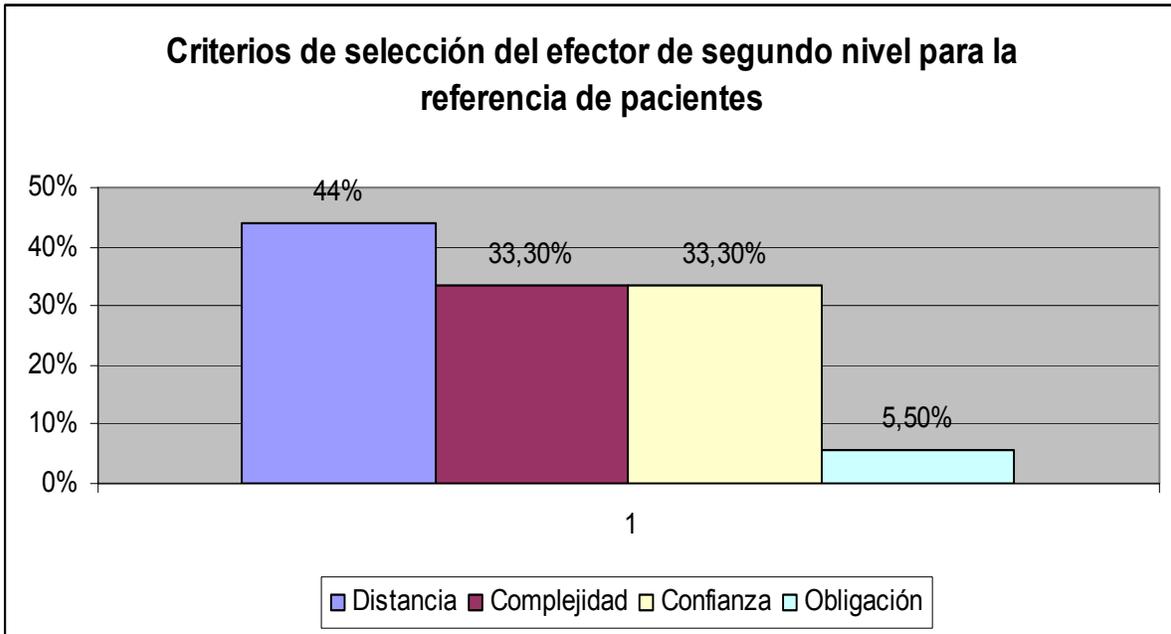


Fig. 8. Criterios de selección del efector de segundo nivel utilizados por los profesionales de segundo nivel.

En cuanto a los problemas de salud que más frecuentemente requieren referencia al segundo nivel, éstos se muestran en la siguiente figura:

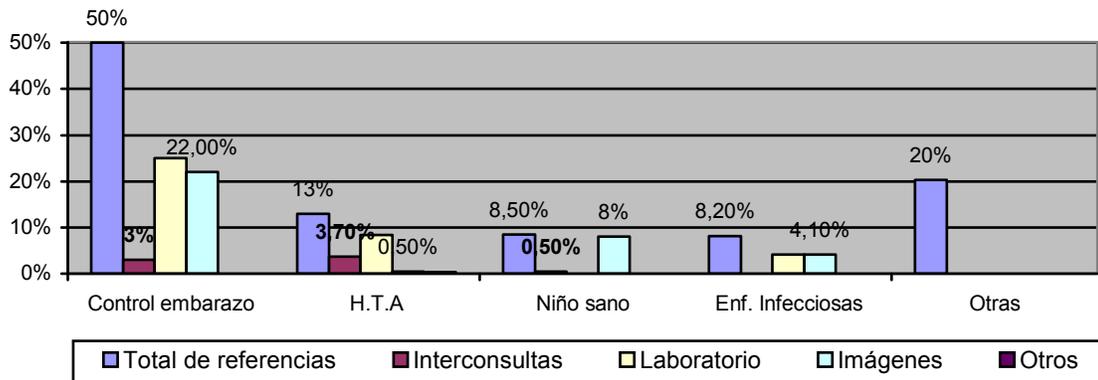


Fig. 9. Frecuencia relativa de los problemas de salud que requieren derivación

El control de embarazo ocupa el 50% de las referencias totales, de las cuales la mitad corresponden a un análisis de laboratorio, mientras que un 44.7% requieren una ecografía en el mismo hospital, el pequeño porcentaje restante son consultas al servicio de Ginecología y obstetricia del mismo hospital.

La Hipertensión arterial es el segundo motivo de referencia (13% de las referencias), de los cuales el 63% son pedidos de laboratorio del hospital A. Korn, mientras que el 26% son interconsultas con el servicio de cardiología del mismo hospital.

El control de salud del niño sano requiere del 8.5% de las referencias al segundo nivel, el 87% de estos requieren una radiografía de caderas.

Las Enfermedades infecciosas corresponden a un 8.2% de las referencias, de las cuales un 50% requieren una radiografía en el Hospital A. Korn, mientras que el otro 50% necesita de un estudio de laboratorio.

El restante 20% refiere a: a) patologías odontológicas, que son referenciados al Hospital Odontológico Dr. Bollini, al Hospital Interzonal de Niños Sor María Ludovica y al Hospital Alejandro Korn en iguales proporciones; b) control de Diabetes, c) los controles de métodos anticonceptivos y los controles ginecológicos.

VI. a. 3. Obstáculos a la referencia

Obstáculos geográficos y económicos

La tabla VI muestra los destinos que tienen las solicitudes de interconsultas y de exámenes complementarios solicitados desde el primer nivel al HAK. Se puede observar que el 30.7% de las interconsultas a especialistas no se realizan, y de las que se realizan, solo el 9% responde con una hoja de contrarreferencia.

Interconsultas N= 508			Exámenes complementarios N= 1511		
No realizadas	Realizadas	Respondidas	No realizados	Realizados	Respondidos
156	352	32	353	1158	1054
(30.7%)	(69.3%)	(9%)*	(23.4%)	(76.6%)	(91%)*

Tabla VI. Resultados de las referencias solicitadas al HAK.

La tabla VII muestra los indicadores de obstáculos organizativos que intervienen como barreras de accesibilidad a la continuidad de la atención. Dichos obstáculos están cuantificados según las unidades correspondientes, mostrando el resultado como promedio de todos los Centros de Salud.

Así podemos observar que para obtener un turno en el segundo nivel una persona debe invertir en promedio 7.4 horas y recorrer casi 9 kilómetros con un gasto de \$10 (Tabla VII). De todas maneras, realizará esa interconsulta al especialista casi un mes después de que el médico del primer nivel se lo solicita.

