

La gestión de la referencia y contrareferencia y las normas de calidad en la atención ambulatoria

Angela Gentile

Infectóloga Pediatra
Jefa de Epidemiología
Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez”

Desafíos actuales

- Cambios en las condiciones del ejercicio profesional
- Desaparición del modelo médico hegemónico
- Aparición de agentes intermediarios que cambian la relación tradicional paciente-médico
- Insatisfacción laboral: económica y profesional (mayores exigencias)
- Menor reconocimiento social

Desafíos actuales

- Evitar falsas antinomias y reconocer nuevas necesidades.

Ejemplo: APS vs alta complejidad

Sarasqueta P: Mortalidad infantil por malformaciones congénitas y prematurez en Argentina: análisis de los criterios de reducibilidad. Arch Arg Pediatr 2006

Fundamentos de la acción de SAP

- El propósito fundamental de la SAP está orientado a mejorar la calidad de atención pediátrica y velar por los Derechos de los niños, niñas y adolescentes.
- Existe una íntima relación entre la satisfacción del ejercicio profesional en sus variados aspectos y la calidad de la atención.
- Es imprescindible instalar un espacio de análisis y reflexión de esta problemática a fin de mejorar las condiciones del ejercicio profesional de los pediatras, teniendo en cuenta además que:
el inciso j) del Art. 2° de nuestros Estatutos, expresa que uno de los propósitos de la SAP es ocuparse de los aspectos relacionados con el ejercicio profesional en todos los ámbitos

Antecedentes

- El 17 de Octubre de 2007, en el Centro de Capacitación y Docencia "Dr. Carlos Gianantonio" de la Sociedad Argentina de Pediatría, se realizó el primer **Taller "Ejercicio Profesional"**, convocado por la CD de la gestión 2007-2009
- **Talleres:**
 - A - Capacitación y Certificación del Pediatra
 - B- Trabajo en el Consultorio
 - C- Trabajo en la internación.
 - D- Desgaste Profesional (Burnout)
 - E- El género en la práctica pediátrica

¿Por qué preocuparse de la calidad?

- A pesar de los esfuerzos de muchas organizaciones la falta de calidad continua siendo un desafío importante tanto para los países desarrollados como para los países en vías de desarrollo
- La falta de calidad:
 - Es muy ineficiente
 - Es muy costosa
 - Es muy inequitativa
 - Puede causar daño
 - Puede afectar la credibilidad de los servicios de salud por parte de la población
- La calidad ha sido olvidada en muchos de los procesos de reforma del sector salud

Error medico

- Los errores ocurren en todos los órdenes porque forman parte de la condición humana y más aun en una ciencia como la medicina, compleja y llena de incertidumbres.
- Es necesario encarar el error en forma institucional, a fin de que las medidas y estrategias abarquen todos los factores y alcancen a todos los profesionales.

El error en medicina

- ✓ *Concepción moderna*
- ✓ *Desvincular de la mala praxis*
- ✓ *Protección al paciente*
- ✓ *Promover su análisis en el equipo de salud (interdisciplina) y como práctica habitual*

Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente

- 2002 Resolución de la 55 Asamblea Mundial de la Salud**
Se lanza la primera iniciativa de los Países Miembros sobre seguridad del paciente y se solicita apoyo técnico de la OMS.
- 2004 Resolución de la 57 Asamblea Mundial de la Salud**
Propone crear la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

**Lanzamiento de la iniciativa Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (AMSP/OMS) en la Sede de la OPS/OMS
Washington DC, octubre 2004**

Retos Mundiales



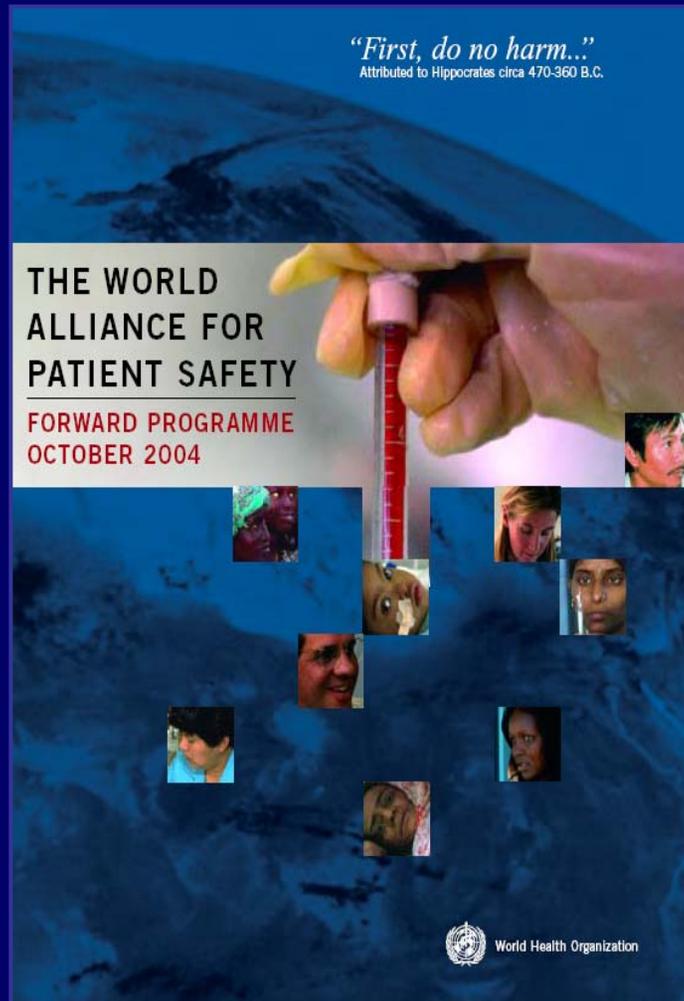
Pacientes por la seguridad de pacientes



"First, do no harm..."
Attributed to Hippocrates circa 470-360 B.C.

