

Contra **RED**ferenciándonos

Analizando nuestras redes

**Trabajo de Investigación con Enfoque
Cualitativo**

Inédito

**Categoría: Gestión/Administración de
Servicios de Salud**

Residencia de Medicina General Olavarría

**Autoras: Bojesen C; D'Ambrosio M; Dewald K; Durán F; Gómez M; Guidobono G; Herrera S;
Lanceta F; Lis M; Nogal M; Occhi S; Pérez J; Ruíz K; Sardi N.
Colaboradora: Lestrada M.**

2019

**Calle 13 e H. Yrigoyen, Olavarría (7400), Buenos Aires
e-mail: mgeneralolavarria@hotmail.com**

INDICE

RESUMEN	3
PLANTEO DEL PROBLEMA Y SU JUSTIFICACIÓN	5
OBJETIVOS.....	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos	6
FUNDAMENTACIÓN DESDE EL MARCO TEÓRICO.....	6
Relevancia de los procesos de gestión en salud con perspectiva en Atención Primaria de la Salud (APS)	6
Organización del sistema de salud.....	7
Relevancia de la descentralización y su gestión	9
MATERIALES Y MÉTODOS.....	10
Tipo de diseño	10
Contexto del estudio	11
Muestra y unidad de análisis	11
Herramientas de recolección de datos	11
Metodología de análisis	12
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	12
Entrevistas a usuarios/as del sistema de salud	12
Entrevistas a médicos y médicas	15
Entrevistas profesionales con capacidad de gestión	20
Análisis de las Sugerencias.....	23
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	25
Propuestas/recomendaciones de las investigadoras	27
BIBLIOGRAFÍA.....	29
ANEXOS.....	30

RESUMEN

“CONTRAREFERENCIÁNDO NOS. ANALIZANDO NUESTRAS REDES”

Autores: Bojesen Claudia, D'Ambrosio Micaela, Dewald Karen, Durán Florencia, Gómez Melisa, et al.

CAPS N°6 “12 de Octubre”

Dirección: Calle 13 e H. Yrigoyen, Olavarría (7400), Buenos Aires

e-mail: mgeneralolavarria@hotmail.com

Trabajo de investigación con enfoque cualitativo

Gestión/Administración de servicios de salud

El proceso de descentralización basado en la estrategia de APS, requiere para su gestión el desarrollo e implementación de redes y programas. Uno de los pilares fundamentales es el sistema de referencia y contrarreferencia (SRCR).

Objetivo: evaluar la calidad del funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia entre el primer y el segundo nivel de atención, desde la perspectiva de diferentes actores involucrados en dicho proceso, en Olavarría, de Julio a Septiembre de 2019. **Materiales/métodos:** diseño cualitativo fenomenológico, corte transversal, muestreo no probabilístico. Unidades de análisis: usuarios/as y profesionales médicos/as. Se realizaron 17 entrevistas semiestructuradas. **Resultados:** surgieron tres categorías: profesionales médicos/as, gestión y usuarios/as, visibilizando a estos últimos como eslabón fundamental dentro del SRCR. Los/as profesionales conocen el sistema, calificando su funcionamiento de regular a malo e identifican sus factores determinantes. También hacen referencia a la necesidad de que el SRCR funcione eficientemente y los beneficios que generaría; destacando también una falta general de gestión e implementación de políticas públicas tanto actual como retrospectivamente, enfatizando la implementación de la historia clínica digital como solución parcial. **Discusión/conclusiones:** el fortalecimiento de la estrategia de APS es clave para alcanzar la salud como meta, con base en el desarrollo de la justicia social; dicho fortalecimiento depende, entre otros determinantes, de la implementación de políticas públicas que garanticen la descentralización. Para que esto suceda, es fundamental que se optimice el SRCR, trabajando desde diferentes niveles de responsabilidad para

la normatización del sistema, realización de mejoras continuas y evaluaciones de calidad.

Redes, gestión, descentralización, atención primaria

Soporte técnico: Cañón multimedia y pantalla.

PLANTEO DEL PROBLEMA Y SU JUSTIFICACIÓN

La presente investigación tiene como fin evaluar el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia (de ahora en más mencionado como SRCR) que se desarrolla entre el primer y el segundo nivel de atención del sistema público de salud, en la ciudad de Olavarría, Buenos Aires, Argentina.

La inquietud de investigar el funcionamiento del sistema previamente mencionado, surge a partir de la observación de reiteradas fallas en el mismo, que han obstaculizado el abordaje integral e interdisciplinario, y/o el seguimiento longitudinal de las personas que se atienden en el centro de salud, complejizando la resolución de las problemáticas, y por sobretodo, poniendo en riesgo la salud integral de las personas.

A fin de hacer un buen uso de esta red de servicios, maximizando su eficiencia a partir de la gestión, resulta crucial asegurar una buena coordinación entre los diferentes niveles de atención, aspirando así a abordar las distintas necesidades de salud de las personas en el establecimiento de salud, según el grado de complejidad que requiera.

Se considera que la coordinación y la comunicación entre los/as profesionales de los diferentes niveles de atención, son algunos de los componentes esenciales para que un SRCR se desarrolle adecuadamente. Por esto se busca que, a través del conocimiento y la divulgación de los factores (tanto los obstaculizadores como los facilitadores), se logre concientizar y dar prioridad a dicha problemática, tanto por parte de los/as profesionales como de las personas con poder de gestión. Además, se busca destacar la relevancia de generar propuestas participativas, programas o planes que mejoren la gestión y los mecanismos involucrados en el funcionamiento del SRCR. Al abordar esta problemática surge el siguiente planteo:

¿Cuál es la calidad del funcionamiento del SRCR entre el primer y el segundo nivel de atención, desde la perspectiva de los diferentes actores involucrados en dicho proceso, en la ciudad de Olavarría, durante los meses de Julio a Septiembre del año 2019?

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la calidad del funcionamiento del SRCR entre el primer y el segundo nivel de atención, desde la perspectiva de los diferentes actores involucrados en dicho proceso, en la ciudad de Olavarría de Julio a Septiembre del año 2019.

Objetivos específicos

- Establecer cuáles son los factores obstaculizadores y facilitadores para que el SRCR entre el primer y el segundo nivel de atención funcione correctamente.
- Visibilizar y conocer las percepciones de los usuarios del sistema público de salud en lo que respecta al SRCR.
- Dar a conocer los beneficios de una buena articulación entre el primer y el segundo nivel de atención del sistema de salud público de Olavarría.
- Generar propuestas para la gestión del SRCR entre el primer y el segundo nivel de atención de la salud.

FUNDAMENTACIÓN DESDE EL MARCO TEÓRICO

Relevancia de los procesos de gestión en salud con perspectiva en Atención Primaria de la Salud (APS)

Las investigadoras de este trabajo adhieren a la teoría de una atención de la salud basada en la estrategia de APS, entendiendo APS como atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener en cada nivel de su desarrollo un espíritu de autodependencia y autodeterminación¹. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país como del total del desarrollo social y económico de la comunidad.

Argentina se caracteriza, entre otros aspectos, por un contexto social profundamente heterogéneo que puede observarse tanto entre las diferentes provincias como entre los municipios y al interior de éstos, ya sea en los perfiles epidemiológicos, el acceso a la atención, la cobertura prestacional, los marcos de regulación, las capacidades institucionales y/o el nivel de gasto². Todos estos factores son de imprescindible evaluación

a la hora de abordar una comunidad, implementar proyectos y planes de promoción y prevención de la salud basada en las necesidades de la población. Es por esto también, que se considera de vital importancia que se financien los recursos para la realización de trabajo en el campo y así conocer el estado de salud de la comunidad en la que estamos inmersos.

A la hora de evaluar el campo de la salud en Argentina se observa que el mismo se caracteriza por su complejidad, producto de la combinación de distintos factores desde la alta concentración heterogénea de capital económico; problemas de financiamiento tanto en los campos de la salud como en educación; la corrupción dentro del sistema de gestión (en los niveles macro y micro); las bajas capacidades de gobierno/gestión; la falta de regulación en la formación de profesionales, entre otros determinantes, son los factores que contribuyen al desarrollo de las principales enfermedades de la sociedad. Así como Johan Peter Frank (1745-1821) mencionó en uno de sus estudios: –..."la miseria del pueblo es la madre de todas las enfermedades"³.

Organización del sistema de salud

Según la Organización Mundial de la Salud un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud y proporcionar tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

Los sistemas nacionales de salud en varios países del mundo se han organizado bajo la estrategia de niveles de complejidad de la atención médica, cuyo objetivo es favorecer la accesibilidad y disminuir las barreras de las prestaciones de los servicios de salud.

Se establecen entonces diferentes niveles de atención. El primer nivel se conforma por centros de atención primaria (CAPS) o unidades de medicina familiar, donde se buscan resolver entre el ochenta y ochentaicinco por ciento de los problemas de salud, se realiza seguimiento y abordaje integral.

El segundo nivel de atención se conforma por hospitales generales, clínicas especializadas o policlínicos, donde se aborda y da resolución no solo a las emergencias de mayor complejidad sino también aquellas patologías que requieren de profesionales especializados en otras áreas. Este nivel es responsable de resolver del diez a quince por ciento de los problemas de salud referidos por el primer nivel o consultados a través de servicios de urgencias y requieren tecnología de mediana complejidad.

Por último, existe un tercer nivel formado por centros médicos de especialidades, diseñados para resolver el cinco por ciento de los problemas de salud que requieren tecnología de alta complejidad.

El sistema de salud de la ciudad de Olavarría se enmarca dentro de lo establecido en los párrafos anteriores y se sustenta en el plan estratégico establecido por la declaración de Alma Ata (1987)¹ donde se dejó en claro la relevancia de la Atención Primaria de la Salud (APS) como puerta de entrada al sistema de salud de los individuos, la familia y la comunidad, llevando lo más cerca posible, la atención al lugar donde residen y trabajan las personas.

Este tipo de organización del sistema sanitario requiere un sólido vínculo entre los tres niveles de atención para su eficiente funcionamiento. Un eficaz SRCR en el marco de una red de salud instituida, se transforma en un dispositivo elemental para materializar una APS que trascienda los distintos niveles de atención.

Los SRCR son herramientas útiles para ayudar a controlar el desempeño de la red de proveedores de salud. De tal modo, su aplicación permite disminuir la sobreutilización de recursos tanto humanos como materiales, mejora la administración de turnos y la accesibilidad a las prestaciones por especialistas tanto del segundo como del primer nivel de atención, generando un sistema más eficiente y evitando que las personas se pierdan en una red de turnos y fallas administrativas.

La referencia es el envío de pacientes o de elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, brinde respuesta a las necesidades de salud de las personas. La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor da al prestador que remitió⁴.

Es una aspiración que las instituciones de nuestro sistema de salud funcionen como parte de un verdadero sistema. Para ello es fundamental la comunicación entre sus componentes, y hoy no existen plenas garantías de que ésta sea efectiva entre los profesionales o instituciones, y que asegure la calidad del servicio. El logro de este propósito está muy relacionado con el nivel de interrelación que se logre establecer, y en este sentido, la evaluación del proceso de referencia y contrarreferencia constituye en la práctica la mejor manera de optimizar su eficacia.

Relevancia de la descentralización y su gestión

Un sistema organizado por niveles permite la descentralización de los servicios de salud, cuya importancia radica, principalmente, en la optimización de recursos. La descentralización requiere de un proceso de gestión en el cual se vean involucradas la implementación de políticas públicas que transfieran recursos, responsabilidades, autoridades que evalúen dicho proceso y el impacto de las medidas impuestas. Conlleva un fortalecimiento en gestión, planeamiento e inversión en la estrategia APS, favoreciendo el abordaje individual, familiar y comunitario, teniendo en cuenta los determinantes socioculturales y económicos de cada población, con el fin de priorizar la promoción y prevención de la salud según demande cada comunidad; acercando la salud a las personas y no las personas a la salud⁵.

Resulta interesante remarcar que es conocida la escasez de recurso humano capacitado para trabajar en APS, por ser la medicina familiar y comunitaria una especialidad desvalorizada, subestimada, mal remunerada, generando la imposibilidad de ejercer el trabajo de los equipos de salud en todos los lineamientos que les compete esto, sumando a, la no respuesta a las demandas de la población, hacen que los/as profesionales se conviertan en proveedores de tareas únicamente asistencialistas⁶. Cabe mencionar que dicho escenario se ve reflejado hoy en día en la ciudad de Olavarría. Por lo tanto, es importante dejar plasmado que fortalecer APS es propiciar la formación de equipos que crean en la estrategia, que sean defensores de la salud como un derecho fundamental, trabajando como brazo accesorio del Estado. La evidencia internacional sugiere que los sistemas de salud organizados con base en una fuerte orientación de la APS alcanzan mejores y más equitativos resultados de salud, son más eficientes, tienen costos más bajos de atención y logran una satisfacción más alta del usuario, comparada con la de aquellos sistemas que tienen una débil orientación de la APS.

Se destaca entonces la relevancia del trabajo en red, la buena predisposición por parte de los/as profesionales para lograr que ambos niveles se integren en el abordaje del individuo y/o comunidad.