Según lo referido en las entrevistas a los pacientes usuarios del primer nivel de atención, la distancia que existe entre los efectores de 1° nivel con el hospital de referencia los obliga a asegurarse un medio de transporte que los lleve a tiempo al efector de segundo nivel. Esto se dificulta debido a que los pacientes deben llegar muy temprano en la mañana para conseguir el turno (4 de la mañana en algunos casos) lo que es imposible de hacer mediante el transporte público de ómnibus.

Obstáculo		Interconsultas a especialistas	Exámenes complementarios	
			Laboratorio	Imágenes
Tiempo	Días desde que es visto en el primer nivel.	30.67 ± 19.24 días	24 ± 16 días	19 ± 21.5 días
	Horas para obtener el turno	7.4 ± 2.0	6.0 ± 2.0	
Distancia		8.82 Km. ± 4.2 (R = 4 a 17)		
Costo		\$ 10.4 ± 5.7 (R = 2.4 a 17.2)		

Tabla VII. Cuantificación de los obstáculos a la accesibilidad como promedios de todos los Centros de Salud

El costo promedio de \$10.4 está determinado por la necesidad de realizar el viaje en taxis o remises debido a los horarios antes mencionados. Cabe destacar que el costo está subvalorado debido a la dificultad de recabar el costo que se genera en concepto de alimentación, y otros teniendo en cuenta la cantidad de horas que el paciente pasa fuera de su casa y muchas veces debe ir acompañado por varios niños.

Tipo de solicitud	Total de días	
	Media	Desvío
Interconsulta con especialista	30,67	± 19,24
Radiografía	19	± 12,49
Rutina de laboratorio	24	± 16
Ecografía	46,39	± 22,41

Tabla VIII. Total de días promedio de demora en conseguir turno según servicio.

La **tabla VIII** muestra los días promedio de demora según el servicio en el que requiera la atención, ya que hay mucha variabilidad entre ellos.

Esta tabla permite observar la gran cantidad de días que se requieren para realizar una ecografía, lo que en muchos casos lleva a que una embarazada le sea imposible realizarla antes de la fecha del parto.

Asimismo los exámenes de laboratorio con 24 días de promedio y una radiografía simple con 19 días configuran un cuadro en el que el Centro de Salud no aparece como un efector que de respuestas adecuadas a los problemas de salud de su población.

Obstáculos administrativos

Otra característica a evaluar durante las entrevistas con la población usuaria del primer nivel, fueron las dificultades administrativas a la hora de acceder a la consulta en el segundo nivel:

En el 82% de los casos los pacientes refieren que son referenciados con una nota al segundo nivel, pero el **90% de ellos dice que no tuvo ningún tipo de beneficio al ser**

derivado desde el primer nivel en comparación a las veces que fue directamente al hospital sin pasar por el primer nivel.

EL 70% de los pacientes refiere que desde el hospital no les da una nota de contrarreferencia que explique al profesional del primer nivel lo hecho en el hospital y cómo debe continuar, mientras que en un 28% les anotan el tratamiento a seguir en una hoja. Sólo un 3% de los pacientes refiere haber recibido una hoja de contrarreferencia, esto coincide con lo manifestado por los profesionales del primer nivel quienes refieren que solo reciben un 9% de las contrarreferencias que se realizan.

Del total de pacientes encuestados, un 64% manifiesta haber continuado su atención en el Centro de salud, el 34% restante lo hace en el hospital por cuestiones diversas, ya sea por complejidad de la patología, por confianza, comodidad y buen trato en iguales proporciones.

VII. a. 4. Desarrollo de la red

Reconocimiento

El 92.4% de los trabajadores entrevistados refirió conocer claramente el objetivo/misión del efector del nivel al que referencia o contrarreferencia según sea el caso. Lo que determina un buen nivel de reconocimiento para el desarrollo de la red. Ese conocimiento se visualiza en las sucesivas entrevistas a los profesionales de ambos niveles. De todas maneras se observa cierto menosprecio por la posibilidad de ofrecer asistencia de calidad por parte del primer nivel al entrevistar a los profesionales del Hospital. Estos manifiestan:

....”Las salitas trabajan bien, pero los pobres médicos no tienen nada y se la pasan derivando al hospital. Nosotros todo bien, los recibimos, pero deberían tener más especialistas allá” (Ginecóloga del Hospital).

...”Mandan cada cosa, ellos deberían capacitarse un poco más, por ahí nosotros les podemos dar unas clases para que no manden tantos pacientes, pero la verdad es que trabajan mucho” (Médico del servicio de clínica).

En estas conversaciones podemos observar cierto menosprecio para con los colegas del primer nivel, se autoevalúan como más capacitados, y por lo tanto con mayor autoridad para opinar como debiera organizarse el primer nivel.

Conocimiento

En cuanto al conocimiento por nombre y apellido de los colegas, solo hubo un 10% de respuestas positivas. Este porcentaje coincide con la existencia de una residencia de formación de profesionales que funciona en el HAK, y que tiene como sede de formación al Centro de Salud, por lo que esos médicos son conocidos en el hospital.

En lo que respecta a reuniones con algún responsable conocimiento de horarios, número de teléfono, solo hubo un 2% de respuestas positivas, y en todos los casos correspondió a personal que se desempeña en ambos niveles de atención.

Colaboración

En cuanto a la existencia de alguna solicitud u obtención de ayuda de algún tipo en el último mes del segundo nivel, las respuestas fueron negativas en el 100% de los casos. Esto es llamativo debido a que los pacientes que atienden unos y otros muchas veces son los mismos. Asimismo en este punto hemos observado algún tipo de resentimiento de los profesionales del primer nivel hacia los del segundo porque alegan un gran desconocimiento por parte de los colegas del segundo nivel de las condiciones de vida de la población usuaria del sistema estatal de salud.