THE WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY

FORWARD PROGRAMME
OCTOBER 2004



World Health Organization

Investigación



Reporte y aprendizaje

Soluciones



Referencia

- La *referencia* (derivación) es **el traslado** de un paciente a otro lugar para que reciban cuidados que no pueden ser brindados en el lugar de origen.
- La responsabilidad de la atención mientras está en el lugar de derivación queda a cargo del médico e institución que recibe al paciente.
- Esta derivación debería ser hecha siempre después de una comunicación con el lugar al cual se va a derivar al niño, después de un acuerdo previo entre el médico que envía al paciente y el que lo recibe.
- Un cuidadoso **resumen de historia clínica**, donde figure la información necesaria para su correcta asistencia en el lugar de recepción,
- **El motivo de la derivación**, lo que se espera de su traslado,
- **Datos de contacto**: nombre y dirección del médico (telefónica, correo electrónico, etc.).

Contrarreferencia

- La *contrarreferencia* es la devolución del paciente al lugar de origen, lo que a su vez requiere que sea acompañada de **otro cuidadoso informe** hecho en el lugar donde estuvo, que incluya todos los estudios que se hicieron, eventuales tratamientos, complicaciones probables, guía de seguimiento ulterior, nombre y dirección de la persona a contactar en caso de complicaciones.
- No se encuentran en la literatura científica artículos sobre las formas y condiciones generales bajo las que deben cumplirse estas prácticas, lo que hace aun más importante que les dediquemos
- en forma individual y grupal, en cada lugar donde se cumple nuestra actividad, una profunda reflexión.

Relaciones humanas

En relación a la atención
ambulatoria.....

Calidad en la Estructura de los Servicios de Salud en distintas áreas pediátricas

- Asegurar la calidad de las prestaciones de los Servicios de Salud en un marco de equidad, efectividad, eficacia y eficiencia. Para su elaboración se utilizó como guía la “Categorización por Niveles de Riesgo de los Establecimientos Asistenciales con Internación”, definidos por el Ministerio de Salud de la Nación en:
- Bajo Riesgo (Nivel I), Mediano Riesgo (Nivel II*), y Alto Riesgo (Nivel III)

En cada nivel se analizan los requerimientos en lo que hace a:

- 1- Planta física
- 2- Equipamiento tecnológico
- 3- Recurso humano
- 4- Marco normativo de funcionamiento
- El documento incluye los Derechos del Niño Hospitalizado

Los derechos de los niños, niñas y del adolescentes en la atención ambulatoria

- ✓ A ser atendidos en Servicios de Atención Ambulatoria bien organizados, confortables, evitando largas esperas.
- ✓ A que en toda consulta se le realicen controles de salud y que se eviten internaciones innecesarias.
- ✓ A amamantar sin restricciones hasta, por lo menos, los seis meses de edad.
- ✓ A recibir gratuitamente todas las vacunas.
- ✓ A ser atendido por un equipo de salud especializado e interdisciplinario que estimule los valores éticos de la relación pediatra-niño-familia.
- ✓ A participar junto con su familia en propuestas de Educación para la Salud
- ✓ A recibir la mejor atención domiciliaria o de emergencia.
- ✓ A ser informado acerca de su enfermedad y de las prácticas y procedimientos que deban realizarle.
- ✓ A confidencialidad.
- ✓ A no ser objeto de ensayos clínicos sin consentimiento de sus padres.
- ✓ A ser considerado sujeto de derechos según lo establece la Convención Internacional de los Derechos del Niño en la ley 23.849 y en la Constitución Nacional.

Normativa de la atención ambulatoria

- ✓ Trabajo sobre una base poblacional conocida.
- ✓ Identificación de las barreras que limiten la accesibilidad (de la oferta, geográficas, económicas), y de los factores que atentan contra la equidad del sistema.
- ✓ Existencia y cumplimiento de programas de promoción y protección de la salud que estimulen el autocuidado individual y familiar, además de las actividades asistenciales de recuperación de la salud.
- ✓ Existencia de personal médico y de enfermería estable y suficiente que asegure la relación de los mismos con las familias a lo largo del tiempo.
- ✓ Personal con capacitación, dedicación y compromiso apropiados para las actividades en el primer nivel de atención.
- ✓ Actitud y comportamiento profesional que trasciende el individualismo de la consulta médica tradicional y posibilita el trabajo interdisciplinario y el análisis de los problemas de salud con participación de la comunidad.
- ✓ Conocimiento de los factores sociales, culturales y económicos que influyen en las cuestiones de salud.