La necesidad de una gestión que genere un SRCR que trabaje de manera eficiente, surge de buscar un acceso a la salud desde una mirada integral y coordinada entre profesionales que trabajen juntos/as para el abordaje y seguimiento continuo de las personas, evitando así estudios, interconsultas o intervenciones sin sentido. Sumado a esto,

habría beneficios a nivel institucional, generando mejoras en la utilización de recursos, en las inversiones a nivel económico y evitaría el congestionamiento administrativo.

Los sistemas electrónicos de referencia y contrarreferencia son una herramienta de los servicios de salud que actualmente se desarrollan en varios países de la región. Se puede observar que los países que tienen mecanismos de control de las referencias y contrarreferencias en las unidades médicas, son los que refieren los mayores porcentajes de retorno de pacientes a las unidades emisoras⁷.

Las mayores dificultades se observan en la contrarreferencia, situación que limita la retroalimentación a los médicos de atención primaria, e incluso, a los del segundo nivel. Los países de América Latina han avanzado en su instrumentación paulatina, incorporando a sus sistemas de evaluación de la calidad de la práctica médica, la formación de Comités de vigilancia, la realización de reuniones de retroalimentación entre los diferentes niveles de atención, etcétera. Resulta interesante remarcar que los países que poseen mejor eficacia y eficiencia en sus SRCR, son los que han alcanzado mayor consolidación en sus procesos de acreditación de la calidad de sus servicios de salud, incorporando en él, indicadores del SRCR.

Los/as investigadores/as de este trabajo concuerdan con la visión de que la conquista de un efectivo derecho a la salud en la Argentina, dependerá de la sensibilidad de los/as tomadores/as de decisión para pensar en el conjunto de los/as argentinos/as. O, mejor aún, dependerá de la capacidad de ejercicio de la ciudadanía de los/as mismos/as para darse cuenta de la necesidad de construir y reclamar respuestas articuladas e integradas. La enfermedad del sistema de salud es política y su cura también lo es. La necesidad de trabajar sobre los problemas (sus factores o determinantes) y no meramente sobre el planteo de sus posibles soluciones, coloca en el eje de la discusión, las fallas del sistema a evaluar. En este caso uno de los sistemas que articula o forma una red entre los distintos niveles de atención es el SRCR⁸.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de diseño

Se llevó a cabo un estudio de tipo cualitativo, fenomenológico de corte transversal.

Contexto del estudio

El trabajo de investigación se desarrolló durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre de 2019, en la ciudad de Olavarría, provincia de Buenos Aires, Argentina. En dicha ciudad el sistema de salud se subdivide en sector público y sector privado. Dentro del primero se halla otra subdivisión según niveles de complejidad en: primer nivel (conformado por los centros de APS) donde los profesionales que se desarrollan son en su mayoría especializados en medicina general, y segundo nivel (en este caso la institución representante es el Hospital Municipal Héctor Cura) donde se desempeñan profesionales de otras especialidades.

Actualmente, cada nivel realiza sus registros de atención de manera escrita en diferentes historias clínicas (HC) en papel. También cuenta con fichas de solicitud de interconsultas con especialistas y un sistema electrónico de red por el cual se pueden visualizar resultados de laboratorios y de estudios por imágenes, e incluso la entrega de medicación desde la farmacia del hospital, mediante el cual sólo aquellos profesionales que cuenten con equipos electrónicos y acceso a internet pueden informarse de dichos resultados.

Muestra y unidad de análisis

Para la recolección de los datos se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Como unidades de análisis se seleccionaron personas usuarias del sistema público de atención y profesionales de la salud que se desempeñan en el primer y segundo nivel, incluyendo también a aquellos que cumplen funciones de gestión a nivel hospitalario.

Herramientas de recolección de datos

Se realizaron entrevistas cualitativas, semiestructuradas mediante una guía de preguntas, dejando que los/as entrevistados/as puedan expresar libremente sus sentires-pensares. Se realizaron un total de 17 entrevistas consentidas verbalmente.

Para la realización del siguiente trabajo, se contempló la Ley de protección de datos personales (Ley N° 25.326), según la cual se deberán respetar los mismos y otros datos sensibles.

Metodología de análisis

Se realizó un análisis detallado de los elementos problemáticos y la interacción que se produce entre los distintos determinantes junto al contexto actual, para llegar mediante un proceso de interpretación a la búsqueda del significado y la discusión sobre la problemática presentada.

Para el análisis del material recolectado se transcribieron las entrevistas realizadas y se llevó a cabo una codificación axial, donde se compararon las distintas categorías de datos obtenidos.

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante la aplicación de teorías, conceptos de gestión administrativa (realización de matriz FODA) y la evaluación de las percepciones tanto de los usuarios que transitan por el sistema público de salud, como de los profesionales que desempeñan su profesión en el mismo.

El estudio detallado permitió clarificar situaciones, descubrir los procesos críticos subyacentes, e identificar fenómenos específicos en la evaluación de la calidad del SRCR de personas entre el primer y segundo nivel de atención dentro del sistema público de salud de la ciudad de Olavarría.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para el análisis de las entrevistas se gestaron diferentes categorías:

Entrevistas a usuarios/as del sistema de salud

Dentro de esta categoría se destaca que, para que el SRCR actual se desarrolle, uno de los eslabones fundamentales de la cadena está dado por los/as usuarios/as.

Este rol que se les exige se ve determinado por las características de cada persona, su rol activo, las herramientas adquiridas para cuestionar y expresar ciertas inquietudes que surjan en la consulta, el nivel de comprensión del lenguaje y mensaje expresado por el/la profesional para poder transmitirlo. Estos determinantes dependen, entre otras cosas, del nivel educativo del/la usuario/a y de que tan extrovertido/a sea.

“Yo siempre pregunto todo, pero de no preguntar no te explican mucho.” (EP5)

“Y...no, la verdad que soy yo la que está atrás de unos y otros, y la que se mueve para llevar todo. Y yo le digo al médico de cabecera todo lo que me acuerdo.” (EP2)

También debemos considerar que este rol se encuentra impuesto por la falta de normatización del SRCR, sumado a la postura pasiva del/la profesional que no cumple su función adecuadamente, delegando gran parte de la responsabilidad en la persona que consulta.

“Ahora porque yo me muevo y voy de acá para allá, y llevo todos los estudios o le cuento lo que me dijeron en el hospital. Pero el día que yo no pueda trasladarme tanto no sé cómo se hará esto”. (EP2)

Con respecto al funcionamiento del SRCR los usuarios expresaron que desde los centros de salud siempre se les brindó una referencia. Sin embargo no podemos evaluar la calidad y criterio de la misma al momento de la entrevista.

Este hecho se ve determinado en muchos casos por el funcionamiento actual del sistema de salud, en el cual es imprescindible presentar la referencia en papel para acceder a un turno con el/la profesional del segundo nivel, en la mayoría de los servicios.

“Siempre fui con una nota para sacar turnos al hospital, tanto al endocrinólogo como a otros especialistas.” (EP2)

“...pero nunca me revisó ni me preguntó nada, sólo que le lleve las cosas y que iba a tardar más de un mes.” (EP5)

Con respecto a la contrarreferencia por parte de los/as profesionales del segundo nivel, los usuarios mencionan que no todos envían mensajes escritos al médico/a de cabecera y que la mayoría utiliza la comunicación verbal para transmitir tanto al usuario como al/la médico/a del primer nivel las conclusiones de la consulta, las cuales como explicamos anteriormente, dependen de la interpretación y la particularidad de cada persona.

Las personas entrevistadas que utilizan el sistema de salud detectaron ciertas dificultades en las contrarreferencias realizadas como la ilegibilidad en las mismas, la falta de una HC unificada, y la notable falla en la comunicación que existe entre colegas del sistema de atención.

“...nunca me mandaron con un resumen de HC o nota para que traiga a la sala. Ahora tengo una HC en el hospital, otra en oncología, y otra acá. Debería poder hacerse una única para que todos tengan mis datos y demás cosas que yo me olvido o no sé.” (EP2)

Una de las consecuencias de las fallas del SRCR es la fragmentación del abordaje de la salud de las personas. Las entrevistas dejan entrever que muchas veces, el rol del/la médico/a de cabera consiste en la derivación y traspaso del problema de salud al colega de la especialidad más que en una interconsulta. Quizás esto sea el reflejo de un desgaste permanente que genera el sistema en el que se trabaja, desmotivando la labor diaria del/la generalista. De esta manera, se desdibuja con el tiempo el trabajo interdisciplinario integral, las redes en salud entre los diferentes niveles, y el verdadero perfil de la medicina general.

“No, en mi caso no, ella me dijo: “andá al traumatólogo para que te vea”, pero nunca me dijo que vuelva a ir a ella. El traumatólogo no me dijo comentale a tu clínica, así que no, nunca. La clínica nunca se enteró ni qué me dijo ni qué medicación me dieron, ni como sigo con el dolor hoy en día a pesar de haber ido a otras consultas después de la derivación. Pero es muy común que pase eso, yo tengo familiares que también, que una vez que te mandan a otro médico, con ellos ya está, trabajaron hasta ahí”. (EP5)

Otra de las categorías surgidas del análisis que se encuentra en plena relación con el funcionamiento del SRCR es el sistema de turnos, el cual se generó como beneficio del proceso de descentralización. Los/as entrevistados/as expresaron gratificación al poder realizar dichos trámites administrativos desde los CAPS, pero también expresaron su disconformidad al notar que el acceso a algunos profesionales del segundo nivel es limitado, debido a múltiples procesos burocráticos o turnos alejados, entre otras cosas.

“[...] era mi hijo y no es el caso de que tenga que pasar tres meses o cuatro para esperar un turno, más que era el corazón [...]” (EP4)

“Después otra doctora me mandó a oncología, ahí no tenían turnos, me daban vueltas. Me dieron unas pastillas y no me dijeron nada. Yo veía que no había mejora. Estuve un mes postrada en la cama, mal emocionalmente, enferma.” (EP1)

Entrevistas a médicos y médicas

Todas las personas entrevistadas pudieron dar respuesta a qué significa el acto de referenciar/contrarreferenciar. Sin embargo, no todos/as pudieron explicar los componentes que se necesitan para que éste sea un verdadero sistema integrado. Parecería existir el conocimiento teórico, pero la mayoría refiere que el funcionamiento del mismo termina dependiendo de la voluntad o compromiso del/la profesional, lo que lleva muchas veces a que el sistema no se desarrolle eficientemente generando una atención fragmentada de la persona, entre otras consecuencias.

Al momento de la calificación del funcionamiento del sistema, la mayoría coincide en que el mismo es de regular a malo. Se mencionan algunos factores que determinan dicho funcionamiento, como por ejemplo: la falta de interés por parte de los/as profesionales, la falta de relación y empatía entre los mismos y para con los pacientes, la falta de protocolos de trabajo en red entre los diferentes niveles, la falta de tiempo durante las consultas, la necesidad de un rol activo por parte del paciente y coinciden en que este sistema es rudimentario.

“Y... (Piensa) regular, porque falta que funcione. Falta el sistema en sí en realidad, y eso lo vamos a lograr con la implementación de la historia clínica digital unificada, lamentablemente ahora depende de la buena onda que haya entre los médicos.” (EMG 1)

“El funcionamiento es malo, me parece que no tenemos un seguimiento en conjunto entre APS y segundo nivel siendo que seguimos a los mismos pacientes.” (EMPN 1)

“Y yo creo que este sistema no puede depender de la voluntad de las personas, sino que tiene que ser algo a nivel de salud pública. Tiene que haber una supervisión o algo que diga que es importante que todas las personas tengan que hacer referencia y contrarreferencia.” (EMPN 3)

Al indagar sobre el contenido de las referencias/contrarreferencias, las médicas de APS que fueron entrevistadas destacan que, la mayoría de las veces, realizan la referencia e intentan explicarle el porqué de la derivación a la persona, pero siempre queda la incógnita si el mensaje fue comprendido correctamente.

“Desde el punto de vista profesional elevamos una nota, además de realizar un llamado avisando si es una emergencia. En la nota realizamos una descripción de por qué estamos enviando al paciente. La realidad es que ese papel a veces no llega al profesional.” (EMPN 2)

“Yo trato de explicar por qué lo envío, pero después hago el resumen en la hoja porque por ahí después la paciente no puede decirle por qué la mandé. Quizás porque en el momento de la consulta no le sale, o quizás porque no entendió lo que yo le expliqué. Yo hablo mucho, hablo rápido y a veces no sé si se termina de entender o no.” (EMPN 1)

Expresan también que, muchas veces, debido a la camaradería entre colegas, la contrarreferencia suele ser solicitada por medios alternativos, como el teléfono, el WhatsApp. Además se realiza la búsqueda de datos dentro del sistema digital hospitalario (donde se pueden visualizar datos de los servicios de farmacia, laboratorio y diagnóstico por imágenes) para recabar información de la consulta con el especialista del segundo nivel, que el/la usuario/a muchas veces no sabe expresar.