...”los del hospital no saben nada de cómo se vive acá, les piden remedios, que vayan para allá o que se hagan estudios de no sé qué, y la gente no tiene un mango. Si se molestaran en preguntarles algo, se darían cuenta que a veces los libros dicen una cosa de lo que se debe hacer pero patear el barrio te dice lo que se puede lograr y lo que no.” (Obstétrica de un centro de Salud)

Cooperación

No existieron tampoco respuestas positivas en cuanto a la posibilidad de coordinación de acciones entre el primer nivel con el segundo. Estos no combinan ni mucho menos comparten recursos. En la mayoría de los casos se observaron relaciones de cierta sorpresa ante la pregunta. “no la verdad es que nunca se nos ocurrió..., en realidad nosotros qué podemos necesitar que ellos tengan, no, nunca....” (Ginecólogo del HAK). “... nunca nos dieron bolilla, las veces que llamamos nos dejaron esperando en el teléfono dos horas, imaginate si queremos organizar algo con ellos, ellos se creen que porque están allá son

mejores que nosotros, no nunca y no creo que alguna vez se pueda. (Médica generalista de un centro de Salud).

Esta clase de respuesta se repite en ambos niveles, demuestra la distancia que existe entre las instituciones a pesar de que comparten los mismos pacientes.

Asociación

Podemos decir que no ha existido asociación ya que según observamos en los ítems anteriores, no se comparte el diseño de proyectos entre niveles. Luego de responder la pregunta acerca de la existencia de cooperación, la mayoría de los entrevistados contestó directamente con una negativa sin explayarse demasiado, algunos en este punto aconsejaban medidas a tomar: "...yo creo que habría que hacer reuniones para por lo menos conocernos personalmente, porque es ridículo seguir trabajando así..." (Obstétrica de un Centro de Salud). Esto denota cierta reflexión ante el cuestionario que antes ni siquiera se planteaba y abre alguna posibilidad de concretar acciones conjuntas. "...Yo estaría dispuesta a realizar reuniones en el hospital para que vengan los médicos de las salitas y les digamos como hacer para enviar a los pacientes así podemos trabajar mejor y la gente se traslada menos..." (Médica del servicio de clínica del HAK).

VII. b. Resultados luego de la implementación

El sistema, que fue diseñado para seis meses de prueba, funcionó en total durante 10 meses de Julio de 2005 a Abril de 2006. Es recién desde el mes de Octubre de 2005 que comienza a funcionar a pleno en las cuatro Unidades Sanitarias seleccionadas, por lo que como tal, en forma completa, funcionó durante siete meses.

El gráfico 10 muestra la evolución en la utilización del sistema por parte de los pacientes durante el período de implementación

El sistema fue utilizado para la atención de **585** pacientes

**Evolución de la utilización del sistema por parte de los pacientes
Julio 2005 - Abril 2006**

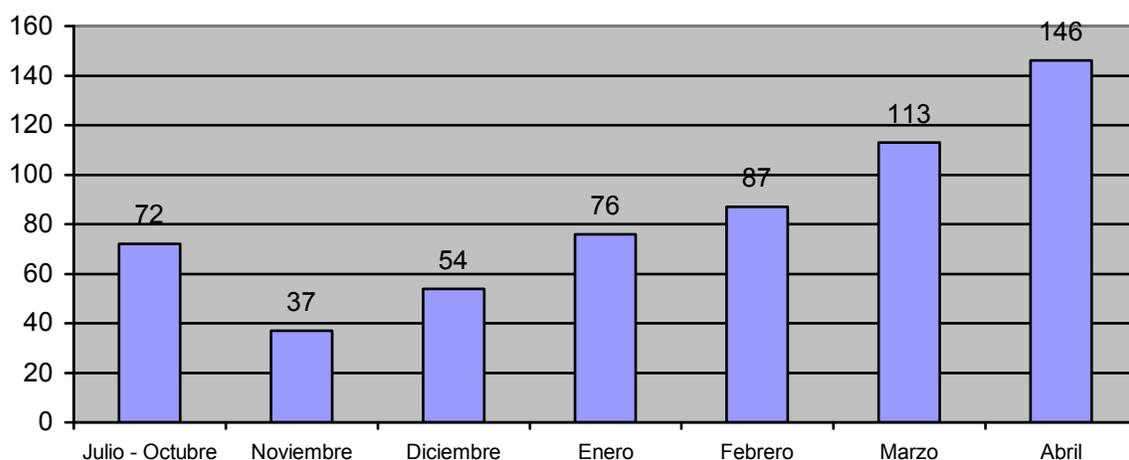


Fig. 10. Evolución del uso por parte de los pacientes por mes.

Estos **585 pacientes** correspondieron a 731 prácticas diferentes ya que a algunos se les solicitó más de una práctica. De los 565 pacientes, 451 (77.1%) fueron mujeres y 134 (22.9%) fueron Hombres.

La figura 11 muestra el cálculo de ahorro de traslados al segundo nivel producto de la implementación del sistema. A aquellos que requirieron más de una práctica de diferentes servicios, se les consiguió turno para el mismo día (**145 pacientes**).

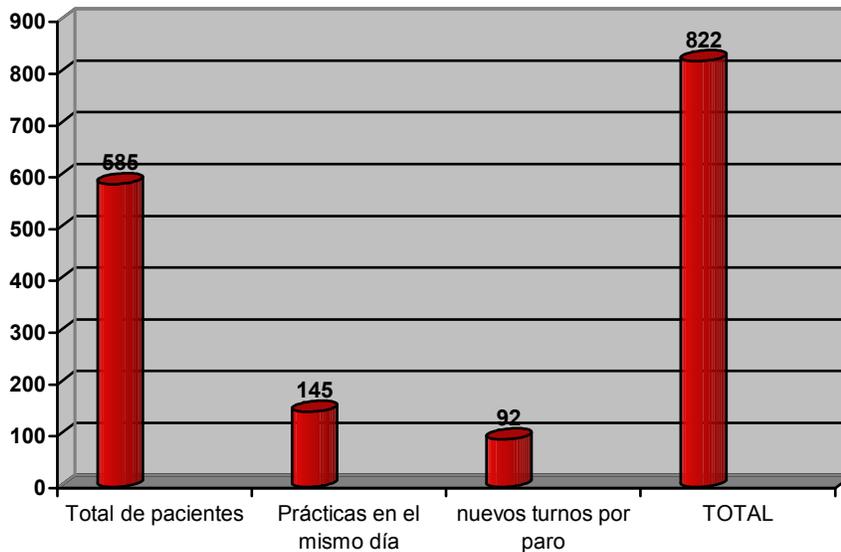


Fig. 11. total de traslados evitados con la utilización del sistema.

De estos 585 pacientes solamente 12 no retiraron su turno por lo que no realizaron la práctica (2%).

Las figuras 12 y 13 muestran la evolución de los indicadores mencionados como obstáculos geográficos medidos antes y después de la implementación, así como el porcentaje de cumplimiento de las solicitudes de referencia por parte de los pacientes.