Normativa de la atención ambulatoria

- ✓ Capacidad de resolución en cuestiones de diagnóstico y tratamiento, ya sea propia o refiriendo pacientes para estudios, prácticas o consultas especializadas.
- ✓ Relevamiento de conocimientos y prácticas relacionadas con la salud en las familias bajo su cuidado.
- ✓ Existencia de instancias de comunicación con la comunidad al margen de los contactos de las acciones médicas y de enfermería propias de la actividad asistencial tradicional.
- ✓ Capacidad de gobierno y organización del efector.
- ✓ Monitoreo de la calidad de los programas y de los resultados de impacto en los indicadores de salud.

Requerimientos del área ambulatoria

- ✓ La orientación médica permite la clasificación por riesgo de la demanda espontánea utilizando criterios básicos de riesgo y dirigir la misma hacia el sector de bajo riesgo (demanda estacional) o mediano riesgo (necesidad de exámenes complementarios, interconsultas, etc.).

Planta Física

- Son las áreas destinadas a la atención personalizada ambulatoria en la modalidad de consulta ambulatoria con criterio integral de atención para acciones de promoción y protección de la salud (control), y atención de patologías básicas.

Planta física y equipamiento

- ✓ Superficie mínima de 7,50 m², con un lado mínimo de 2,50 m.
- ✓ Sus condiciones ambientales procurarán privacidad, protecciones de seguridad y buena ventilación.
- ✓ El equipamiento mínimo con que deberá contar es: lavabo, toallero para descartables, escritorio, sillas, camilla, armario, recipiente con tapa y papelerero y carro de suministros y curaciones o equipamiento que reemplace al enunciado pero que posibilite el desarrollo de las acciones. Si se tratara de consultorio para salud mental sólo contará con mesa y sillas.
- ✓ Además de las instalaciones generales, contará con boca de techo o de pared y localizada en el área de examen, un mínimo de 4 tomacorrientes simples e iluminación general de 200 lux, blanca y difusa, y en aquellos que lo requieran luz focalizada.

Tiempo dedicado al paciente

Dependerá del consultorio que asiste el pediatra:

- ✓ Consultorio de emergencia (guardia): 15 minutos.
- ✓ Consultorio de demanda espontánea de bajo y mediano riesgo: 20 minutos.
- ✓ Consultorio externo programado (primera vez o alto riesgo): 30 minutos.

Normativas internas. Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. 2007

LeBaron C, Rodewald L, Humiston S. How much time is spent on well-child care and vaccinations? Arch Pediatr Adolesc Med. 1999;153:1154-59.

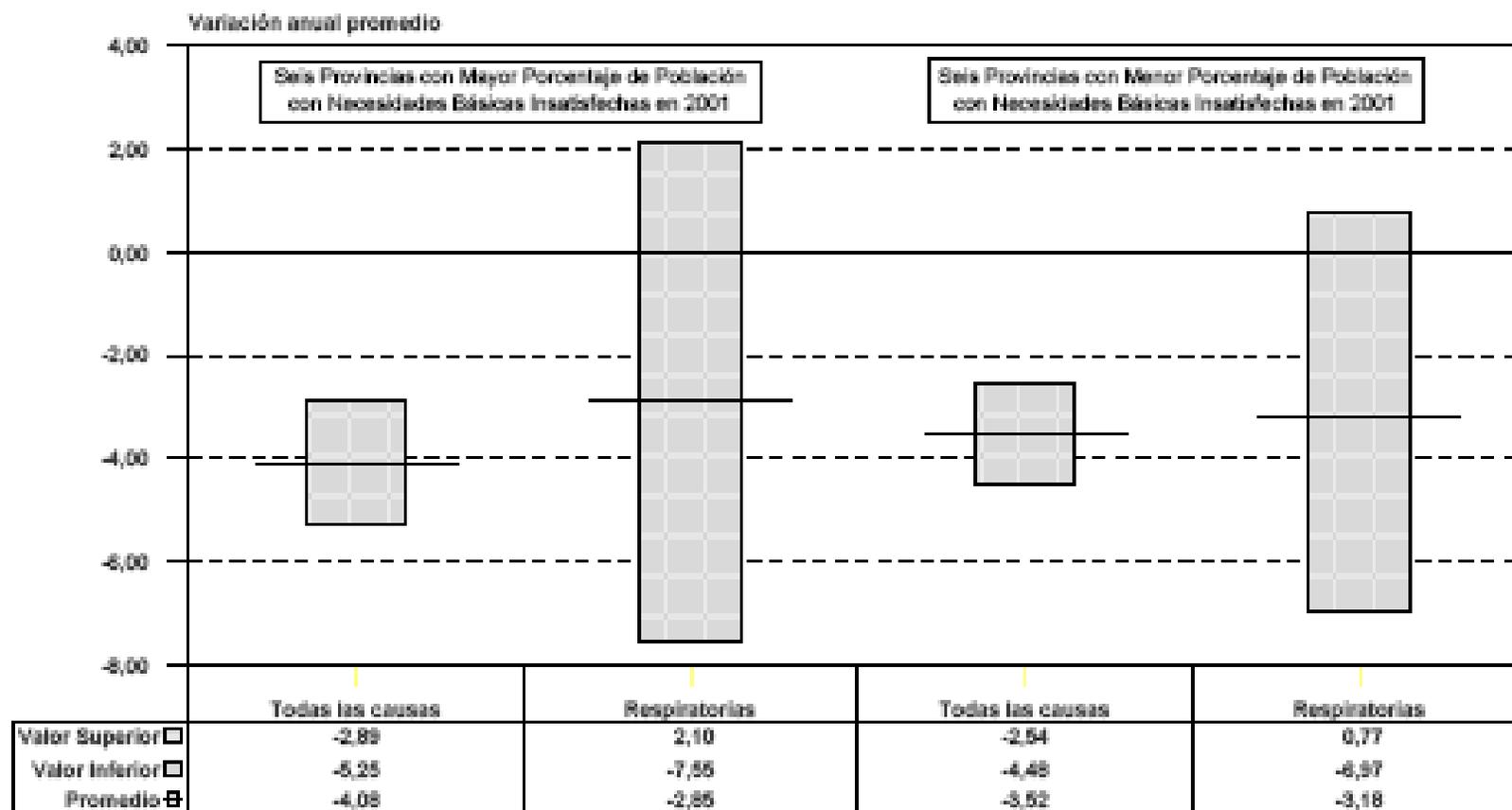
Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura . La calidad de la asistencia pediátrica de Atención Primaria en los sistemas sanitarios públicos españoles. 2001. <http://www.spapex.org/calidadasistenciapedi.htm>