“Muchas veces yo me fijo en el sistema qué medicación retiró el paciente de farmacia, entonces sé que algún profesional se la indicó, pero no debería ser así.” (EMPN 4)

En cuanto a la contrarreferencia, la mayoría de las médicas de APS entrevistadas refieren que son ocasionales las veces en que reciben por escrito el abordaje tomado por el/la especialista al que se referencia a el/la paciente. Y cuando lo hace, el mismo suele no ser completo.

“Solo recibí una o dos veces por escrito. Sí, la misma fue clara, pero solo esas dos veces en los dos años que trabajo acá”. (EMPN 1)

“Desde APS, lo que hacemos es interconsultar a los pacientes a través de una planilla de derivación de especialista donde se hace un resumen de HC [...] va al especialista y vuelve, en general sin contrarreferencia. Son pocos los que te mandan algo escrito de lo evaluado. Por lo general es el paciente el que cuenta lo que le dijeron y lo que entendió de lo que le dijeron.” (EMPN 4)

“Cuando se hace mucho hincapié en que el paciente vuelve al médico de cabecera con una contrarreferencia, hay algunas circunstancias en las cuales llega ese papel, aunque por lo general los pacientes sólo vuelven con las indicaciones que le dió el especialista y ahí interpretamos qué podría haber pensado el especialista”. (EMPN 2)

Con respecto a la percepción de los/as médicos/as de segundo nivel, los/as mismos/as relatan una falta de compromiso a la hora de referenciar, ya que no todas son completas y coherentes, y no todos/as los/as profesionales previamente a realizar la derivación, examinan adecuadamente a sus pacientes. En consecuencia, esto dificulta la comprensión del motivo de la interconsulta, retrasando así el abordaje de los/las pacientes.

“Muchas veces dice solo interconsulta con [...] y como motivo de consulta solo te escriben poliartralgias.” (EMG 1)

“[...] a muchos los mandan solamente para dejar de fumar, otros por síntomas, otros para hacer un control [...] si tienen algún antecedente de relevancia es importante marcarlo pero es fundamental el motivo por el que lo mandan: si me pones sólo “control”, bueno, acá igual le hacemos todo el interrogatorio, todo, pero bueno.” (EMSN 4)

Durante las entrevistas, se solicitó a los/as profesionales que mencionen, a su criterio, cuáles son los factores que obstaculizan el funcionamiento del SRCR. Entre ellos aparecen: la falta de caligrafía legible, la falta de tiempo durante la consulta para redactar adecuadamente una referencia o contrarreferencia, la no concientización de que la hoja de

interconsulta es un documento médico que debe adjuntarse a la HC, la carga de responsabilidad que se le da al paciente al ser el nexo entre ambos niveles; generando, a su vez alteración en la confidencialidad del documento y por sobre todo, la dependencia de la comunicación y relación interpersonal existente entre los/las profesionales de los distintos niveles.

“Si no tienen buena relación entre médicos por ahí no se comunican por un paciente y la orden dice sólo interconsulta con...” (EMG 2)

“Le dan poca relevancia a que el médico de cabecera se entere de lo que pasó durante la interconsulta. Quizás creen que confían en que el paciente entendió y lo va a poder comunicar. Y eso, la verdad que no sucede y creo que todos lo sabemos [...] Debería tomarse en serio la articulación entre el médico de cabecera y el especialista.” (EMPN 4)

“No hay tiempo para escribir, también hay falta de empatía, no ponerse en el lugar ni del paciente ni del médico de cabecera que está en el CAPS, esperando una respuesta.” (EMG 3)

“No tomarlo como algo que es importante y no dejarlo escrito ni enviarle una contrarreferencia al médico porque, depende más de la voluntad que de la norma.” (EMPN3)

“[...] es la falta comunicación con el resto de los servicios. La comunicación creo que es la mayor falla que tenemos. Es del mismo sistema, porque estás atendiendo tanto que no te da tiempo.” (EMSN 4)

Como factores que favorecen el funcionamiento del SRCR los/as profesionales mencionaron los siguientes: la epicrisis de la internación como normatización de algunos servicios, la obligatoriedad administrativa de entregar una referencia para obtener el turno con los especialistas del segundo nivel, la presencia de la residencia de medicina general dentro del ámbito hospitalario, que genera una permanencia en los canales de comunicación entre dichos niveles de atención; y por último, la informatización parcial de los datos (laboratorio, imágenes, medicamentos).

Analizando las distintas entrevistas resulta de importancia destacar que fue dificultosa la visualización de los factores facilitadores del SRCR.

"Nosotras teníamos los residentes, que estaban en el hospital también, entonces teníamos un contacto bárbaro con el hospital. A otros médicos que están en otros CAPS, donde no hay residencia, muchas veces no les llega nada. Pero no debería ser así." (EMG 3)

"Lo que más ayuda en general son las epicrisis, porque si no suele faltar información, y uno tiene que estar buscando laboratorios previos, antecedentes etcétera." (EMSN 3)

"Mejóro el sistema: yo por Internet puedo ver si tiene turno, si retira medicación o si se realizó algún estudio complementario. Pero no es el real sistema de referencia y contrarreferencia, son deducciones mías a través del sistema." (EMPN 4)

"Otra de las cosas que yo creo que mejoró fue el sello de oftalmología y de otoemisiones acústicas en la libreta. Antes no se sabía si habían ido, como había dado el resultado, etcétera, es algo que mejoró con un simple sello." (EMPN 4)

También se indagaron los conocimientos sobre los beneficios que otorga el buen funcionamiento del SRCR. Entre las respuestas, se menciona que éste permite mejorar la calidad de atención del paciente, descentralizar la atención, optimizar las consultas y la utilización de recursos, mejorar la administración de turnos, disminuir las consultas en guardia, favorecer el trabajo en red y permitir el abordaje integral de los/as pacientes.

Es relevante analizar que aquellos/as profesionales que visibilizan los beneficios de un adecuado funcionamiento del SRCR, le den la importancia que amerita y cumplan con la función que les corresponda en la cadena dentro del sistema.

"Para el paciente acortás consultas innecesarias, para los médicos de cabecera y los médicos especialistas achicás la consulta, ganás tiempo. ¿Económico? Sí, para el sistema salud y para los pacientes, que no tienen que gastar dinero en el colectivo muchas veces por ejemplo en ir y venir." (EMSN 5)

"Si vos mejorás la relación primer nivel-hospital, mejora todo, desde todo punto de vista. Si vos me decís: ¿Mejora la atención? Sí. ¿Mejora lo que el especialista va a ver? Sí, va a mejorar. Vamos a hablar del tema monetario: ¿Va a haber menos gastos? Sí, de donde vos lo veas es beneficioso, por eso uno le pone tanto hincapié a tratar de mejorar estas relaciones, a tratar de interactuar mediante ateneos, congresos [....]." (EMG 2)

Entrevistas profesionales con capacidad de gestión

Con respecto a la categoría gestión, pudo observarse unanimidad en las respuestas de los/as profesionales entrevistados/as del primer y segundo nivel quienes, coinciden en que existe una falta general de gestión en lo que respecta al SRCR. Sumado a esto, desconocen que actualmente se hayan realizado planes o proyectos de evaluación del funcionamiento y de la calidad del mismo, como tampoco se han tomado decisiones en pos de mejorar el trabajo en red.

Sólo una de las entrevistadas hizo referencia a un intento de realizarle mejoras al sistema, durante el año 2012. Si bien en ese momento se intentó abordar la problemática, no se evaluó el impacto de las modificaciones.

Se destaca, dentro de las expresiones dadas por los/las profesionales del primer nivel de atención, la necesidad de implementar políticas públicas para la resolución y el abordaje de dicha problemática.

"Y bueno, la gestión es normatizar. Tiene que haber normas. Vos tenés que normatizar cómo va a ser el SRCR, cuál va a ser el objetivo, cómo lo vas a hacer, qué herramientas vas a utilizar y después evaluar los resultados o el impacto que tiene ponerlo en práctica. Tenés que llegar a eso." (EMPN 3)

"Y en cuanto al SRCR: no hay. No se ha intentado hacer una evaluación ni tampoco nadie nos ha venido a preguntar si usamos los formularios o no, pero me parece que si la gestión no se ocupa quizás nosotros nos deberíamos haber ocupado y presionado desde nuestro lugar." (EMPN 1)

“La cuestión no es hacer una cosa una vez, la revolución hay que mantenerla. Hay que tener continuidad. El problema es que falta la continuidad, uno se diluye. Por eso tenés que tener esto de la gestión. Evaluar impacto a mediano y largo plazo y mostrando los resultados. Que el resto del equipo vea que vos estás evaluando, qué resultados tuvo. [...] Yo creo que lo que a veces hacen es modificar planillas. Creen que haciendo eso van a mejorar las cosas y no. Yo veo que con esas modificaciones no se logran beneficios en el sistema [...].” (EMPN 3)

Por otro lado, las personas que están o han estado en lugares de gestión manifiestan que es una problemática constante y de hace varios años, a la que aún no se ha logrado darle la prioridad necesaria para abordarla de manera correcta y participativa.

“Yo creo que es una deuda muy grande que no sólo tiene esta gestión, sino que tienen varias gestiones en salud, que no está trabajada ésta cuestión; y reconocemos el problema y reconocemos que hay que trabajarla.” (EMG 2)

“Si bien hay muchos esfuerzos individuales no deja de ser esto: esfuerzos individuales. Y cuando uno tiene una perspectiva sanitaria debería ofrecerlo por igual manera a todos los miembros de la comunidad.” (EMPN 2)

Se realizó una serie de entrevistas a profesionales que actualmente ocupan lugares con poder de gestión. Dentro de los resultados, se refleja que ninguna de las personas pudo mencionar herramientas que permitan la evaluación de la calidad, funcionamiento del sistema, sus fallas, planes de mejoras y medición del impacto de las acciones de fortalecimiento establecidas.

No conforme a esto, las personas entrevistadas destacaron que aquellas fallas observadas en el SRCR de manera subjetiva y personal, serían subsanadas simplemente con la futura implementación de la HC digital.

Para realizar el análisis se utilizó también, como herramienta de gestión, la matriz FODA cuyos criterios fueron definidos por las investigadoras de este trabajo (ver anexo).

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p>Interés/motivación en que el SRCR funcione adecuadamente.</p> <p>Identificación de falencias sobre el funcionamiento del SRCR.</p> <p>Conocimiento sobre los beneficios de un SRCR eficaz.</p> <p>Reconocimiento de la necesidad de trabajo en red.</p> <p>Residencias médicas integradas al sistema público de salud.</p> <p>Normatización de algunos servicios para subsanar fallas en el SRCR.</p>	<p>Falta de predisposición de algunos profesionales como determinante.</p> <p>Desvalorización/subestimación del rol del médico de cabecera.</p> <p>Mirada biologicista de la persona como determinante para el abordaje integral.</p> <p>Necesidad del rol activo del paciente como eslabón dentro del SRCR.</p> <p>Falta de conocimientos sobre el uso de herramientas tecnológicas.</p> <p>Falta de tiempo.</p> <p>Asistencialismo.</p> <p>Necesidad de buena relación entre colegas como determinante del buen funcionamiento del SRCR.</p> <p>Falta de sensibilización del recurso humano.</p> <p>Falta de capacitación para trabajar en equipo.</p> <p>Perfil competitivo de los/las profesionales.</p> <p>Falta de concientización sobre la necesidad de capacitación/protocolización en distintas temáticas.</p>

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<p>Sistema hospitalario digitalizado.</p> <p>Existencia de un único establecimiento de segundo nivel.</p> <p>Accesibilidad geográfica entre primer y segundo nivel de atención.</p> <p>Sistema digitalizado como propuesta que subsana algunas de las falencias del SRCR.</p> <p>Exigencias administrativas específicas del sistema.</p>	<p>Escasa inversión de recursos.</p> <p>Falta de priorización de la problemática</p> <p>Inexistencia de programas de capacitación del recurso humano en el SRCR.</p> <p>SRCR no normatizado.</p> <p>Carencia de evaluación de la calidad del sistema.</p> <p>Actores sociales poco comprometidos en la implementación del SRCR.</p> <p>Débil manejo de gestión de redes.</p> <p>Deficiencias en las etapas de gestión del SRCR.</p> <p>Falta de protocolización/criterios de derivación.</p>

Análisis de las Sugerencias

Luego del análisis de las entrevistas a los/las profesionales del primer y segundo nivel de atención se observaron similares sugerencias con respecto a cómo mejorar el funcionamiento del SRCR. Una de las mismas, fue implementar un sistema de registro unificado digital, con acceso tanto desde los CAPS como desde el Hospital Municipal, incluso accediendo desde un dispositivo móvil. Ésto conlleva en forma implícita la necesidad de que no solo exista el compromiso de utilizar éste estilo de historia clínica sino que la misma sea de carácter obligatorio. De la mano de esta sugerencia existió el unánime pedido de capacitación para utilizar la misma, y la urgencia por adquirir los recursos necesarios.