Evaluación de indicadores antes y después de la implementación

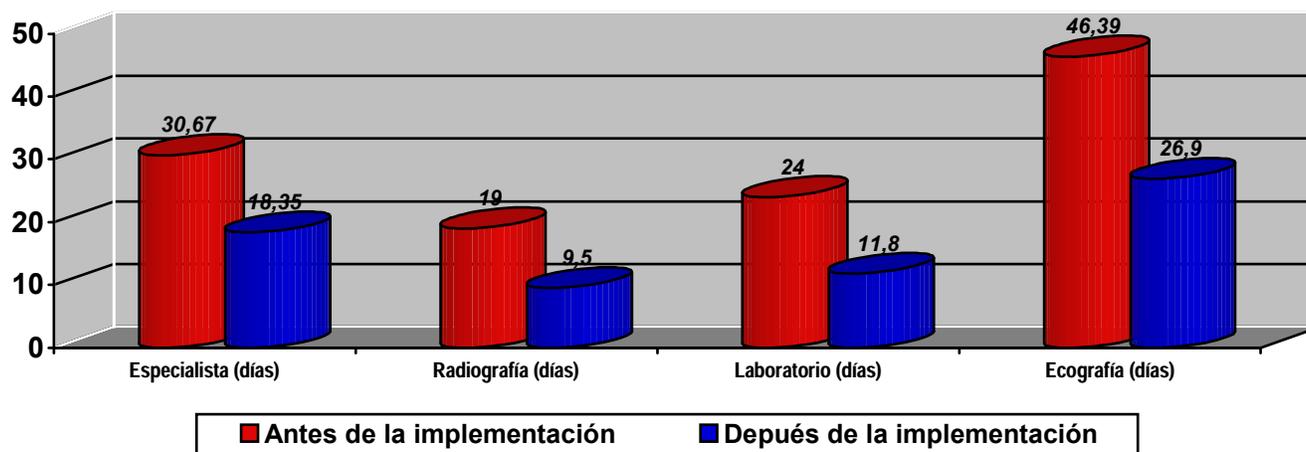


Fig. 12 evaluación de indicadores antes y después de la implementación

Si tomamos en cuenta todos los viajes (**822 traslados**) que fueron evitados por la utilización este sistema y el gasto promedio de cada viaje referido por los pacientes (\$10.36), se obtiene el monto de \$8507.7 ahorrados en total a los pacientes usuarios de las Unidades Sanitarias.

También se evitó que los pacientes inviertan las **7.3 ± 2.00** horas de demora para conseguir un turno para una Interconsulta con un especialista y las **6 ± 1.96** horas para un examen complementario.

Además, si consideramos que el 90% de los pacientes refiere que no obtiene ningún beneficio al ser derivado desde una Unidad Sanitaria, en comparación a cuando lo hace directamente al hospital, esto revierte esta situación dándole el valor correspondiente al primer nivel de atención.

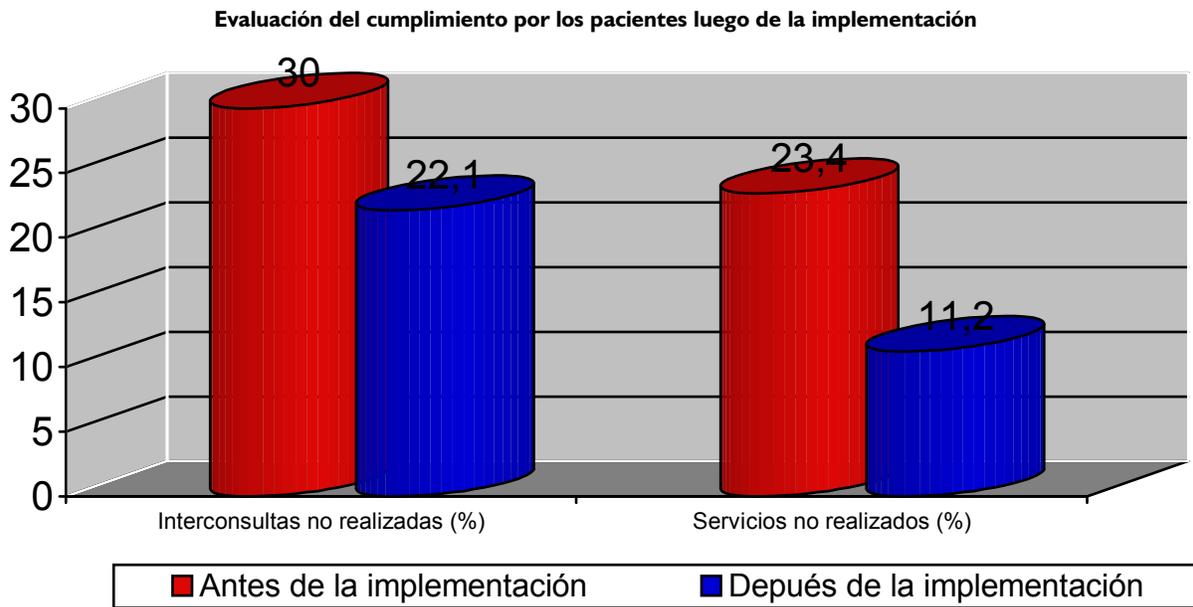


Fig. 13 evaluación del cumplimiento por los pacientes luego de la implementación

VIII / COSTOS

El costo operativo del sistema desglosado se puede observar en la tabla IX evaluado luego de los 10 meses de funcionamiento:

Descripción	Valor por centro de Salud	Valor por mes
Una línea de correo electrónico por Unidad Sanitaria	\$ 7.2	\$ 28.8
Una línea de internet pop email para el hospital	X	\$ 12
Una persona encargada de recibir las solicitudes de turnos en el hospital	X	\$ 100
TOTAL por 10 meses		\$ 1408.-

Tabla IX Costos de mantenimiento del sistema implementado

Como podemos observar el costo de mantenimiento del sistema durante los 10 meses de utilización fue de \$1408, que significa que para realizó los 822 traslados evitados por este sistema, a un costo de \$1.7 por traslado. Esto resulta muy inferior a los \$10.4 que cada paciente debía destinar para cada uno de ellos. Esto da como resultado una disminución de un 83.5% del valor solamente en el traslado del paciente.

Es importante destacar la diferencia que se observa entre el gasto directo del bolsillo del paciente y el gasto que se hace al organizar el sistema desde el estado.

IX / LIMITACIONES AL ESTUDIO

El presente trabajo tiene algunos puntos que debilitan las conclusiones y que se comentan a continuación.