Referencia y contrareferencia: el modelo de las IRAB

Frente a situaciones críticas (aumento de la demanda en brotes epidémicos), es necesario garantizar:

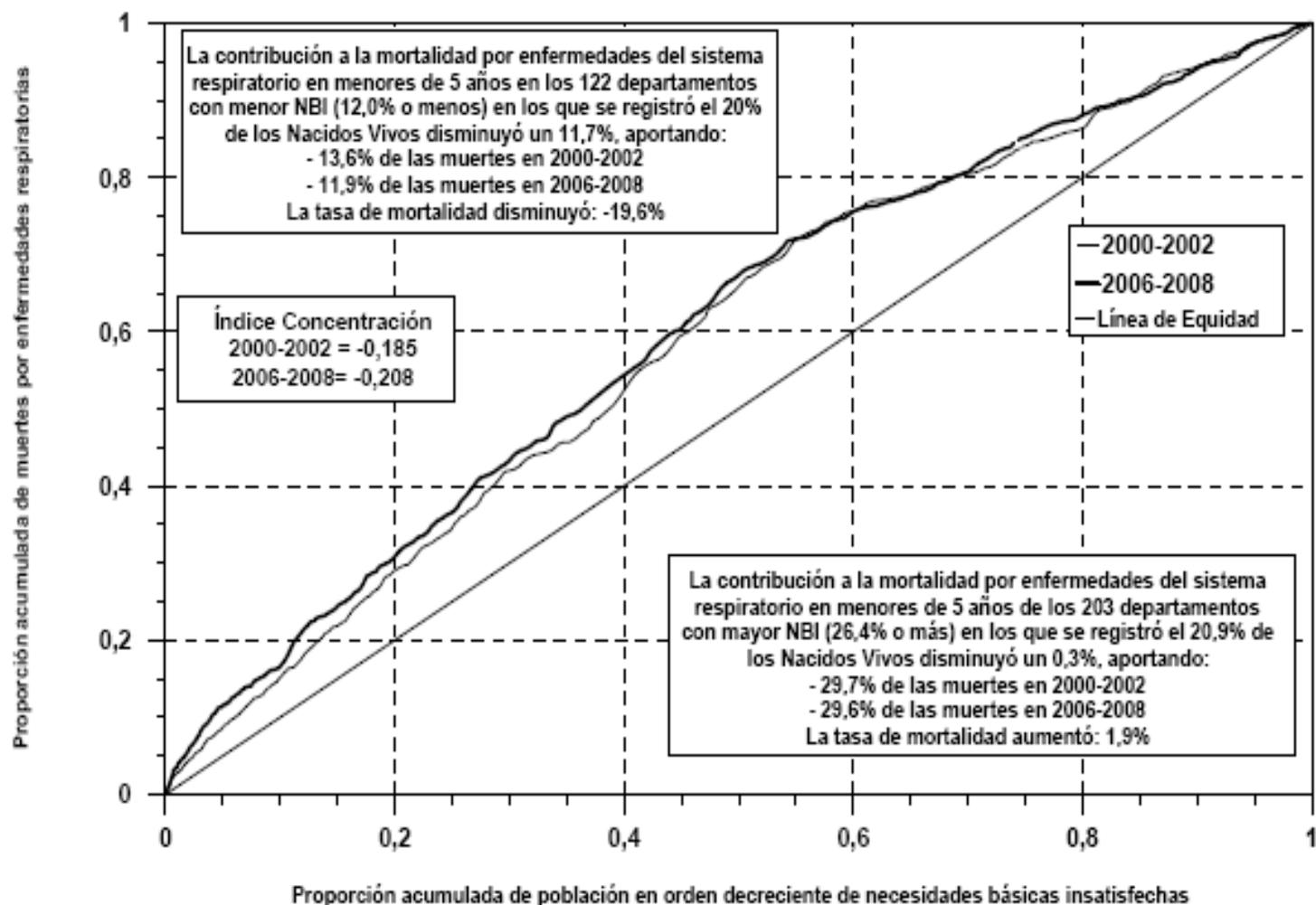
- A-Refuerzo de Recursos Humanos: Médicos de guardia, médicos de planta, enfermería, kinesiólogos, mucamas. Restricción o limitación de licencias ordinarias en las épocas críticas.
- B) Adecuar la estructura física y el recurso humano en la epidemia: Contención en los CAPS, habilitación de Salas de pre-hospitalización o de otros sectores para internación. Habilitación de camas para terapia intensiva e intermedia.
- C) Adecuar la Provisión de Insumos : Aumentos de aerosoles, aerocámaras, saturómetros, respiradores, bombas de infusión *etc.*