“Que exista un sistema integrado en Red. Los beneficios serían económicos, de tiempo, laborales, porque también a vos te genera un cansancio.” (EMSN 5)

“Quizás se mejore con la HC digital. El profesional del CAPS va a tener que escribir en la entrevista digital, y el que está acá va a tener que contestar” [...] “El que está en el hospital va a poder ver qué se hizo en el CAPS y así no se pedirán cosas de más, no habría doble gasto.” (EMG 3)

“Y, primero uno se tiene que comprometer a hacerlo porque ponele, si está en formato digital también te tenés que comprometer a completarlo.” (EMSN 2)

“Ahora estamos incorporando la historia digital eso es algo que yo creo que es fundamental pero no sé si es la clave, la clave es cambiar la mentalidad de los médicos, de cambiar esa mentalidad de que yo soy el súper especialista y nada más”. (EMG 1)

A través de este medio de registro de datos, se podría generar estadística para mejorar la calidad de la atención. Se sugirió en algunos casos utilizar el formato de “check list” dado que el autollenado de información permite acortar los tiempos de consulta, permitiendo así tener una mayor disposición de tiempo para escuchar a los/as usuarios/as, e incluso, resolvería la barrera de la legibilidad de la letra de los y las profesionales.

“Haciendo un SRCR normatizado podés tener una respuesta estadística de todo lo que estás haciendo, todo favorece a la estadística.” (EMPN 3)

“Por ahí ver de hacer algo menos complejo, donde vos no tengas que escribir tanto: en vez de escribir, llenás algo con cruces, algo más práctico, más operativo.” (EMPN 3)

“Se puede hacer una evaluación estadística epidemiológica en cada servicio como para ir evaluando con cada uno si el paciente fue bien derivado, si fue estudiado, revisado, etcétera.” (EMG 1)

Se percibió por parte de algunos/as de los/as profesionales la falta de conexión interinstitucional, no solo a nivel profesional. Surgió además la inquietud de realizar auditorías médicas para evaluar el sistema; sumado a elaborar protocolos de atención,

mejorar la articulación entre el primer y el segundo nivel, y unificar criterios sobre manejo de problemáticas frecuentes o criterios de derivación, ya sea, a través de ateneos, congresos y/o jornadas.

Otra de las propuestas fue que los y las profesionales residentes del hospital realicen rotaciones en los CAPS para nutrirse de su funcionamiento y se realice un enriquecimiento desde ambos niveles, siendo uno de los beneficios mejorar la relación entre profesionales.

“Yo creo que hay una desconexión completa entre APS y el hospital. Nosotros también somos efectores de salud, pero en el hospital no tienen ni idea el laburo que nosotros hacemos...” (EMPN 1)

“...trabajar en conjunto nos hace aumentar conocimiento y saber qué hacer. [...] compartir experiencia, la mirada del especialista genera conocimientos en nosotros, la relación profesional sería mucho más provechosa.” (EMPN 1)

“Habría que ver la posibilidad de que el hospital también vaya a los CAPS, que por ahí se deriven especialistas, se deriven determinados médicos como para que trabajen en conjunto con las médicas a cargo de los CAPS.” [...] “Es clave generar relación. Todos aprendemos de todos.” (EMG1)

“Tratar de interactuar mediante ateneos y congresos, que la atención primaria ingrese al hospital y que el hospital salga a la atención primaria.”(EMG1)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Una de las principales conclusiones que surgió con el presente trabajo, basándose en las miradas de las personas entrevistadas, fue que el SRCR no se encuentra funcionando en la actualidad de manera satisfactoria. Los factores que intervienen en ello son múltiples, encontrando entre los mismos, diferentes niveles de responsabilidad.

Desde un enfoque de microgestión se observó que todos/as los/as profesionales de salud entrevistados/as coincidieron en que no sólo conocen en qué consiste el SRCR, sino

que también valoran que su buen funcionamiento es fundamental para una atención en salud de calidad y con una perspectiva integral. Aún así, reconocieron no tenerlo naturalizado dentro de su práctica diaria, describiendo como posibles causales la falta de tiempo durante la consulta, el desgaste por la cronicidad de la problemática, la ausencia de normatización, entre otras.

De esta manera, se observa, que el mal funcionamiento del SRCR conlleva al abordaje fragmentado o disgregado de las personas y obstaculiza el trabajo en red entre el primer y segundo nivel de atención, convirtiéndolo en meras consultas asistenciales más que en un seguimiento horizontal e integral.

Desde la mesogestión reconocieron la existencia de dicha problemática, la cual data de varios años, y aún así no pudieron mencionar estrategias a implementar en el corto o mediano plazo, vinculadas exclusivamente a la mejora del SRCR. Si bien se plantea la implementación de la HC digital como respuesta a las falencias del sistema de salud actual, ésta sólo abordaría de manera secundaria y parcialmente algunas de las fallas del SRCR, dejando de lado otros criterios necesarios para su buen funcionamiento, como lo son: la evaluación sistemática del mismo, la realización de encuestas de calidad a los/as usuarios/as, la unanimidad en cuanto a criterios de derivación y la implementación de capacitaciones al personal vinculado.

Otra conclusión fue la preponderancia en su rol, como eslabón necesario de la cadena, que se les exige a los/las usuarios/as. El análisis de las entrevistas permitió visualizar que éstos/as últimos/as no sólo intervienen en el SRCR cual mensajeros/as al trasladar las derivaciones entre el/la médico/a que referenció y el/la del segundo nivel; sino que muchas veces evaden el deber de asentarlo por escrito, depositando en los/las usuarios/as la responsabilidad de comunicar las decisiones. De esta manera, cabe la posibilidad de malinterpretar conceptos por parte del/la usuario/a y del/la médico/a del primer nivel, generando así entorpecimiento en el abordaje de los problemas de salud. Esto provoca, entre otras cosas, la solicitud de estudios complementarios innecesarios, reconsultas y agotamiento en el/la usuario/a, generando como consecuencia aumento del gasto en salud, ya sea personal o institucional que, optimizando el SRCR, podría evitarse.

Se sabe que la ciudad de Olavarría intenta trabajar, teóricamente, con la estrategia de descentralización y fortalecimiento de APS. Por lo tanto, resulta de suma importancia la articulación adecuada entre el primer y segundo nivel de atención, generando, de esta

manera, una red con la solidez necesaria para que el/la médico/a generalista pueda trascender todos los niveles con el único objetivo de brindar atención en salud de calidad, que no es más que un derecho humano fundamental, y como tal, el Estado debe garantizarlo.

Se concluye que el fortalecimiento de la estrategia de APS es la clave para alcanzar la salud de la población con meta en el desarrollo de la justicia social; que dicho fortalecimiento depende, principalmente, de decisiones meramente políticas, que crean en la estrategia y brinden los recursos necesarios para poder ejecutarla; que los centros donde se implemente la misma deben empoderarse y tener la autonomía suficiente para lograr poner en la agenda de discusión las problemáticas que no sólo surgen de la falta de procesos de gestión, sino de la falta de abordaje de la salud como construcción social.

Resulta fundamental que se trabaje desde los diferentes niveles de responsabilidad para lograr optimizar el SRCR; ya sea desde la normatización y mejoras continuas a través de evaluaciones constantes e implementación de políticas públicas en los lugares de gestión, como desde la responsabilidad que le compete a cada uno/a de los/las profesionales en el ejercicio del trabajo diario. Es de vital importancia la formación de cada uno de los partícipes del proceso, para que el sistema sea un deber y no una tarea que esté supeditada a las meras voluntades de los/las médicos/as.

Propuestas/recomendaciones de las investigadoras

Como grupo de trabajo recomendamos las siguientes estrategias de fortalecimiento del SRCR:

- Incrementar y mejorar la calidad de los programas de capacitación de profesionales (médicos/as y no médicos/as) tanto en el primer como en el segundo nivel de atención sobre el uso de redes y sistemas de HC digital.
- Garantizar los recursos necesarios para la implementación de la HC digital, para que los mismos sean equitativos para todas las instituciones médicas.
- Establecer Sistemas de Certificación y Recertificación de la Calidad de unidades médicas en los dos niveles de atención, que incorporen indicadores de eficacia y eficiencia del SRCR.
- Generar estrategias participativas para mejorar los mecanismos de comunicación de los recursos humanos integrantes de la red.

- Crear espacios entre profesionales del primer y segundo nivel de atención con el fin de intercambiar problemáticas percibidas y generar herramientas de abordaje de tipo participativas, así como también la protocolización de distintas temáticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: OMS; 1978. Citado el 23 de julio del año 2019. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>.
2. Brisson ME., Spinelli H. Utilización de proyectos de trabajo en una organización del sector salud en Argentina: paradojas, dilemas y oportunidades. Cuadernos de Salud Pública; 2005, 21(2):554-564.
3. Sigerist H. Johann Peter Frank: un pionero de la medicina social. Salud Colectiva. 2006;2(3):269-279.
4. Secretaria de Salud del Gobierno. Programa SUMAR. Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Manual efectores. Capítulo 7. Citado el 28 de julio del año 2019. Disponible en: <http://programasumar.com.ar/manualefectores/cap7.php>
5. Ugalde, A. Homedes, N. La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica. Colectiva, Buenos Aires, 2008. 4(1):31-56.
6. Kremer y col. Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la Medicina General y Familiar como especialidad médica. Revista Argentina de Salud Pública, 2014; 5(21): 30-37.
7. Fernández MA., Roo JP., Irigoyen AC., Blanco SL., Edward AB., Juárez VT. Los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes en América Latina: mecanismos de coordinación asistencial y el rol de la Medicina Familiar y Comunitaria. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):37-45
8. Tobar, F. El modelo de salud argentino: historia, características, fallas. Publicado Marzo del año 2017. Citado el 30 de julio del año 2019. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/el-modelo-de-salud-argentino-historia-caracteristicas-fallas>

ANEXOS

Anexo 1: Declaración de Alma Ata (1978)

La Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, expresando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo, establece la siguiente Declaración:

I. La Conferencia reafirma con decisión, que la salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario.

II. La existente desigualdad en el estado de salud de las personas, particularmente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, así como entre los diversos países, es inaceptable política, social y económicamente y, por tanto, implica de manera común a todos los países.

III. El desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden económico internacional, es de una importancia básica para poder conseguir de manera completa la salud para todos, y para reducir la diferencia en el estado de salud existente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo. La promoción y protección de la salud de la población son esenciales para mantener el desarrollo económico y social, y contribuyen a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo.

IV. Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria.

V. Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus poblaciones, que puede ser conseguida sólo mediante la provisión de unas medidas sanitarias y sociales adecuadas. Un objetivo social principal de los gobiernos, organizaciones internacionales y el

total de la comunidad mundial para las próximas décadas, debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar a cabo una vida productiva social y económicamente. La atención primaria de salud es la clave para conseguir este objetivo como parte del espíritu de justicia social del desarrollo.

VI. La atención primaria de salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada.

VII. La atención primaria sanitaria: (1) Refleja las condiciones económicas y socioculturales, así como las características políticas del país y de sus comunidades, desarrollándose a partir de ellas, y está basada en la aplicación de los resultados apropiados de la investigación social, biomédica y de servicios sanitarios, así como en la experiencia sobre salud pública.(2) Se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad, y para ello, proporciona y promueve servicios preventivos, curativos y rehabilitadores.(3) Incluye como mínimo: educación sobre los problemas sanitarios más prevalentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; promoción sobre el suministro de alimentación y de correcta nutrición; adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico; asistencia maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales; apropiando tratamiento de las enfermedades comunes y los traumatismos, y provisión de los medicamentos esenciales.(4) Implica, además del sector sanitario, a todos los sectores relacionados y a diferentes aspectos del desarrollo nacional y comunitario, en particular, la agricultura, los animales de labranza, la industria alimentaria, la educación, la vivienda, los

servicios públicos, las comunicaciones y otros sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores.(5) Requiere y promueve un autodesarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria, haciendo un uso más completo de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles; y para finalizar, desarrolla, a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar.(6) Debería mantenerse por sistemas de interconsulta integrados, funcionales y mutuamente apoyados, con vistas a una mejora progresiva e integrada de la atención sanitaria para todos, y dando prioridad a los más necesitados.(7) Se desarrolla a niveles locales y a niveles de apoyo, mediante los profesionales sanitarios, incluyendo a los médicos, enfermeras, comadronas, auxiliares y asistentes sociales, en lo que corresponda, así como los tradicionales y necesarios médicos de cabecera, correctamente formados social y técnicamente para ejercer como un equipo sanitario a fin de responder a las necesidades sanitarias expresadas por la comunidad.

VIII. Todos los gobiernos deberían formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para establecer y mantener la atención primaria sanitaria como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Para este fin, será necesario ejercitar voluntades políticas, a fin de movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX. Todos los países deberían cooperar con un espíritu de fraternidad y de servicio para asegurar la atención primaria sanitaria a toda la población, ya que la consecución de la salud, por parte de la población de un país, directamente afecta y beneficia a cualquier otro país. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria constituye una base sólida para el futuro desarrollo y establecimiento de la atención primaria sanitaria en todo el mundo.

X. Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000, mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, una considerable parte de los cuales se gastan hoy día en armamento y conflictos militares. Una política genuina de independencia, paz y desarmamiento podrían ser bien empleados en

objetivos pacíficos y, en particular, en la aceleración del desarrollo social y económico, entre los que la atención primaria sanitaria, como parte esencial, debería recibir su parte proporcional adecuada. La Conferencia internacional sobre atención primaria de salud realiza un llamamiento urgente y efectivo para una acción nacional e internacional a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo y, particularmente, en los países en vías de desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y en consonancia con el nuevo orden económico internacional. Urge, por parte de los gobiernos, de la OMS, de la UNICEF y de otras organizaciones internacionales, así como por parte de agencias multilaterales o bilaterales, organizaciones no gubernamentales, agencias de financiación, todos los profesionales sanitarios y el total de la comunidad mundial, mantener la obligación nacional e internacional hacia la atención primaria sanitaria y canalizar un soporte técnico y financiero cada vez mayor, particularmente en los países en vías de desarrollo. La Conferencia hace un llamamiento a todos los foros mencionados para colaborar en introducir, desarrollar y mantener la atención primaria sanitaria, de acuerdo con el espíritu y contenido de esta Declaración

Anexo 2: FODA

Matriz de análisis de determinantes que actúan como amenazas, debilidades, fortalezas y oportunidades de la problemática seleccionada. Los mismos se definen a continuación.

- Amenazas: factores/determinantes/situación externa o del campo de macro-meso gestión que impidan un desarrollo del SRCR.

- Debilidades: factores negativos a nivel interno, que caracterizan a los mismos actores involucrados, que generen un mal funcionamiento interno afectando al SRCR. También aquellos que se generen en el campo de la microgestión y que se pueda modificar por los mismos actores.

- Oportunidades: determinantes o elementos positivos, favorecedores desde el campo de la macro-meso gestión que generen una situación beneficiosa para el buen funcionamiento del SRCR.

- Fortalezas: características positivas o beneficiosas a nivel interno, que caracterizan a los mismos actores involucrados y que generen un buen funcionamiento a

nivel interno o en el campo de la microgestión que mejoran o ayudan al buen funcionamiento del SRCR.

Anexo 3: Guía de preguntas abiertas para las entrevistas de médicos/as del primer y segundo nivel de atención en el sector público de salud de la ciudad de Olavarría.

1. ¿Qué entiende por un sistema de referencia y contrarreferencia?
2. ¿Podría describir cómo funciona el sistema de referencia y contrarreferencia entre los profesionales del primer y segundo nivel de atención de la salud en su ciudad?
3. ¿Cómo calificaría su funcionamiento? (muy bueno/bueno/regular/malo) ¿Por qué?
4. Si alguna vez recibió una referencia o envió contrarreferencia ¿cree que la misma fue clara y concreta?
5. ¿Cómo cree usted que debería ser una referencia/contrarreferencia adecuada?
6. ¿En caso de atender un paciente que no es derivado, usted contrarreferencia al médico de cabecera de ese paciente?
7. Cuando el paciente es referenciado ó contrarreferenciado, ¿nota que el mismo sabe el motivo de su derivación, puede explicarle a usted?
8. ¿Usted cree que hay factores que obstaculizan su adecuado funcionamiento? Si es así ¿podría mencionar alguno?
9. ¿Usted cree que hay factores que facilitan su funcionamiento? Si es así ¿podría mencionar alguno?
10. ¿Usted cree que una buena articulación entre en primer y segundo nivel de atención genera beneficios? Si es así, ¿puede mencionar cuales o en qué aspectos?
11. ¿Podría describir o mencionar de qué manera mejoraría el funcionamiento o la gestión de sistema de RF/CRF?
12. ¿Cree que desde las autoridades responsables se está gestionando el SRCR?

Preguntas extras a profesionales con poder de gestión

1. ¿Está en conocimiento de cuáles son las herramientas de evaluación de la eficiencia del sistema de referencia y contrarreferencia?

2. ¿Cual/es se utiliza/n en nuestro sistema?
3. ¿Ha realizado alguna evaluación del mismo? ¿Qué datos ha arrojado su evaluación?

Anexo 4: Entrevista a personas atendidas en el primer nivel de atención y que han realizado interconsultas a especialistas en el sector público de salud de la ciudad de Olavarría en el mes de Agosto del 2019

1. ¿Alguna vez te derivó tu médico de cabecera a algún especialista?
2. ¿Te dió tu médico un papel para que lleves?
3. ¿Ese papel le llegó al especialista?
4. ¿Vos entendiste por qué te derivaron?
5. ¿Sabés si se comunicaron ambos médicos antes de derivarte?
6. ¿Te explicó el especialista que enfermedad tenías y qué tenías que hacer?
7. ¿Vos fuiste a contarle a tu médico de cabecera lo que te dijo el especialista?
8. ¿El especialista te dio una nota por escrito para que le muestres a tu médico de cabecera?
9. ¿Cuánto tiempo te llevó desde que el médico de cabecera te derivó hasta que viste al especialista y volviste al médico de cabecera?
10. ¿Cómo te sentiste en este tiempo?
11. ¿Tuviste alguna traba/dificultad en este proceso?
12. ¿Se resolvió tu problema/enfermedad?

Anexo 5: Entrevistas

Anexo 5.1: Entrevista realizada a médicos/as del primer nivel de atención (EMPN)

EMPN Nº1

¿Qué entiende por un sistema de referencia y contrarreferencia? Yo pienso que nosotros pertenecemos al primer nivel de atención, vendríamos a ser un contacto más cercano con la gente de la comunidad a la cual tenemos en el territorio, por lo cual ante cualquier patología o duda que se nos presente con un paciente que requiera una atención

en otro nivel, hacemos esto de la referencia a un especialista o a un servicio que pueda resolver esa problemática que no podemos abordar desde el primer nivel. Yo trato en lo posible de hacer un resumen cuando mando a un paciente a Interconsulta, escribo cuál es la duda, o por qué lo mando. No siempre, y eso no está bien, a veces es una demanda del paciente que quiere ir a algún especialista y uno no sabe ni siquiera por qué lo está mandando. Lo que me gustaría, que no está sucediendo, es la contrarreferencia, que es la devolución de ese paciente que mandé, al menos qué tratamiento se indica, si requiere algún tipo de seguimiento, o si le parece que la consulta requiere otra evaluación de otro especialista. El SRCR debería ser esto: un envío de paciente con una determinada historia clínica para que sea evaluado por un especialista del segundo nivel, y la devolución de esa evaluación en el segundo nivel.

¿Podría describir cómo funciona el sistema de referencia y contrarreferencia entre los profesionales del primer y segundo nivel de atención de la salud en su ciudad? *No tengo idea como funciona acá en Olavarría, si hay algún SRCR. Lo que conozco es una planilla que se envió no hace mucho, que tiene una parte que dice interconsulta con el especialista. Uno le pone el resumen, y en la parte de abajo tiene una parte de la devolución de ese paciente. Nunca me ha llegado escrita esa última parte. Esa es la única forma “formal” que conozco, si hay otras no las conozco. En lo informal: llamada de teléfono, mensaje de texto/WhatsApp.*

¿Cómo calificaría su funcionamiento? (muy bueno/bueno/regular/malo) ¿Por qué? *Malo. Me parece que no tenemos un seguimiento en conjunto entre APS y segundo nivel. Eso es lo que yo veo. Tengo pacientes que se atienden con algún especialista en el hospital, y salvo que yo mande una nota muy específica con alguna pregunta, me cuesta muchísimo que me manden. No tenemos un trabajo en conjunto siendo que seguimos los mismos pacientes. O por ejemplo yo he tomado alguna decisión terapéutica como médica de cabecera y después en el segundo nivel le dicen otra cosa al paciente, y es difícil, porque ¿Después el paciente en quién confía? ¿Cómo hace? Y esa falta de comunicación entre profesionales hace que el paciente quede ahí en el medio.*

¿Y por qué cree que no los siguen en conjunto? *Yo creo que hay una desconexión completa entre APS y el hospital. Nosotros somos efectores de salud pero el hospital no tiene ni idea el laburo que nosotros hacemos acá, ni nos conocemos las caras, al menos la mía que no me formé en Olavarría ni hice la residencia acá, entonces me parece que hay una falta de confianza, que eso puede ser porque ellos no saben si yo como generalista puedo abordar un paciente, por ejemplo diabético, y cómo, si yo me formé en insulización o no. Qué conocimiento tengo yo, ellos no lo saben. Puede ser falta de confianza, puede ser la falta de conexión completa, que no nos conocemos, no hablamos; no existe el SRCR, tampoco existe una historia clínica informatizada que no sé si soluciona o no, pero de última, se puede ver qué evolución tiene el paciente cuando va a un especialista. Yo podría ver qué se le indicó, que atención recibió. Solo puedo ver la medicación que retiró.*

Si alguna vez recibió una referencia o envió contrarreferencia ¿Cree que la misma fue clara y concreta? *Solo recibí una o dos veces por escrito y sí, fue concreta y clara. Pero sólo esas dos veces en los dos años que trabajo acá.*

¿Cómo cree usted que debería ser una referencia/contrarreferencia adecuada? *El teléfono es una herramienta útil pero muy informal para eso, no hay nada escrito, nada que yo pueda dejar asentado en la HC. Es lo más rápido, lo que yo más utilizo, porque me cuesta con la hoja. Me parece que no está mal que tengamos una hoja de RCR, por ahí el problema es si se pierde la hoja, si no se entiende la letra, si el paciente no la llevó ese día, es complejo el papel. Quizás si existiera un medio electrónico de comunicación sería más fácil, no mail, sino esto de poder poner en la HC del paciente al menos un informe de qué se hizo en esa consulta. Quizás eso es medio impersonal, y no comunica a un médico con el otro pero al menos uno puede tener una mirada de lo que se evaluó. Es una especie de diálogo que se implemente la historia clínica informatizada. También estaría buenísimo que nosotros tuviésemos un espacio de encuentro en el hospital. Un espacio para poder hablar. Pero la demanda en la sala te consume, es difícil que yo desde acá pueda irme hasta el hospital, los horarios que manejan de consultorio son muy distintos, encontrar al especialista en el lugar de trabajo. Entonces para mí la forma virtual sería lo más fácil. No sé si es la mejor.*

Cuando el paciente es referenciado ó contrarreferenciado ¿Nota que el mismo sabe el motivo de su derivación, puede explicarle a usted? *Depende de cada caso. Hay pacientes que están acostumbrados a recibir atención en el segundo nivel, y sabe por qué se lo envía. Yo trato de explicar por qué lo envió, pero después hago el resumen en la hoja porque por ahí después la paciente no puede decirle por qué la mandé. Quizás porque en el momento de la consulta no le sale, o quizás porque no entendió lo que yo le expliqué. Yo hablo mucho, hablo rápido, y a veces no sé si se termina de entender o no. Sí, trato de explicarlo.*

¿Usted cree que hay factores que obstaculizan su adecuado funcionamiento? Si es así ¿podría mencionar alguno? *Primero, que no trabajamos en un sistema integrado de salud, el hospital no tiene idea de nosotros, si uno quiere saber cómo funciona lo demás lo pregunta, es falta de interés. Después, esta falta de unión entre lo que se hace allá (hospital) y lo que nosotros hacemos acá (sala), unión en esto: que no aparece escrito en ningún lado, quizás nosotros también deberíamos escribir las consultas que hacemos en internet y que ellos también lo vean, entonces eso haría que podamos entender qué está pasando con el paciente ahí en el medio. Después, me parece que el papel ha quedado obsoleto, nadie lo usa, escribe cada uno en su lugar. Nosotros también tenemos nuestros sesgos, los especialistas tienen criterios distintos, nos cuesta encontrar puntos en común. Capacitaciones en conjunto para tener mismos criterios, qué guías usar...Creo que hay una puja por el control de ese paciente que tiene que ver con nuestra tarea médica. Cada uno se apropia un poco del paciente y nos cuesta soltarlo, desconfiamos/dudamos de las decisiones de los demás, estaría bueno encontrarnos más en temas que hacemos en conjunto.*

¿Usted cree que hay factores que facilitan su funcionamiento? Si es así ¿podría mencionar alguno? *Que existan las planillas y estén a disposición es algo que ya existe y que debería ser usado. Es un recurso que está. Que contemos con la posibilidad de sacar los turnos desde la sala y el paciente no esté dando vueltas es algo que facilita el sistema. Y esto que decía de la manera informal de comunicarnos en el teléfono.*

¿Usted cree que una buena articulación entre el primer y segundo nivel de atención genera beneficios? Si es así, ¿puede mencionar cuáles o en qué aspectos? *Sí.*

Nosotros atendemos pacientes con patologías prevalentes, hacemos los controles de salud, de embarazo, en algún punto necesitamos al segundo nivel, entonces un buen SRCR hace que ese seguimiento sea mucho más fluido. Y además, el trabajar en conjunto nos hace aumentar conocimiento y saber qué hacer. Y me parece que el hospital necesita de nosotros porque el paciente vive acá, viene todos los días, y conocemos a la familia, al contexto, nosotros hacemos un abordaje integral del paciente que en el hospital el especialista lo ve una sola vez y ve del paciente por lo que yo lo mandé y nada más. Un buen SRCR aliviaría el trabajo del especialista que no conoce al paciente y nosotros podemos darle herramientas, y a su vez a nosotros nos ayudaría a mejorar la atención que hacemos con esa persona.