1. La selección del Hospital Alejandro Korn y su área programática con sus Centros de Salud fue hecha por reunir requisitos de área delimitada y por no observar superposiciones con áreas programáticas de otros hospitales.
2. De los 9 Centros de Salud existentes en el área, fueron seleccionados 4 en los que se implementó el sistema, selección realizada mediante la utilización de una matriz DOFA para poder evaluar la viabilidad de aquellos efectores que aceptarían trabajar en el proyecto.

X / DISCUSION

La comunicación al interior del sistema de salud, ya sea entre diferentes niveles o diferentes jurisdicciones debe estar organizada y normalizada para dar respuesta coherente desde diferentes efectores a la población.

Los datos surgidos a partir de este trabajo de tesis permiten repensar los procesos al interior de los sistemas de atención de la salud en nuestro país. Repensarlos en el sentido de poder evaluar la necesidad de inversión de recursos en mejorar la estructura, lo que siempre implica un gran esfuerzo económico o, como es el caso presentado en este trabajo, obtener buenos resultados a través de reingeniería de procesos con menor inversión.

Análisis de los resultados en cuanto a la estructura

El análisis de la estructura comunicacional, no demuestra déficit importante en cuanto a equipamiento o a personal capacitado en los Centros de Salud analizados. Esto permite pensar en la necesidad de la reingeniería de los procesos sin necesidades de grandes inversiones. Un ejemplo de esto lo configura la necesidad de mecanismos formales o informales para realizar una correcta referencia de pacientes, al igual que la disposición de normas que regulen este sistema. Un claro indicador de ello es el hecho de que los servicios de segundo nivel al que se referencian los pacientes son seleccionados según criterios personales de los profesionales o de los mismos pacientes.

Otro indicador de la falta de normativas es el hecho que los pacientes que son referidos desde el primer nivel - por un profesional que evaluó la necesidad de la interconsulta- no tienen ninguna prioridad por sobre aquellos pacientes que sin haber sido evaluados solicitan un turno en una especialidad.

La falta de mecanismos de coordinación, más que la falta de estructura comunicacional, es la que determina en nuestro estudio la ineficacia del sistema de Referencia – Contrarreferencia: tanto los entrevistados en los centros de salud como en los hospitales refieren que aún teniendo posibilidades de comunicación, resulta difícil acceder a una en el momento en que lo necesitan y por ello desisten de hacerlo.

Otra forma de evidenciarlo es a través de las entrevistas para evaluar el desarrollo de la red. Aquí se observa un conflicto latente entre los profesionales de ambos niveles, quienes se atribuyen las responsabilidades de las fallas del sistema unos a otros.

Si bien se ha evaluado un nivel de reconocimiento importante en cuanto a definir objetivo y misión de cada uno de los niveles, esto no ha logrado desarrollar una

relación de conocimiento de los profesionales entre sí, y mucho menos de colaboración, cooperación, o asociación. Aún más, en los diferentes relatos se visualizan conflictos profundos en los que se cuestiona en muchos casos la idoneidad de los profesionales de niveles diferentes y hasta llegan a ponerse de manifiesto cuestiones éticas.

Por lo visto hasta aquí el problema no parece encontrarse en la estructura, por lo que pasamos a analizar los resultados obtenidos en el estudio de los procesos.

Análisis de los resultados en cuanto a los procesos

En cuanto a la producción de servicios, vemos que el primer nivel resuelve, según lo relevado, casi el 73% de los problemas de salud que recibe en forma autónoma, este porcentaje es inferior (en casi un 8 – 10%) a lo que reportan otros autores (30) (31). Asimismo, el 85% de las referencias se realizan por cuestiones relacionadas con el control de embarazo, la hipertensión arterial y el control de niño sano, datos que coinciden en general con los presentados en estudios previos (32).

De 100 interconsultas realizadas a especialistas del segundo nivel, en promedio se realizan 70, por lo que podemos decir que un 30% de las referencias solicitadas en el primer nivel no logran concretarse, un elevado porcentaje en comparación a lo comunicado por otros autores (33). En cuanto a las causas que explican al 30% que no se llegan a realizar, son las barreras económicas. Por otro lado de las 70 que se realizan, solo 7 son respondidas por escrito y llegan al profesional del primer nivel.

Las interconsultas a un paciente del primer nivel con un especialista del segundo, demora más de un mes, y realizar un examen complementario, entre 19 y 42 días dependiendo del estudio solicitado, siendo esta demora mayor a lo publicado en otros estudios (34). (30).

Por otro lado, los pacientes deben invertir en promedio 7.4 horas solamente para conseguir un turno en el servicio requerido, para luego volver a su casa hasta el día en que efectivamente son asistidos, esto resulta superior a lo reportado la bibliografía, gastando aproximadamente 10 pesos en concepto de transporte.

A pesar de los problemas enunciados que tienden a debilitar la capacidad resolutive del primer nivel de atención, vemos que un 64% de los pacientes referenciados elijen continuar su tratamiento en los Centros de Salud, a pesar que no siempre es una elección voluntaria.

El sistema de referencia-contrarreferencia propuesto en el presente trabajo posee diversos componentes que actúan como fortalezas. En primer lugar se evita la confección de una nota en papel que debe llevar el paciente al segundo nivel con un resumen de lo percibido en la consulta, que motiva la solicitud de la referencia. Esta nota en numerosas oportunidades no llega al segundo nivel, ya sea porque el paciente la extravía, la olvida o se pierde una vez entregada al especialista. Este mecanismo ha sido probado y comunicado en otros estudios como deficitario. (35) (36)

Otra fortaleza la configura el hecho de ser una comunicación vía mail que permite la solicitud de turnos sin que se requiera la interacción simultánea de agentes en ambos puntos de la cadena (emisor/receptor). Esto resulta crucial dada la gran demanda de las líneas telefónicas que hacen imposible una comunicación fluida, según lo reportado por los profesionales de ambos niveles.

Otro beneficio desde el punto de vista de la gestión del primer y segundo nivel es la posibilidad de confeccionar un registro tanto para la demanda desde el primer nivel como para la respuesta que se le da a la misma desde los hospitales de segundo nivel; registro hasta el momento inexistente. Esto resulta fundamental para obtener información fehaciente de los procesos de referencia – contrarreferencia a tiempo real, que permitan su monitoreo y evaluación como insumos para la gestión.