Figura 12: Variación anual promedio e intervalo de confianza del 95% para la tasa de mortalidad por todas las causas y por enfermedades respiratorias en menores de 5 años. República Argentina, 1998-2008
Comparación de las seis provincias con mayor y menor porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas en 2001



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", con base en datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud, República Argentina, Febrero de 2010.

Figura 14: Comparación de la Curva de Concentración para la mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de 5 Años en la República Argentina, por departamentos. Tasas trianuales 2000-2002 y 2006-2008



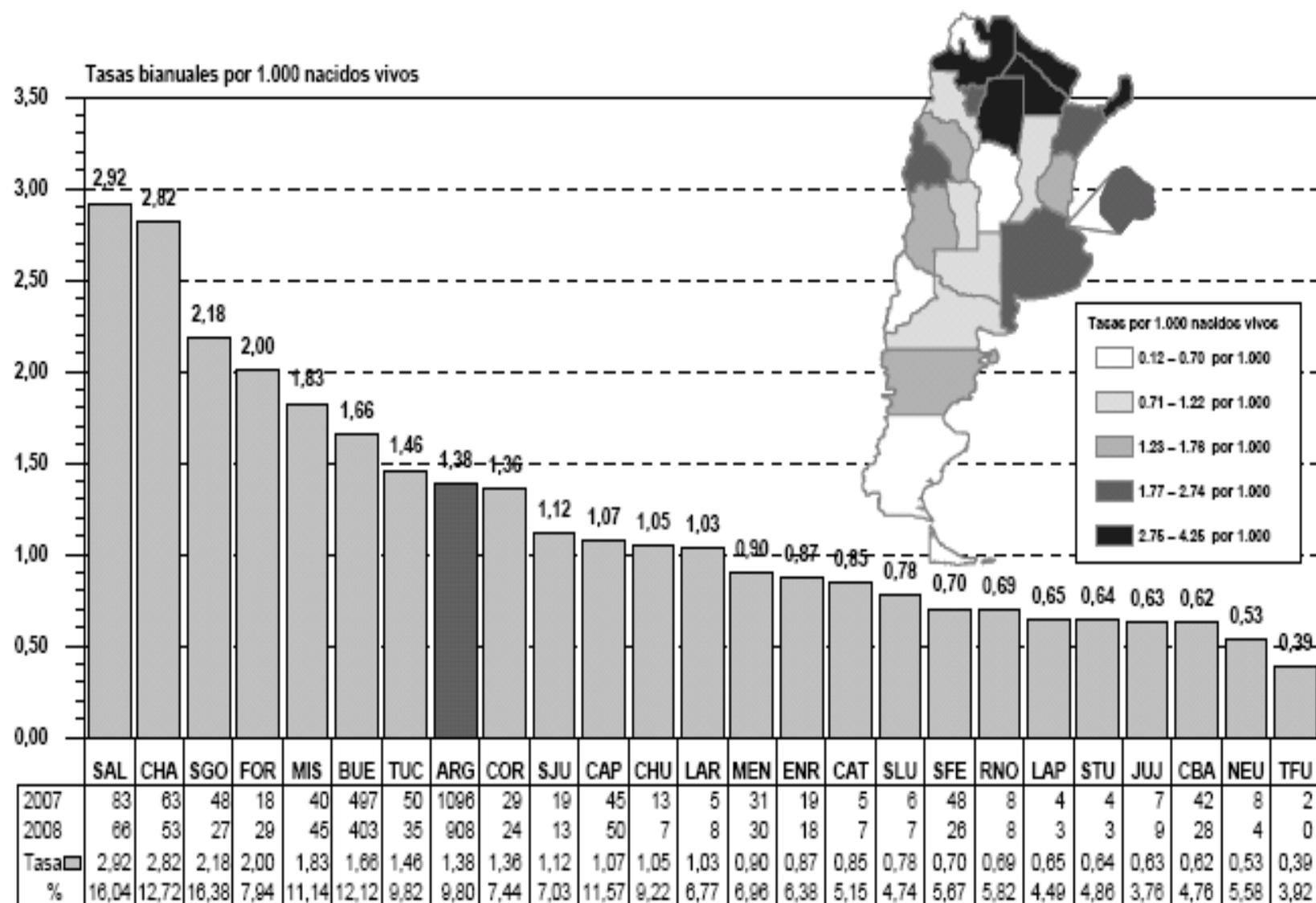
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", con base en datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Ministerio de Economía, República Argentina, Febrero de 2010.