¿Podría describir o mencionar de qué manera mejoraría el funcionamiento o la gestión de SRCR? *Y, si la idea es descentralizar la tarea del hospital, el trabajo en conjunto haría que nosotros podamos hacer determinadas atenciones y enviar al paciente solo en los momentos que se necesitan, para que el especialista no esté lleno de consultas que no tienen sentido.*

¿Y a nivel de los profesionales generaría algún beneficio? *Si, compartir experiencia, la mirada del especialista genera conocimientos en nosotros. La relación profesional sería mucho más provechosa.*

¿Cree que desde las autoridades responsables se está gestionando el SRCR? *No, desde que yo estoy no. Y me parece que tampoco hay una evaluación de la tarea de la APS. Y en cuanto al SRCR no hay, no se ha intentado hacer una evaluación ni tampoco nadie nos ha venido a preguntar si usamos los formularios o no, pero me parece que si la gestión no se ocupa quizás nosotros nos deberíamos haber ocupado y presionado desde nuestro lugar.*

¿Desde cuándo se usan esos formularios? *La verdad que no te sabría decir, un día los encontramos en una caja y los empezamos a usar. No sé si ya estaban o llegaron nuevos. No vinieron con ninguna circular que informara nada.*

EMPN N° 2

¿Qué entiende por un SRCR? *Referencia en la bibliografía y en la práctica: cuando desde el primer nivel necesitamos realizar otra consulta o que la persona que estamos atendiendo en el primer nivel, necesita otra consulta, que por lo general suele ser con especialistas en determinadas áreas, que excede el campo, por formación o por teoría, por lo cual necesitaría de una evaluación que nosotros no podemos brindar desde el primer nivel de atención. Pero no necesariamente es hacia personas, sino hacia servicios, por ejemplo, hospital de mayor complejidad, por ejemplo, la guardia. No siempre la referencia se da por cuestiones de especialidad, sino también por cuestiones de urgencia. O para realización de estudios, se los realizan y vuelven a nosotros para la interpretación. Contrarreferencia: respuesta que yo obtengo del acto anterior, puede ser nada, que se haya hecho el estudio y vuelva y yo tengo que interpretarlo (por ejemplo la mera cara de una radiografía de tórax al sistema y yo tengo que interpretarla), o sea dirigido directamente a una especialidad, y la referencia sería la devolución de ese profesional con respecto a la cuestión que nosotros lo hemos enviado, que puede por escrito, verbal, comunicación telefónica, etc.*

¿Podría describir cómo funciona el SRCR entre los profesionales del primer y segundo nivel de atención de la salud en su ciudad? *Críticamente no funciona como debería funcionar. Lo digo pensando primero en las personas, las cuales manifiestan muchas quejas respecto a las demoras en los turnos, respecto de la atención en las ventanillas, del trato de los profesionales, y la poca/nula resolución de la problemática por la cual lo enviamos. No es generalizable, pero es la mayoría. Desde el punto de vista profesional, elevamos una nota además de realizar un llamado avisando (si es una emergencia). En la nota, realizamos una descripción de por qué estamos enviando al paciente. La realidad es que ese papel a veces no llega al profesional. Cuando se hace mucho hincapié en que el paciente vuelva al médico de cabecera con una contra referencia, hay algunas circunstancias en las cuales llega ese papel. Aunque por lo general, los pacientes solo vuelven con las indicaciones que le dio el especialista. Y ahí interpretamos que podría haber pensado el especialista. Las urgencias para ellos no son las mismas que para nosotros y no nos hemos juntado a protocolizarlo. También el recurso humano es poco, y nosotros para un tapón de cera, tenemos que esperar cinco meses, por ejemplo. Siento que hay muchas cosas para resolver, que se podrían resolver con uno o dos encuentros entre los profesionales del primer y segundo nivel, para ponernos de acuerdo. Y optimizar el sistema hospitalario con las HC digitales. La mayoría de*

las veces también se logran resoluciones por cuestiones de amistad o camaradería entre colegas. Por celular, por ejemplo, le mando una foto a la cirujana plástica y se la mando, para evitar el tiempo y la demora de la persona.

¿Podría describir cómo funciona el SRCR entre los profesionales del primer y segundo nivel de atención de la salud en su ciudad? *Regular. Si bien hay muchos esfuerzos individuales, no dejan de ser eso: esfuerzos individuales. Y uno cuando tiene una perspectiva sanitaria, debería ofrecerlo por igual manera a todos los miembros de la comunidad. Los turnos tardan, los papeles se pierden. A veces siento que lo que escribo no llega y no me escriben. Lo ideal sería la HC digitalizada para mejorar la calidad de vida de los pacientes.*

Si alguna vez recibió una referencia o envió contrarreferencia ¿cree que la misma fue clara y concreta? *De algunos servicios (cardiología) envían el electrocardiograma y la evaluación cardiológica va tipeada. Muy claro. Pero solo aplica a la devolución del informe del electrocardiograma. Por lo general, no tengo contrarreferencia, sólo la indicación o recetas. En general, no entiendo la letra. Con respecto a las que he enviado, escribo todo. Cuando es para control, ejemplo miopía no lo hago tan completo, escribo solo “agradecería evaluación”.*

¿Cómo cree usted que debería ser una referencia/contrarreferencia adecuada? *Tendría que ser sencilla, ágil y simple. Por cuestión de que no contamos con demasiado tiempo real. Y el aumento de la demanda junto con la imposibilidad de poder abordarla, nos quita tiempo. Por lo cual, insisto en la necesidad de una historia clínica digital. Nos ahorraríamos papel, nos ahorraríamos no entender la letra. Además, a nosotros a veces nos es muy difícil escribir en siglas “alto riesgo social” o “promiscuidad” y al escribirlo en la referencia, eso el paciente puede leerlo. Por lo cual la HC digitalizada estaría bueno para poder comunicar esos aspectos. Entonces, los puntos serían: generar espacios reales para turnos del primer nivel (no más de 15 días), la historia clínica digitalizada y un SRCR especial para la urgencia (guardia) para el primer nivel de atención.*

¿En caso de atender un paciente que no es derivado, usted contrarreferencia al médico de cabecera de ese paciente? *Sí, por lo general escribo una nota para contarle que*

pasó a su médico de cabecera. Si en cambio, atiendo a un paciente de un colega que se tomó licencia, sólo lo dejo asentado en la historia clínica, si es en el mismo nivel de atención.

Cuando el paciente es referenciado ó contrarreferenciado ¿Nota que el mismo sabe el motivo de su derivación y puede explicarle a usted? Sí, sabe por qué va, porque lo referenciamos nosotros y le explicamos. En general, cuando vuelven, muchas veces no saben qué le dijeron y qué le indicaron. Le preguntamos, por ejemplo, ¿Qué te dieron? y dice, “una crema, no me acuerdo cuál” y ¿Cuándo te va a volver a ver?, y nos dicen, “me dijo que vuelva el año que viene”. Muchas veces depende de la persona, que quizás no prestó atención o el vocabulario lo excede. Y muchas veces no tenemos más datos que esos.

¿Usted cree que hay factores que obstaculizan su adecuado funcionamiento? Si es así ¿podría mencionar alguno? Factores que obstaculizan: las demoras, número de turnos reducidos, diferencias en cuanto a la concepción de las urgencias, falta de contrarreferencias, las distancias (generar un traslado, muchas veces no es sencillo), falta de historia clínica digital, falta de articulación como profesionales de primer y segundo nivel.

¿Usted cree que una buena articulación entre en primer y segundo nivel de atención genera beneficios? Si es así puede mencionar ¿cuáles o en qué aspectos? Una articulación entre primer y segundo nivel genera beneficios para la persona: la seguridad de que va a ver al especialista en tiempo y forma, que el especialista va a conocer su historia porque está derivado personalmente por su médico de cabecera, se puede organizar con las distancias para ir al turno, tiene la confianza de que si se pierde información, el médico de cabecera se puede comunicar con el especialista, y ni hablar que esto mejora la calidad de vida de la persona. A los médicos nos ordena, nos agrupa, nos da camaradería. Nos ayuda a aprender.

Económicos, redundaría más en pérdida de papel, de recursos. Administrativo, sería ágil para ellos.

¿Podría describir o mencionar de qué manera mejoraría el funcionamiento o la gestión de SRCR? Mejoraría optimizando el sistema de HC digital, con los horarios protegidos

para turnos para el primer nivel, los turnos dados en el momento, capacitaciones entre representantes del segundo y primer nivel para protocolizar ciertas cuestiones.

EMPN Nº 3

¿Qué entiende por un SRCR? *Primero que es un sistema, es algo sistémico, es algo circular, va y vuelve. La referencia es cuando alguien deriva o pide una interconsulta, y recibe del otro lado una respuesta de lo que derivó. El objetivo es que el paciente tenga una respuesta, no tan sólo el médico, para que uno después pueda interactuar con el paciente en función de la respuesta que tenés.*

¿Podría describir cómo funciona el SRCR entre los profesionales del primer y segundo nivel de atención de la salud en su ciudad? *Bueno, lo que nosotros tenemos para hacer la referencia y contrarreferencia es una hoja, que vendría a ser la hoja de interconsulta o de derivación, en donde uno tiene un diagnóstico y después tenés que recibir una respuesta de la persona a la que vos le enviás el paciente. Esto se trabajó hace mucho, hace mucho que se viene hablando del SRCR, por esto de la falta de respuesta, siempre pasó eso. No todos los profesionales envían una respuesta, pero hay algunos que siempre lo hicieron, que es de destacar; por ejemplo en cardiología, hay algunos que envían la contrarreferencia, algunos neurólogos, por ejemplo Salías, siempre me da una contrarreferencia. Cuando hay una internación en pediatría, siempre recibo una respuesta, o sea, recibo un resumen semiológico, eso pasa siempre en la derivación. Por ahí lo que a veces se dificulta, es a nivel de la interconsulta. Esto se viene planteando hace mucho tiempo, una vez estuvimos reunidos en un grupo de planificación estratégica y se trabajó sobre el tema de SRCR, de eso surgió una planilla para hacer la referencia y la contrarreferencia, donde estuvo trabajando también el Dr. Hasta. Pero, a veces, tenemos esa dificultad, que no todos te responden.*

¿Hace cuánto que surgió lo del grupo de planificación? *Yo creo que en el 2012, justo en el momento que surgió lo de la libreta, porque se hicieron comisiones y cada grupo de planificación trabajó sobre algo.*

¿Y cómo surgió ese grupo de planificación? *Fuimos convocados en ese momento por autoridades municipales, de una forma muy heterogénea, que fue lo importante, porque*

estábamos representados todos no solamente los médicos, enfermeros, administrativos, de APS y del Hospital.

¿Se acuerda quiénes estaban en gestión en ese momento? *Si, en ese momento estaba Eseverri José y Marisa Montani como Secretaria de Salud. Esto de la referencia y contrarreferencia es histórico, que en ese momento se trató el tema porque siempre surgía el problema este de no tener la respuesta. Pero yo te digo que hay muchos médicos que responden, en las interconsultas. Además esa hoja de referencia y contrarreferencia, es un documento, que debe estar en la historia clínica del paciente. Por más que vos puedas comunicarte de manera telefónica, es importante tenerlo porque te podés olvidar lo que te dicen porque son tantos pacientes, pero si vos lo tenés escrito es distinto.*

¿Cómo calificaría su funcionamiento? (muy bueno/bueno/regular/malo) ¿Porqué?
Y yo creo que este sistema no puede depender de la voluntad de las personas, sino que tiene que ser algo a nivel de salud pública; tiene que haber una supervisión o algo que diga que es importante que todas las personas tengan que hacer referencia y contrarreferencia.

Yo creo que funciona según la voluntad porque si no estarían todas escritas las respuestas, y si no están es porque depende de la voluntad de cada uno de nosotros de contestar. Tiene que ser tan importante como completar la historia clínica. Además de la voluntad, lo que determina que haya o no una respuesta, puede ser la falta de tiempo, que el médico esté atendiendo a muchas personas, pero bueno, como ellos atienden a muchas personas, nosotros también, o sea que es lo mismo, que no tiene que depender de la voluntad sino que tiene que ser algo organizado, que esté normatizado y que se cumpla. Y no que si yo tengo tiempo lo escribo y sino no. El sistema funciona de manera regular, en cuanto a lo que es internación pediátrica funciona muy bien porque siempre recibo la epicrisis. Por ejemplo de clínica médica, que yo recuerde, no tengo muchas contrarreferencias, de cirugía tampoco; en internación te digo, que debería ser una obligación, vos tenés que tener una epicrisis sí o sí, porque a veces viene el paciente y vos decís ¿Por qué estará tomando esto? Un paciente no puede salir de alta sin epicrisis porque vos no sabés cómo lo siguieron, qué le dieron, qué le hicieron. Y en lo que respecta a interconsultas es importante también, porque es una manera de tener una respuesta y

modificar algún actuar médico, porque siempre incide sobre el actuar médico, sobre la acción del médico.