Por otro lado, la capacitación para la utilización de la tecnología propuesta y los talleres de sensibilización respecto a la necesidad de optimizar el sistema de referencia fueron aportes importantes para el funcionamiento del sistema.

Otro aporte que dio valor agregado a la propuesta fue el monitoreo, no solo porque permite corregir diariamente las fallas del sistema, sino porque posee la externalidad sobre los agentes integrantes del sistema de salud, respecto a su percepción de control sobre lo actuado. Esto si bien no fue medido desde el principio, tenemos la percepción de que los profesionales del primer nivel solicitaron menos referencias - sobre todo de estudios complementarios -, desde el momento en que supieron que serían monitoreados.

El sistema implementado disminuye los costos indirectos, ya que aporta un enorme ahorro de bolsillo a una población que cuenta con barreras de accesibilidad económicas. Asimismo, existen externalidades positivas difícilmente ponderables como es el la ventaja de que las madres, quienes son por lo general las que realizan la búsqueda de atención, queden al cuidado de sus niños en su casa, ya que no tienen la posibilidad, en su mayoría, de que alguien lo haga por ellas. Sobre todo visto la cantidad de horas que le insume trasladarse al Hospital a obtener un turno, quedando los niños más pequeños al cuidado de un hermano mayor o, en el mejor de los casos, una vecina. En países como el nuestro donde se observa un elevado nivel de violencia familiar, con situaciones de abuso infantil, accidentes domésticos en niños, etc.; el asegurar que los infantes no se encuentren largos períodos sin su madre, no es una opción sino una necesidad (37).

Por lo expuesto hasta aquí, el sistema ha demostrado resultados positivos, asimismo se vislumbran las siguientes potencialidades que deberían ser objetivadas en trabajos ulteriores.

Potencialidades

Desde el punto de vista de la mejora de la calidad de atención

- **Posibilidad de enviar los resultados de exámenes complementarios a través del correo electrónico, evitando la movilización de los pacientes y asegurando que los estudios no queden en el hospital.**
- **Posibilidad de incorporar en el corto plazo a hospitales de tercer nivel, para situaciones de patologías complejas.**

Desde el punto de vista de la operatividad del sistema administrativo municipal:

- **Posibilidad de enviar comunicados a todas las Unidades Sanitarias en tiempo real.**
- **Posibilidad de enviar información estadística por vía electrónica desde las unidades al nivel central, complementando la información generada en formato papel.**

XI / CONCLUSIONES FINALES

En definitiva, el sistema propuesto para la comunicación entre el primer y segundo nivel de atención de la salud de la Ciudad de La Plata obtuvo los siguientes beneficios :

- Reducción importante del gasto en salud de los pacientes, quienes en general son de bajos recursos, disminuyendo las barreras económicas a la accesibilidad.
- Orden, priorización y planificación de la atención del segundo nivel evitando la generación de largas esperas en los servicios hospitalarios.
- Promoción de la utilización del primer nivel, otorgándole mayor jerarquía y poder de resolución de patologías.
- Disminución de las barreras administrativas a la atención de la población por disminución el número de trámites, y se informa a tiempo las condiciones que deben cumplimentar los pacientes para realizarse los diferentes estudios
- Aumento de la eficacia de las derivaciones, ya que el profesional del primer nivel genera un compromiso en el paciente para la correcta utilización del sistema.
- Optimización de la comunicación entre los niveles de atención, lo que otorga beneficios no solo para el propio sistema de salud, sino principalmente para los usuarios del sistema en quienes se puede medir el impacto positivo del cambio, en términos de tiempo, costos y calidad de la atención.

El presente trabajo puede ser considerado una prueba piloto sobre un proceso de reingeniería para la mejora de la calidad de atención de la salud.

Queda para analizar la capacidad de la propuesta para implementarse en otros sistemas de salud con diferentes condiciones, materiales, geográficas, políticas, etc.. Por lo que el reto futuro para la implementación del sistema propuesto es el de poder replicarse en otras localidades con la totalidad de los Centros de Salud de un municipio.

Esto se ha comenzado a ejecutar a partir de la decisión del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires- a través de la Dirección de Atención Primaria de la Salud- de implementar el sistema propuesto en tres localidades de la provincia. El proyecto está funcionando en el total de los Centros de Salud del municipio de Berisso, desde Junio de 2006, en un 50% de los Centros de Salud del municipio de San Miguel, y próximamente será instalado en el municipio de Ensenada.

Los resultados de estos municipios permitirán ampliar las conclusiones y analizar los beneficios del sistema a la hora de se puestos en marcha a escala provincial.

XII / BIBLIOGRAFIA

1. Pan American Health Organization. Atención Primaria de Salud en las Américas: Las Enseñanzas Extraídas a lo Largo de 25 Años y los Retos Futuros. Washington, DC: PAHO, 2003
2. Organización Panamericana de la Salud, DD46/13 (Esp.), La renovación de la Atención Primaria de la Salud en la Américas: Orientación estratégica y programática para la OPS. Washington DC, 2005.
3. Paganini, JM. Los sistemas Locales de Salud: Una estrategia para favorecer la cobertura y la equidad en salud. Versión digital hallado en:
<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/AIEPI4-2.pdf>
4. Subsecretaría de Planificación de la Salud: Programa Pueblo de la provincia de Buenos Aires. “Una respuesta integral a la crisis del modelo de atención”. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 1998
5. UN Millennium Project. Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals. New York: Millennium Project, 2005
6. Atención Primaria de la Salud en las Américas: Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 44° Consejo Consultivo. Washington, D.C., EUA, 22 al 26 de septiembre de 2003.

7. Capote Mir, R. Sistemas Locales de Salud. Organización, regionalización, principios generales. en Los sistemas locales de salud Washington: OPS, 1992.
8. Assessment of health care technology. Rev Panam Salud Publica, 1997, vol.2, no.5, p.363-372. ISSN 1020-4989
9. Ortún V. La articulación entre niveles asistenciales. En: Del Llano J, Ortún V, Martín Moreno JM, Millán J, y Gené J, eds. Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson, 1998, p 349-357.
10. Organización Mundial de la Salud. "Informe sobre la Salud en el Mundo 2003, Forjemos el Futuro". Año 2003.
11. Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación, Consejo Federal de Salud. "Bases del Plan Federal de Salud 2004 - 2007. Mayo de 2004.
12. Sonis Abraham J., Paganini, José M.. La atención de la salud: características, tendencias, problemas. Hacia sistemas integrales de atención. "Medicina Sanitaria y Administración de Salud", 3º edición , Tomo II, Cap 4. Ed. El Ateneo. 1984
13. Mendoza Sassi, R; Béria, Jorge U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cuadernos de salud Pública 17(4): 819-832. Julio - agosto 2001
14. Frenk, Julio "El concepto y la Medición de Accesibilidad". Salud Pública de Mexico 27(5):438-453, 1985.
15. Paho/WHO. Extension of Health service coverage using Primary Health care and Community Participation Strategies. P345. (en La evaluación de la accesibilidad, cobertura , calidad y equidad en salud, Paganini, J.M. Bulletin of the PAHO. Vol. XI, No.4, 1997.