Infecciones y pobreza: el modelo de las infecciones respiratorias

Los 203 departamentos o partidos con mayor índice de NBI en 2001 (26,4% o más de población con NBI) que aportaban el 20,9% de los nacidos vivos en el trienio 2000-2002, contribuyeron en ese trienio con el 29,7% de las muertes por enfermedades del sistema respiratorio en menores de cinco años y tuvieron, en conjunto, una tasa de mortalidad por esta causa de 2,13 por 1.000 nacidos vivos. Estos 203 departamentos o partidos aportaron en el trienio 2006-2008 un 18,7% de los nacidos vivos en el trienio 2006-2008 y un 29,6% de las defunciones por enfermedades del sistema respiratorio, con una tasa de mortalidad conjunta de 2,17 por 1.000 nacidos vivos, 1,9% más alta que la que habían registrado en el primer trienio.

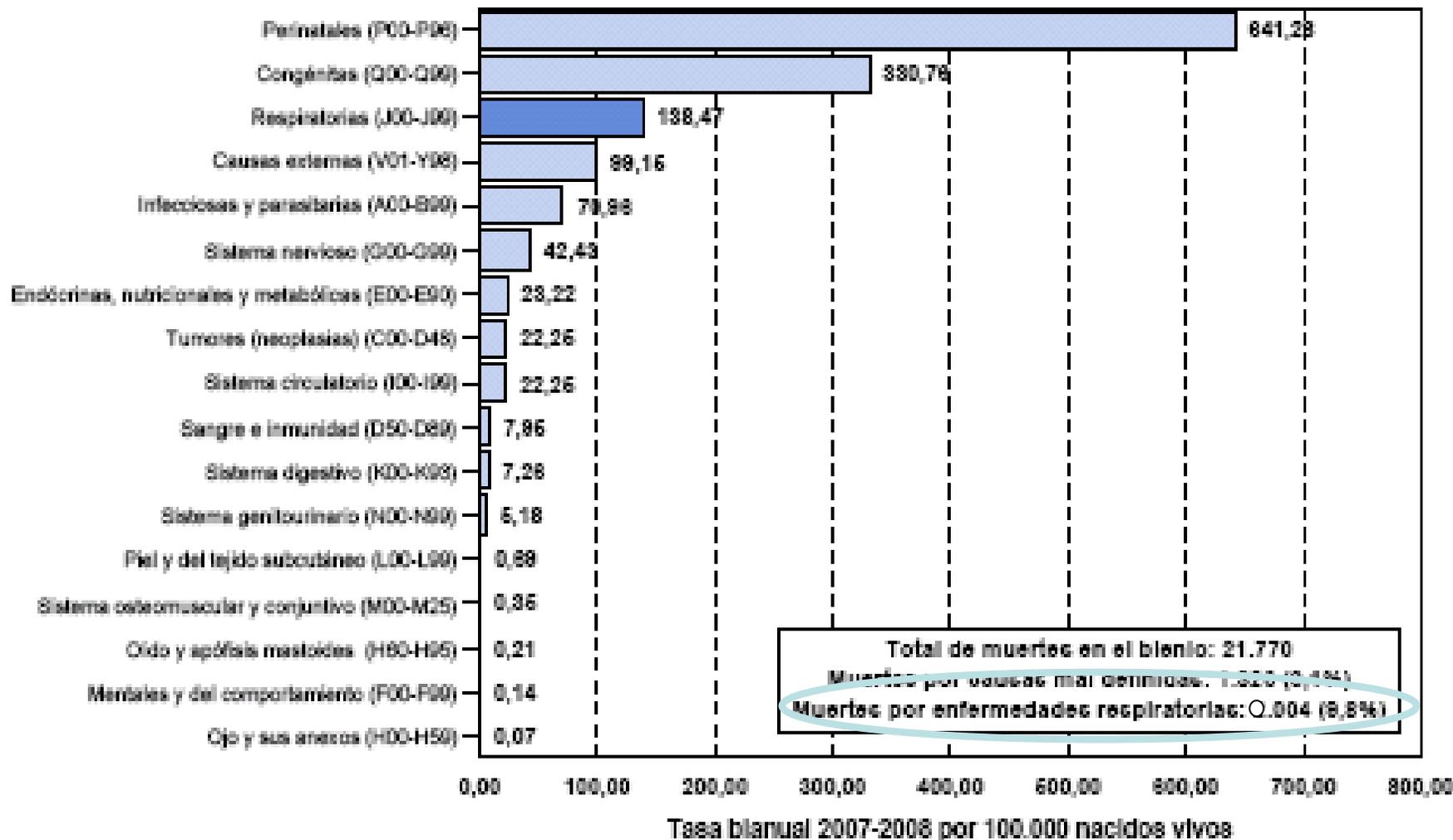
Los 122 departamentos con menor índice de NBI en 2001 (12,0% o menos de población con NBI), que aportaban el 20,0% de los nacidos vivos en el trienio 2000-2002, contribuyeron con el 13,6% de las defunciones por enfermedades del sistema respiratorio en menores de cinco años y tuvieron, en conjunto, una tasa de mortalidad por esta causa de 1,02 por 1.000 nacidos vivos. Estos mismos departamentos aportaron en el trienio 2006-2008 el 20,1% de los nacidos vivos y el 11,9% de las defunciones por enfermedades del sistema respiratorio en menores de cinco años, con una tasa conjunta de 0,82 por 1.000 nacidos vivos, 19,6% más baja que la que habían registrado en el trienio 2000-2002.