Si alguna vez recibió una referencia o envió contrarreferencia ¿cree que la misma fue clara y concreta? *Las pediátricas son todas claras y concretas, todas y se entienden. A veces depende también de la letra, viste eso también ocurre. Capaz habría que hacer un sistemas donde tengas que escribir tanto. Pero uno con buena voluntad, a veces con los mismos pacientes, lo tratamos de descifrar entre los dos.*

¿Cómo cree usted que debería ser una referencia/contrarreferencia adecuada? *y yo creo que un sistema adecuado, ya te dije, no tiene que depender de la voluntad, sino que tiene que estar normatizado, tiene que ser algo obligatorio, así como es obligación escribir en una historia clínica, y tiene que depender de una decisión política, porque si vos no tenés una decisión política que dice: esto es conveniente porque el paciente va hacia varios lados, en un equipo interdisciplinario, es importante que vos conozcas la respuesta de todos. Yo creo que es eso, tenés que tenerlo normatizado, que no tiene que depender de la voluntad y que tiene que ser considerado algo de importancia, tanto en la internación como en las interconsultas que uno hace.*

¿Qué componentes debería tener el mensaje que se le devuelve? *El mensaje tendría que tener qué diagnóstico, es lo más importante, los estudios que se le solicitaron, el tratamiento que se le realizó, el período por el cual tiene que recibir un seguimiento o nuevas interconsultas, si lo considera necesario. Pero lo más importante es el diagnóstico, el tratamiento que se le hizo y el seguimiento posterior.*

¿En caso de atender un paciente que no es derivado, usted contrarreferencia al médico de cabecera de ese paciente? *Generalmente cuando pasa eso, hay un problema, porque es cuando están de vacaciones y en ese momento es muy difícil que vos puedas hacer una contrarreferencia porque es muchísimo lo que estás atendiendo; justo cuando coincide con las vacaciones es un desastre porque estás sola y tenés que atender de diferentes barrios. Pero por ahí si es alguna situación que vos considerás que es de importancia, la tendríamos que tener escrita; yo no me acuerdo si escribí alguna vez, me parece que no.*

Cuando el paciente es referenciado o contrarreferenciado ¿Nota que el mismo sabe el motivo de su derivación, puede explicarle a usted? *Depende, si vos haces una interconsulta sí, pero a veces una persona no va a un solo lugar, lo derivaste a varios lugares, ahí les cuesta un poco más; pero si no generalmente no tienen problema. Y si es que el médico les pregunta, quizás pueden responder el motivo. Algunos saben explicarme qué pasó en el consultorio con el especialista y otros la verdad que no: “y no sé, me dijo todo esto pero la verdad que no sé”, y uno tiene que explicárselo. Es una falla de los dos niveles, es de todos, porque uno a veces le explica y no se asegura si el paciente entendió o no; uno da por sobreentendido y el paciente no llegó a entenderte, y eso que uno trata de explicárselo de la mejor forma posible, a veces porque tenés muchos pacientes y lo explicas claro pero rápido, y el paciente se fue y no entendió. Me pasó hace poco con una nena de 15 años embarazada, con una toxoplasmosis aguda, primer trimestre. Primero me llaman de laboratorio (eso es bueno porque te llaman de laboratorio y te informan todo), entonces yo hago la interconsulta al oftalmólogo y al infectólogo. Cuando viene ella lo hace sola y yo le explico pero sin decirle que puede tener malformación, le digo: mirá, es importante que vos hagas esto por tu bebé, es importante, a lo mejor te tienen que medicar, le expliqué todo; entonces después la sigo, voy a la casa y le digo: ¿Fuiste a las interconsultas?, “fui al de los ojos”, ¿Y al infectólogo? “ah creo que a ese turno lo perdí”. Entonces le recalco la importancia de que vaya y ella me dice: ah sí, esperá que creo que fui y me dió un medicamento.” Me trae un papel que decía “espirometría”. Ella había ido, pero vos fijate que no sabía que había ido. Y le pregunto: ¿Por qué no fuiste a buscar los remedios? Y me dice: “No, lo que pasa es que yo no sé dónde queda la farmacia del hospital.” Así que como ella imagínate a los que les debe pasar, y las barreras que hay, las barreras.*

¿Usted cree que hay factores que obstaculizan su adecuado funcionamiento? Si es así, ¿Podría mencionar alguno? *Yo desgraciadamente, te digo que para mí es la parte administrativa, que no se pueden poner en el lugar del otro, no sé si todas, pero no tienen un buen trato. Me pasa acá en la sala también, que no lo hacen de malas, es su temperamento, pero bueno vos para atender a las personas tenés que tener un temperamento especial. A veces, tienen un carácter muy chocante, y vos que no entendés, venís con una dolencia y te tratan mal, en vez de ayudarlos los complicas. No tomarlo como algo que es importante, y no*

dejarlo escrito y enviarle una contrarreferencia al médico, porque depende más de la voluntad que de la norma. Esa falta de voluntad por ahí está relacionado con la cantidad de pacientes que están atendiendo y entonces bueno, no todos van a poder hacerlo, algunas aunque atienden muchas personas lo hacen y hay otras que no. Pero bueno, hay gente que está condicionada por eso, por la cantidad de turnos que dan, por el poco tiempo que tienen para estar con el paciente; y también con uno, con tus formas, con lo que vos pensás que es importante: si vos no lo considerás importante, no vas a tener la voluntad de llenar ningún papel, ya está, le restas en vez de sumar. O por ahí creen que no es necesario porque ya lo atendió él al paciente, y piensa que a lo mejor ya con todo lo que le dio y las indicaciones, capaz que piensa que me lo va a poder explicar a mí y ahí está, consideran eso, total ya le dieron todo, y decile esto a la doctora, entonces termina ahí; pero la gente te va a decir lo que interpretan, no todo, pero bueno, es necesario que escriban.

¿Usted cree que hay factores que facilitan su funcionamiento? Si es así ¿podría mencionar alguno?*Por ahí ver de hacer algo menos complejo, en donde vos no tengas que escribir tanto, en vez de escribir llenar algo con cruces, algo más práctico, más operativo. Aparte, ver desde salud pública para hacer una normatización, que el paciente tiene que salir del consultorio con la respuesta. Y nosotros también si hacemos una referencia al psicólogo, tenemos que hacer una hoja de derivación, porque es importante para el especialista el por qué le derivás al paciente.*

¿Usted cree que una buena articulación entre en primer y segundo nivel de atención genera beneficios? Si es así puede mencionar cuales o en qué aspectos.*Yo creo que sí. Por ejemplo al no hacer cosas redundantes, por ahí si vos sabes que el otro hizo tal cosa vos no volver a hacerlo, por ahí estás repitiendo estudios o estás dando un tratamiento que a lo mejor no corresponde, porque él tiene su tratamiento y vos como no sabés lo que le dieron, das lo mismo o algo distinto que no tiene por qué darse; o pedís análisis que no tienen por qué hacerse. Además, lo bueno es saber bien el diagnóstico, qué apreciación tiene la persona interconsultada respecto a su diagnóstico. Haciendo un SRCR normatizado podes tener una respuesta estadística de todo lo que estás haciendo, todo favorece a la estadística. A nivel individual el beneficio es que vos estás trabajando en forma coordinada con otro y eso seguramente no va a confundir al paciente, porque a veces uno dice una cosa y el otro dice*

otra y el paciente se confunde y no sabe a quién tiene que seguir; hace que haya claridad evitando la confusión del paciente.

¿Podría describir o mencionar de qué manera mejoraría el funcionamiento o la gestión del SRCR? *Y bueno, la gestión es normatizar, tiene que haber normas, vos tenés que normatizar cómo va a ser el SRCR, cuál va a ser el objetivo, cómo lo vas a hacer, qué herramientas vas a utilizar y después evaluar los resultados o el impacto que tiene ponerlo en práctica, tenés que llegar a eso.*

¿Cree que desde las autoridades responsables se está gestionando el SRCR? *La cuestión no es hacer una cosa una vez, la revolución hay que mantenerla. Hay que tener continuidad, el problema es que falta la continuidad, uno se diluye. Por eso tenés que tener esto de la gestión: evaluar impacto, a mediano y largo plazo, y mostrando los resultados, que el resto del equipo vea que vos estás evaluando qué resultados tuvo. Después de lo comentado en 2012, no recuerdo si hubo nuevas instancias donde se trató el tema, ni se comunicaron resultados. Yo creo que lo que a veces hacen es modificar planillas, creen que haciendo eso van a mejorar las cosas y no, yo veo que con esas modificaciones no se logran beneficios en el sistema, no es la forma. Tendrán que hablar por servicio, mostrar la planilla, explicar para qué sirve, cómo va a ser la evaluación, cómo se va a gestar.*

EMPN Nº 4

¿Qué entendés por un SRCR? *Entiendo que es un sistema que comunica diferentes niveles de atención o de complejidad, en mi caso es el que comunica los médicos de APS con los médicos del segundo nivel de atención. Es como una comunicación.*

¿Podrías describir cómo funciona el SRCR entre los profesionales del primer y segundo nivel de atención de la salud? *Desde APS lo que hacemos es interconsultar a los pacientes a través de una planilla de derivación de especialistas donde se hace un resumen de historia clínica. Si quiero que se evalúe algo puntualmente lo pongo. El paciente gestiona el turno con las administrativas y va al especialista y vuelve en general, sin contrarreferencia. Son pocos los que te mandan algo escrito de lo evaluado, por lo general es el paciente el que cuenta lo que le dijeron y lo que entendió de lo que le dijeron. Cuando el paciente vuelve, le*

pregunto qué fue lo que le dijo, qué le pidió (si le pidió), si le hizo las órdenes para todo eso, si le indicó algo, qué le indicó y cómo se lo indicó, cómo nos vamos a manejar con las recetas (si desde APS o la va a seguir haciendo el especialista).

¿Y esas preguntas, por lo general, te las puede responder el paciente? *No. Por ahí si qué le dijeron y qué le hicieron (si le pidió algún estudio complementario, por ejemplo). Hay algunos especialistas que hacen los cambios de medicación ellos y otros que los sugieren en la interconsulta, pero no lo hacen, uno lo tiene que hacer en el CAPS.*

¿Y en el caso de que generen algún cambio, se lo dejan anotado al paciente por ejemplo? *Algunos lo escriben en la interconsulta y a veces no sé si le queda al paciente anotado en algún lado. Yo le transcribo todo. Con las recetas, por ejemplo de salud mental, son un problema enorme. Yo creo que las recetas las debemos manejar desde APS. Yo no tengo problema de realizar las recetas para mis pacientes, pero sí con una contrarreferencia (con diagnóstico y plan terapéutico). Muchas veces yo me fijo en el sistema que medicación retiró el paciente de farmacia, entonces sé que algún profesional se la indicó, pero no debería ser así. Con respecto a las recetas de salud mental son un problema porque esa medicación es de las que menos manejamos en APS. Entonces, creo que es necesario una referencia más fuerte, porque aliviaría mucho el tema de las recetas.*

¿Y con el tema del seguimiento, los especialistas le dicen a los pacientes cuando tienen que volver, o en el caso de psiquiatría, por ejemplo, le dicen cómo va a ser el seguimiento? *En general no les queda claro cuando tienen que volver y a nosotros tampoco. Cuando, por ejemplo, los pacientes me traen un laboratorio para que yo vea qué le pidió el especialista. Por más que esté normal, yo lo mando de nuevo al especialista. Porque si lo pide él, que al menos lo mire.*

¿Cómo calificarías el funcionamiento del SRCR? *Malo. Porque prácticamente no hay desde el segundo nivel.*

¿Has tenido que usar otros medios de comunicación fuera de los “oficiales” para ver qué conducta tomó el especialista, por ejemplo? *Sí. He tenido que utilizar WhatsApp.*

¿De las contrarreferencias que has recibido, crees que las mismas fueron claras, concretas, que tienen la información necesaria? *Muchas veces no se entienden las letras. No sé cuándo el paciente tiene que volver, si hay un seguimiento.*

¿Para vos, qué ítems debería tener un contrarreferencia? *Impresión diagnóstica o diagnóstico si es que llegó a alguno, resultado de estudios complementarios si es que los pidió, plan terapéutico y seguimiento, si el seguimiento va a ser en APS, y si va a ser por parte del especialista, cada cuánto.*

En caso de que, por ejemplo, atiendas un paciente que tiene otro médico de cabecera, porque lo ves en la guardia, etc, ¿Vos lo contrarreferencias con su médico de cabecera? *Sí*

¿Y hacés una nota o le explicás al paciente? *Depende. A veces lo hago mediante WhatsApp con los colegas. Si veo uno acá que es del Chito, le cuento directamente al Chito. Entre los mismos colegas de APS lo hablo directamente, no escribo una contrarreferencia.*

¿Te parece que eso es porque trabajan en el mismo nivel? *Sí, creo que es porque hay más compañerismo y nos conocemos todos, por lo cual me queda más cómodo y fácil por teléfono, por ejemplo, o hablando directamente.*

¿Crees que hay factores que obstaculizan su adecuado funcionamiento? Si es así ¿Podrías mencionar alguno? *Yo creo que hay varios factores: el tiempo de la consulta, los especialistas no se toman el tiempo de escribir la contrarreferencia. Otro, es la importancia que ellos le dan al tema. Le dan poca relevancia a que el médico de cabecera se entere de lo que pasó durante la interconsulta. Quizás confían en que el paciente entendió y lo van a poder comunicar y eso la verdad que no sucede, y creo que todos lo sabemos. Además creo que no corresponde que el paciente te cuente todo. Debería tomarse en serio la articulación entre el médico de cabecera y el especialista. Además de que interfiere el tiempo y el no tomarlo en serio, también interviene una lógica de ayuda: de no estar perdiendo el tiempo con cosas que se hacen varias veces. Tanto de pedir cosas que ya se pidieron, como enviar a*

un paciente antes de tiempo a un especialista porque uno lo considera y no es lo que planificó el especialista, o de las vueltas que se le da a los pacientes con medicación crónica, que se debería manejar desde otro lugar.