16. Donabedian, A. "Evaluación de la calidad de la Atención Médica". Cap. 33, Investigaciones sobre servicios de salud, una antología. OPS/OMS, Kerr White Editor, Washington DC, 1992.
17. Paganini, José M., "La evaluación de la accesibilidad, cobertura, calidad y equidad en salud". Exposición en la maestría en Salud Pública, UNLP, La Plata 2003.
18. Paganini, J.M., Arrondo, F. La Autoevaluación de Establecimientos de Salud. Guía para su desarrollo. Segunda versión. CIDCAM 2004.
19. Vouri, H.V., El Control de Calidad en los Servicios Sanitarios. Masson S.A. y SG Editores SA, Barcelona, 1988.
20. Donabedian, A. La Calidad de la atención Médica. Las Prensa Mexicana S.A. 1984.
21. Michael Hammer, James Champy. Reingeniería. Grupo Editorial Norma. 1994
22. Walston SL., Kimberly JR. Burns LR. Institutional and economic Influences on the adoption and extensiveness of managerial innovation in hospitals. Med. Care Res. Rev. 2001 Jun, 58(2): 194-228
23. Javier Osorio Acosta, Elsa Paredes Alonso. Rev. Esp. Salud Publica. 2001;75:193-206
24. Arteaga, J.; Bernardo, J. Roa, E. Redes promocionales de calidad de vida. Ministerio de Salud y Desarrollo Social y Agencia de cooperación Alemana, República Bolivariana de Venezuela, 2002.
25. Rovere, M. Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad, Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión) . 1999

26. Consorcio La Plata, Berisso, Brandsen, Ensenada y Magdalena. Censo Nacional 2001 Municipalidad de La Plata, publicación en www.estadistica.laplata.gov.ar/pages/publicaciones.htm
27. Página Web Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2007. Hallado en: www.ms.gba.gov.ar/hospitales/hospitales.html . Ingreso 18 de Setiembre 2006.
28. Página oficial del Hospital Alejandro Korn, Hallada en: www.laplatavive.com/miweb/mromero/index.htm. Ingreso el día 16 de Mayo de 2006
29. Fred R. Berry, la matriz DOFA, La Gerencia Estratégica, LEGIS, 1988.
30. Perez de Castro I, Romo Espeso B, Liqueste Perez C, Diez Garcia MA Interconsultations and complementary tests in a health center. *Aten Primaria*. 1991 Feb;8(2):164-5
31. Buitrago Ramirez F, Chavez Garcia LM An analysis of the interconsultations and complementary tests requested by a health center in a 3-year period. *Aten Primaria*. 1990 Mar;7(3):200-4
32. CASTILLO, Alcira y VARGAS U, Ileana. ¿Continuidad de la atención o falta de recursos en el primer nivel de atención en los servicios de salud de la CCSS?. *Rev. cienc. adm. financ. segur. soc*, 2003, vol. 11, no. 1, p.45-49. ISSN 1409-1259.
33. Irazabal Olabarrieta L, Gutierrez Ruiz B ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? : *Aten Primaria*. 1996 Apr 15;17(6):376-81.
34. Grupo para la Asistencia Médica Integrada y Continúa de Cádiz (GAMIC). Evaluación de la consultoría entre internistas y médicos de familia a los 42 meses de su implantación. *Investig. Clin. Farm*. 2005, Vol. 2 (3): 127-137

35. Velasco Sanchez V, Otero Puyme A. An evaluation of the quality of the medical information passing between primary care and specialist levels. *Aten Primaria*. 1993 May 15;11(8):406-11
36. Mimbela Sanchez MM, Foradada Baldellou S. An analysis of the interrelations of primary care-specialized care in patient referral. *Aten Primaria*. 1993 Jun 30;12(2):65-8, 70.
37. Goldberg, D. B., Kuitka, M. L. *Maltrato Infantil. Una deuda con la niñez*. 2da. Edición. Ed. Urbano Bs. As, 1999: 134-154.

XIII / ANEXOS

I. Fotos

I. Foto del Equipo de Home Mail, junto a un teléfono común para comparar dimensiones.



2. Foto del Equipo de Home Mail, funcionando en el Centro de Salud N°23.
Manejado por el Jefe del Centro, Dr. Roca.



3. Foto del Equipo de Home Mail, funcionando en el Centro de Salud N42.
Manejado por la Obstétrica del Centro, Dra. Schnán, Marianela.



4. Foto del Equipo de Home Mail, funcionando en el Centro de Salud N34.
Manejado por el administrativo del Centro, Cristian.



5. Foto del Equipo de Home Mail, funcionando en el Centro de Salud N20.
Manejado por los administrativos del Centro, Marta y Lucas.



I. Notas Periodísticas

Diario Hoy, ciudad de La Plata, Viernes 27 de Julio de 2006

INTERÉS GENERAL



Intentan informatizar las unidades sanitarias

Los turnos se pedirán por correo

El novedoso sistema, que permite enviar y recibir correos electrónicos, se implementó en tres salitas médicas y un hospital para solicitar turnos. La idea es evitar las interminables esperas que padecen los pacientes. Ahora intentarán extender las comunicaciones a todos los centros de atención

La utilidad del correo electrónico no conoce límites. Ahora, las unidades sanitarias platenses estarán conectadas a los hospitales públicos a través de un simple -pero no menos importante- sistema que tiene como objetivo solicitar turnos para atención o realización de prácticas médicas.

El proyecto, que fue implementado con éxito entre tres salitas y el Hospital de Melchor Romero, funciona a través del sistema de comunicación electrónica. Se trata de homail, una pequeña computadora (compuesta por un visor y un teclado) que sólo permite enviar y recibir mails.

La idea fue desarrollada por el Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (I.D.I.P.), dependiente del Hospital de Niños “Sor María Ludovica”, y se implementó en la Unidad 23 de Etcheverry, la Unidad 42 del barrio Malvinas y la Unidad 34 de Santa Ana, además del Hospital de Romero.