Figura 5: Mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de 5 años. Número de muertes anuales y tasas por 1.000 nacidos vivos para el bienio 2007-2008. República Argentina, por jurisdicción



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", con base en datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud, República Argentina, Febrero de 2010.

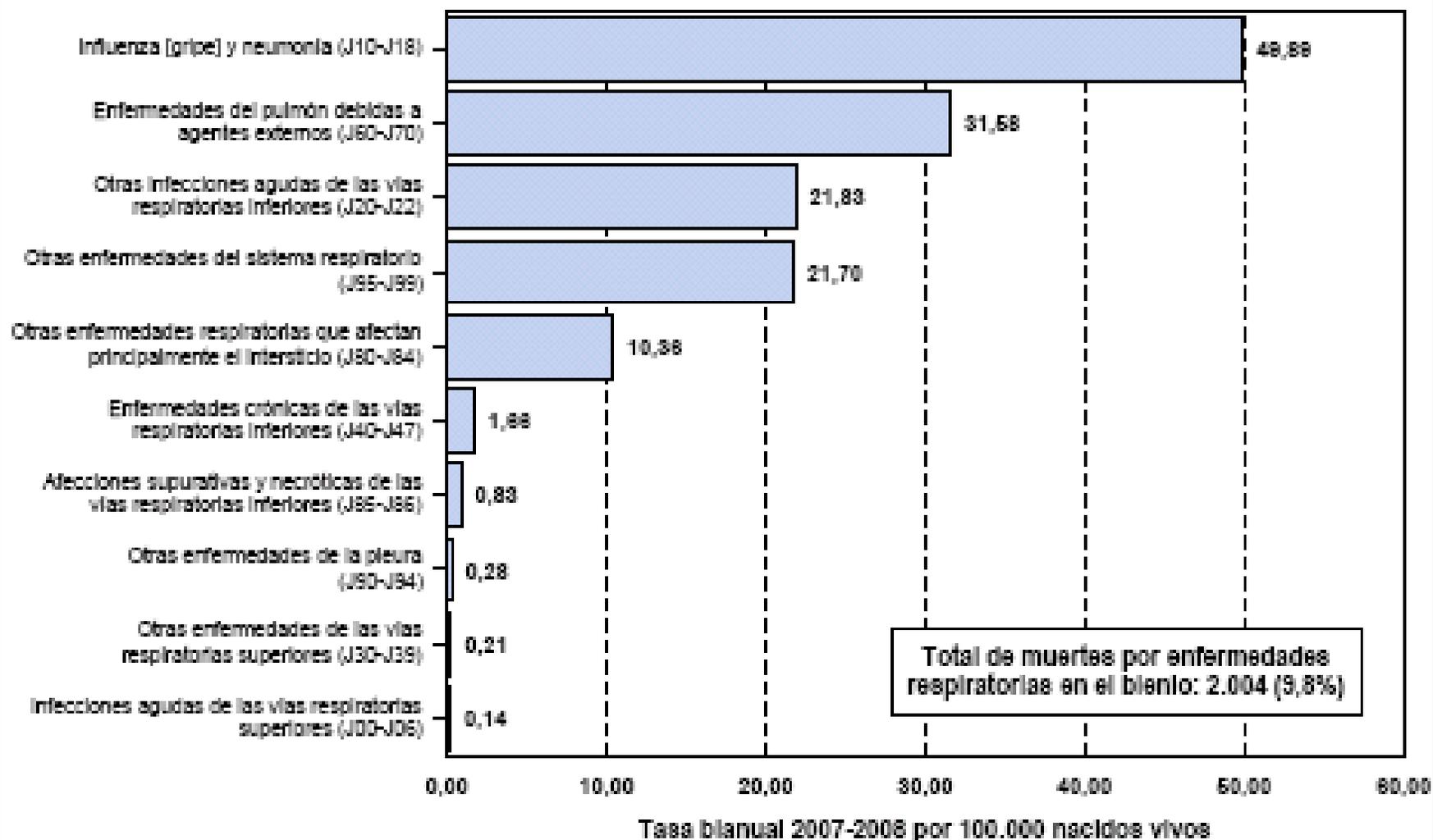
Causas registradas de la muerte de menores de 5 años. Tasa bianual por 100.000 nacidos vivos. República Argentina, 2007-2008



Nota: Los capítulos no incluidos en la figura son aquellos para los que no se registraron defunciones en el bienio 2007-2008.

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Emilio Coni", con base en datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina, Enero de 2010.

Causas registradas de la muerte de menores de 5 años por enfermedades respiratorias.
Tasa bianual por 100.000 nacidos vivos. República Argentina, 2007-2008



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Emilio Coni", con base en datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina, Enero de 2010.