“Se intenta descomprimir los hospitales. Es común que, para acceder a un turno, los pacientes padezcan interminables esperas en los pasillos de los consultorios durante la madrugada”, explicó a Hoy Martín Silberman, médico generalista e impulsor del novedoso proyecto. Agregó: “Ahora la meta es desarrollar este tipo de comunicación en todo el municipio de La Plata”.

A toda la ciudad

La prueba piloto en las zonas aledañas a Melchor Romero resultó exitosa. Al punto que se analiza el programa junto al secretario de Salud municipal, Sergio Del Prete, con el objeto de implementar este mecanismo en todas las unidades sanitarias y hospitales de La Plata.

Este novedoso proyecto será presentado mañana, a las 11, por el I.D.I.P., a cargo de Horacio González, en las instalaciones de 63 y 16. El proyecto se denomina “Aportes para la Optimización del Sistema de Referencia Contrarreferencia entre niveles de Atención de la Salud”. Y, básicamente, trata de la implementación y evaluación de un sistema de comunicación electrónica en el municipio platense.

Durante la presentación, según trascendió desde el I.D.I.P., participarán los jefes de unidades sanitarias, el equipo de salud, representantes de la Fundación Telefónica, y el secretario de Salud del Municipio, Sergio Del Prete y su equipo, además de las autoridades del Hospital de Melchor Romero.

INTERÉS GENERAL



CRECE LA DEMANDA EN LOS CENTROS SANITARIOS

Atención Primaria

En La Plata hay 40 salitas médicas distribuidas en la periferia. Realizan 100 prestaciones diarias cada una. Las áreas más consultadas son pediatría, ginecología y obstetricia. Se calcula que, en la última mitad del año, la atención creció el 20%. Sólo se derivan pacientes por cirugías, estudios o tratamientos especiales. No obstante, piden reforzar la prevención

La atención primaria experimentó un fuerte crecimiento en nuestra ciudad. En la última mitad del año, se calcula que las prestaciones aumentaron el 20%, en especial, en las áreas destinadas a ginecología, obstetricia y pediatría, se informó.

Los centros de salud se levantan como el primer cordón sanitario de la ciudad. Su función es atender a los pacientes que únicamente serán derivados a los hospitales para realizar estudios, cirugías o cuando requieran de la asistencia de un especialista.

La proliferación de las salitas médicas en los barrios surgió por la necesidad de descomprimir los hospitales públicos, desbordados de pacientes carentes de obras social, en especial, durante la grave crisis económica que sobrevino después del 2000.

Nelba Dephler, enfermera del Centro de Salud N°9 de Tolosa, explicó a Hoy que "existe un crecimiento progresivo en los últimos meses"; a la vez, agregó que se debe a "la falta de dinero de las personas para acercarse a un hospital público. Muchas veces no tienen para el micro, por eso optan por la salita del barrio".

Según explicó la enfermera, se atienden muchos casos de pediatría y ginecología. "Se trata de personas que viven en la zona y se realizan controles periódicos. Aquí se pueden atender, pero si se requiere de estudios o tratamientos especializados, son derivados a un hospital", sostuvo.

La atención primaria tiene sus ventajas. Al estar descentralizada en los barrios, los vecinos pueden acceder a las salas fácilmente. Esa es una de las razones por las cuales un nutrido porcentaje de platenses opta por la atención en el primer cordón sanitario.

Néstor Salazar, médico generalista, expresó que "existe un crecimiento del 20% en la atención de los centros de salud". Añadió: "Se debe no sólo a la capacidad de respuesta que se tienen -según los profesionales, no hay escasez de insumos-, sino que también no existen las demoras que hay los consultorios externos de los hospitales".

El desarrollo de las salitas se profundizó a partir del año pasado, cuando alrededor de 125 médicos de los centros de salud de la Región Sanitaria XI (engloba, entre otras localidades, a La Plata, Berisso y Ensenada) se reunieron en el predio de la República de los Niños con el objetivo de encauzar la atención, para aliviar la demanda en hospitales públicos.

No obstante, y a pesar de realizar mayores prestaciones, hay quienes advierten que se debe "reforzar la presencia de estos centros en los barrios a través de la prevención".

José Luis Mainetti, titular de la Región Sanitaria XI, explicó a Hoy que "con el tiempo se fue revirtiendo la imagen que había sobre estos centros de atención primaria pero aún le falta una mayor presencia en los barrios a través de la prevención". Y agregó: "También se requiere que los médicos salgan a la calle, y se muestren más cerca de los vecinos".

Mainetti indicó asimismo que "el trabajo realizado superó las expectativas pero ahora se debe trabajar en los recursos humanos", por ejemplo, sumando más cantidad de profesionales en los barrios.

En conjunto

El incremento en la atención primaria y la necesidad de descomprimir los hospitales públicos son dos de las razones para la creación de un programa que permite obtener turnos para prácticas o atención a través del correo electrónico.

Tal como informó Hoy en su edición de ayer, se intenta poner en marcha un proyecto para trabajar en conjunto entre unidades sanitarias y hospitales de la región. La idea es que los pacientes puedan obtener los turnos sin la necesidad de padecer interminables esperas en los pasillos de los centros asistenciales. La operación se realiza a través de una pequeña computadora habilitada únicamente para enviar y recibir correo.

Martín Silberman, médico generalista e impulsor del novedoso proyecto, explicó que "la prueba piloto se desarrolló entre el Hospital de Melchor Romero y tres salitas médicas, con gran éxito". Agregó: "Ahora la meta es desarrollar este tipo de comunicación en todo el Municipio de La Plata". Este programa será presentado hoy, a las 11, en las instalaciones del Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (I.D.I.P.), dependiente del Hospital de Niños (63 y 16).

Prevención

Los centros de salud que se encuentran en la periferia platense (en la actualidad, hay 40 en funcionamiento) no sólo se ocupan de la atención de los vecinos, la entrega de medicamentos o la aplicación de vacunas sino que también deben trabajar en la prevención.

Se trata de impulsar campañas en las distintas barriadas para evitar enfermedades relacionadas con la pobreza o la sexualidad. Es así que, en muchas salitas de la región, por ejemplo, se reparten en forma gratuita profilácticos.

La apertura a los vecinos, los insumos, la calidad en la atención y el trabajo en los barrios (sumado a las necesidades económicas que padecen muchas familias platenses) son algunas de las razones que encuentran los médicos platenses para explicar este fuerte incremento en la atención primaria.