Referencia y contrareferencia: el modelo de las IRAB

- ✓ Ausencia de seguimiento longitudinal de los casos de SBO en un proceso de atención inadecuado por cortes transversales.
- ✓ No consideración de factores de riesgo (edad del niño, bajo peso al nacer, desnutrición, episodios previos de SBO) y de factores de riesgo social. (edad de la madre, alfabetización, hábitat del niño, accesibilidad a los servicios).
- ✓ Subestimación de la gravedad de la enfermedad actual con la consecuencia de internaciones tardías y agravamiento evitable del SBO.
- ✓ Atención despersonalizada del paciente.
- ✓ Atención restringida al motivo de la consulta, pasando por alto la necesidad de dar una respuesta integral y falta de aprovechamiento de una instancia para la prevención y promoción de la salud de ese niño y de su familia.
- ✓ Variación de las modalidades terapéuticas usadas entre los diferentes servicios, con uso frecuente de medicación inefectiva (jarabes) uso exagerado de antibióticos

Referencia y contrareferencia: el modelo de las IRAB

- ✓ Saturación de las emergencias pediátricas en la temporada invernal por consultas por SBO. Un alto porcentaje de los cuadros que se presentan como formas leves o moderadas podrían ser resueltos en Centros de Atención Primaria. Esto posibilitaría una adecuada atención en las guardias para los casos graves, permitiendo la derivación oportuna de los casos que lo requieran.
- ✓ Déficit de acciones preventivas previas a la enfermedad actual (falta de seguimiento del niño, vacunación incompleta, interrupción de la lactancia materna).
- ✓ Fallas en la vinculación de las familias con el sistema de salud.
- ✓ Falta de interrelación entre los diferentes niveles de atención (hospitales y centros de salud).
- ✓ Falta circunstancial de provisión de insumos terapéuticos en la atención primaria u hospitalaria.
- ✓ Déficit en las horas médicas y de enfermería necesarias para cubrir las necesidades de la población en el 1º nivel de atención.

Internaciones evitables o Procesos sensibles a cuidados ambulatorios

- **Internación evitable** es aquella que podría haber sido prevenida, tratada y controlada por el primer nivel de atención o por conductas saludables.
- Son procesos que con una acción preventiva (inmunización), controlando una enfermedad crónica (diabetes o asma) o tratando de manera oportuna y efectiva una patología aguda (gastroenteritis, neumonía), son pasibles de evitar la internación.

Internaciones evitables o Procesos sensibles a cuidados ambulatorios

Para los pacientes y familiares

- Infecciones hospitalarias
- Errores en la medicación
- Psicológicos. Hospitalismo
- Sociales y económicos
- Cuidados del enfermo
- Descuido de otros familiares
- Separación de las familias
- Pérdidas de días de trabajo.

Internaciones evitables

La tasa de hospitalizaciones evitables se comporta de manera inversa al grado de acceso a una atención primaria oportuna y de calidad.

Hospitalizaciones Prevenibles por Condiciones Sensibles a la Atención Ambulatoria es uno de los indicadores de resultados intermedios más valioso para monitorear el desempeño comparado de un sistema de salud

Nuevos indicadores

- ✓ Usar un indicador de morbilidad.
- ✓ Detectar las causas de internaciones innecesarias o la prolongación de las necesarias.
- ✓ Evitar la internación por causas judiciales.
- ✓ Evitar exponer al niño y su familia a los riesgos de una internación hospitalaria
- ✓ Convertir ese “gasto” inútil en “inversión en prevención y promoción de la salud.

El pediatra y la calidad de atención

Difusión a través de los órganos de SAP de las normativas vigentes (PGCAM) e instalar el tema en todo el país.

La federalización de estas propuestas permitirá el alcance nacional de las mismas y el acercamiento a los órganos de decisión en cada lugar del país.

Reclamar ante las autoridades correspondientes la eliminación de la precariedad laboral promovida en parte por la vigencia de la ley de emergencia económica que impide la regularización de los trabajadores de la salud. (TS)

Es importante que el TS se sienta jerarquizado en un clima de confianza, trabajo estable y respeto mutuo, con todas las posibilidades de capacitación e investigación junto con la tarea asistencial.

Promover la creación de carreras profesionales en todas las jurisdicciones que incluyan equidad en el ingreso mediante concursos, promoción por méritos y los ya mencionados derechos del TS.

Promover la regionalización y creación de redes de atención (referencia, contrarreferencia, transporte) a los fines que se sitúen "nodos" o centros de complejidad que favorezcan la atención sin la imperiosa necesidad de derivación (a veces muy dificultosa sobre todo en épocas de epidemia de IRA).

- *La comunidad pediátrica, que cuenta con grandes recursos y experiencias en el campo de la educación médica y de la defensa de la causa de la infancia, no dispone del mismo nivel de experiencia y programas al servicio de este nuevo desafío.*
- *No obstante tenemos un enorme capital, la **unidad de la pediatría argentina en su sociedad científica.***
- ***Importante: instalar el tema en la comunidad!!!!***

Gracias!!!!!!!

angelagentile@fibertel.com.ar