¿Crees que hay factores que facilitan su funcionamiento? Si es así ¿Podrías mencionar alguno? *Una de las cosas que yo creo que mejoró, fue el sello de oftalmología y de OEA en la libreta. Antes no se sabía si habían ido, cómo había dado, etc. Eso es algo que mejoró con un simple sello en la libreta. Después no sé.*

Después mejoró el sistema, que yo por internet puedo ver si tiene turno, si retiró medicación, si se realizó algún estudio complementario, pero eso no es el real SRCR. Son deducciones mías a través del sistema. No es el SRCR.

¿Crees que una buena articulación entre en primer y segundo nivel de atención genera beneficios? Si es así podés mencionar cuáles y en qué aspectos. *Sí. Esto de saber los planes de estudios, terapéuticos, seguimiento y el no sobrecargar los dos sistemas de gusto. No hacer dos veces algo, poder centralizar en el médico de cabecera todas las cuestiones de salud del paciente, y que no está disgregado en un montón de especialidades y no saber bien lo que está pasando con cada uno. Mejorando el SRCR mejora la calidad de atención del paciente. Otra cosa que mejoraron también fueron las epicrisis: algunas tienen datos que no sirven para nada (se explaya mucho en cómo entró, etc, etc) y otras no. Poner diagnóstico, qué fue lo que se hizo y seguimiento. Pero a pesar de eso, es re válida la epicrisis. Estaría bueno que al menos los servicios que tienen internación hicieran epicrisis.*

¿Crees que el paciente se da cuenta de que hay algo que no mejora correctamente? *No sé si lo nota, pero sí se da cuenta de que, por ejemplo, no hay nada escrito, de no saber a donde tienen que ir a buscar una receta (allá o acá), ha pasado que dos cosas se pidan dos veces. Yo soy bastante hincha de que pida que escriban, algunos lo hacen y otro no (porque no se animan) pero sé que cuando tienen las cosas escritas vienen, te las traen y te las muestran.*

¿Podrías describir o mencionar de qué manera mejoraría el funcionamiento o la gestión del SRCR? *Nosotros desde APS en general utilizamos las planillas de RCR. Y entre los*

especialistas también lo hacen, al menos yo lo he visto. Por ahí es necesario evidenciar el doble trabajo que hacemos todos, que se solucionaría con un buen SRCR. Tomar conciencia de que muchas veces el paciente no entiende y se evitaría un teléfono descompuesto. Y que el día de mañana esté disponible la historia clínica unificada. Igualmente conlleva que vos tengas ganas y tiempo. De ser así, el especialista va a ver lo que yo escribí en la historia clínica, una sola vez.

¿Te parece que desde la gestión hospitalaria se han hecho algunas cosas o evaluación para evaluar el funcionamiento actual del SRCR? *No. Se ha hablado del tema en algunas reuniones. Estamos de acuerdo que es necesario modificarlo desde hace tiempo, pero no se ha hecho nada.*

Anexo 5.2: Entrevista realizada a médicos/as del segundo nivel de atención (EMSN)

EMSN N° 1

¿Qué entiende por un SRCR? *En un Sistema efectivo de respuesta mutua de derivación del paciente.*

¿Podría describir cómo funciona el SRCR entre los profesionales del primer y segundo nivel de atención de la salud en su ciudad? *Funciona a través de una hoja impresa donde se cargan datos de consulta desde APS al especialista y éste responde de manera escrita, clara y concisa, con sugerencias.*

¿Cómo calificaría su funcionamiento? (muy bueno/bueno/regular/malo) ¿Por qué? *Muy bueno porque acorta tiempo de consultas, de indicaciones quirúrgicas en beneficio de los pacientes. Sería mejor si estuviera informatizado, digitalizado.*

Si alguna vez recibió una referencia o envió contrarreferencia ¿cree que la misma fue clara y concreta? *Algunos son claros y concretos y otros no. Es que pierde es el paciente si no lo mandas con los estudios prequirúrgicos (laboratorio con coagulograma,*

electrocardiograma). Le respondo al médico de cabecera que el paciente se envía a lista quirúrgica.

¿Cómo cree usted que debería ser una referencia/contrarreferencia adecuada? Deberían ser las dos bien completas, la referencia y la contrarreferencia. Por ejemplo, si precisas una biopsia y me lo mandas al paciente con el coagulograma y me avisas, yo no se lo pido de nuevo. Y el paciente ahorra tiempo.

¿En caso de atender un paciente que no es derivado, usted contrarreferencia al médico de cabecera de ese paciente? No. Si no es derivado ¿A quién lo mando? A veces no tienen ni médico de cabecera. Por ejemplo, de la guardia me llaman por teléfono y me mandan al paciente al consultorio. Yo lo cito por ejemplo para el otro día. Ahí la referencia es verbal, pero es una referencia. Cuando lo veo al paciente me acuerdo qué tiene porque ya me lo dijeron por teléfono.

Cuando el paciente es referenciado ó contrarreferenciado ¿Nota que el mismo sabe el motivo de su derivación, y puede explicarle a usted? Sí. Algunos no tienen ni idea. Depende del nivel intelectual del paciente. Yo les digo a todos los pacientes todo. Por ejemplo "tiene un cáncer", yo no les ando con cuentos. Yo trato de explicar. Muchos de primera vez no son derivados por médico de cabecera, vienen con turno desde el box. Los pacientes a veces saben y a veces no.

¿Usted cree que hay factores que obstaculizan su adecuado funcionamiento? Si es así ¿podría mencionar alguno? Creo que el nivel intelectual es un factor obstaculizador en los pacientes (si no entiende, el paciente le cree más al médico de cabecera que al especialista del 2do nivel). Con respecto a los médicos de cabecera creo que la cuestión es multifactorial: por ejemplo, que el papel quede en un cajón. Hay una hoja que en la parte superior da lugar a que el médico derivante explique lo que tiene el paciente. Y abajo queda lugar para que responda el médico del hospital. Otro factor sería que los médicos de cabecera no manden la referencia. Ellos son fundamentales, pero el médico especialista también. Porque si el médico especialista no escribe, el médico de cabecera no sabe qué pasó. Por ejemplo: un diabético hipertenso medicado, en un postoperatorio le saco los

puntos y lo mando al médico de cabecera para que le dé la medicación; de nuevo, va a decir: "¿Qué, te operaron? ¡Yo no sabía nada!"

¿Usted cree que hay factores que facilitan su funcionamiento? Si es así ¿podría mencionar alguno? *Historia clínica integrada, cruzada la salita periférica con el consultorio del especialista que es lo que están haciendo ahora en consultorio externo como en el Hospital Italiano. Sabes si fue, si se hizo un laboratorio, para no pedir "al pepe". Tengo un pedido de la salita y yo lo miro y falta el coagulograma. Yo se lo pido, pero a veces ya vienen con el resultado, genera un gasto en salud de gusto. Si me mandás al paciente cocinado, o sea, con el pedido del hemograma, coagulograma, etc, eso ya acelera las cosas. De 3 consultas que necesitaría el paciente hacés todo en una sola. Del funcionamiento, considero que debería haber un sistema integrado, digitalizado, en red, donde puedan tener acceso a todo.*

¿Usted cree que una buena articulación entre en primer y segundo nivel de atención genera beneficios? Si es así, ¿puede mencionar cuales o en qué aspectos? *Obvio que sí. Para el paciente acortás consultas innecesarias, para los médicos de cabecera y los médicos especialistas achicás la consulta, ganás tiempo. ¿Económico? Sí, para el sistema de salud y para los pacientes que no tienen que gastar dinero en el colectivo muchas veces, por ejemplo en ir y venir. El médico de la sala es el que hace el laburo sucio. Debería ser el que más gana. Pero son ninguneados. Acá pasaba que en CAPS no había médicos, entonces el paciente venía directo al hospital. El médico generalista deja la salita cuando pagan bien la guardia, y no debería ser así.*

¿Podría describir o mencionar de qué manera mejoraría el funcionamiento o la gestión de SRCR? *Comprar computadoras, que exista un sistema integrado en red. Los beneficios serían económicos, de tiempo, laborales, porque también a vos te genera un cansancio, porque por ejemplo, no es lo mismo que atiendas diez pacientes bien, que veinte mal, o sea, sí, vos atendiste 20, pero los atendiste mal, rápido.*

¿Cree que desde las autoridades responsables se está gestionando el SRCR? *Lo desconozco, no sé. Sé que están queriendo hacer la historia clínica digital, pero la verdad no se... desconozco.*

EMSN Nº 2

¿Qué entiende por un SRCR? *Supongo que son las derivaciones que se hacen entre un nivel y otro, cuando te derivan un paciente y vos después lo contrarreferencias al nivel que te lo envió.*

¿Podría describir cómo funciona el SRCR entre los profesionales del primer y segundo nivel de atención de la salud en su ciudad? *Y acá en consultorio, lo que he visto es que te mandan los pacientes con algún tipo de nota, planilla, donde te explican por qué te lo derivan y en esa misma planilla hay un espacio como para que vos hagas tu evolución o tu devolución al médico que te lo derivó, se lo entregues al paciente y el vuelva con eso. Yo hay veces que lo hago y otras que no. No todos los pacientes que me derivan vienen con una referencia tampoco.*

¿Cómo calificaría su funcionamiento? (muy bueno/bueno/regular/malo) ¿Por qué? *Mal, porque por ejemplo yo no siempre lo hago y debería porque se supone que el médico de cabecera te lo deriva para algo.*

Si alguna vez recibió una referencia o envió contrarreferencia ¿cree que la misma fue clara y concreta? *Si, más o menos, te ponen datos, algunos se explayan más otros menos, o bueno hay interconsultas que están más justificadas que otras.*

¿Cómo cree usted que debería ser una referencia/contrarreferencia adecuada? *Y primero uno se tiene que comprometer a hacerlo, porque ponele, si está en formato digital, también te tenés que comprometer a completarlo, pero bueno si todo estuviera digitalizado en el primer y segundo nivel, ya se vería ahí la historia clínica y todos tendrían acceso. Pero lo primero es mantener el compromiso de mantener esa comunicación fluida, completar las cosas. Que no se hacen, a mi particularmente, por falta de tiempo, si bien al paciente le brindás una buena atención, después no te ponés a llenar planillas.*

¿En caso de atender un paciente que no es derivado, usted contrarreferencia al médico de cabecera de ese paciente? A veces sí, si es algo importante que le tenga que comunicar al médico de cabecera, por ahí el paciente se va con alguna nota, pero no todos.

Cuando el paciente es referenciado ó contrarreferenciado ¿Nota que el mismo sabe el motivo de su derivación, y puede explicarle a usted? La mayoría no sabe porque los mandaron, o te dicen para un control y vos lees y nada que ver, o a veces no reconocen ni los antecedentes de por qué lo mandaron.

¿Usted cree que hay factores que obstaculizan su adecuado funcionamiento? Si es así ¿podría mencionar alguno? Un poco ya lo que hablamos, el hecho de que se atiendan muchos pacientes, que uno no complete las planillas, que el paciente no sepa bien por qué lo derivan.

¿Usted cree que hay factores que facilitan su funcionamiento? Si es así ¿podría mencionar alguno? En este momento no hay, para mí si se digitalizan las historias clínicas, eso facilitaría un poco la comunicación.

¿Cree que una buena articulación entre en primer y segundo nivel de atención genera beneficios? Si es así, ¿podés mencionar cuáles o en qué aspectos? Si más vale, porque hay cuestiones que las tiene que seguir el médico de cabecera, lo que es global lo sigue el, así que si o si necesitas una buena comunicación. A nivel gestión sería más ordenado, organizado y quizás se podría sacar algún dato o estadística para mejorar la calidad de atención.

¿Cree que desde las autoridades responsables se está gestionando el SRCR? Ahora supuestamente se va a hacer esto de la historias clínicas digitalizadas, se supone, mañana vamos a tener una charla para ver cómo es; aparentemente es solo en consultorio, eso sería una herramienta, digamos.

¿Qué entiende por un SRCR? *Yo entiendo que es el sistema en el cual un médico del primer nivel ve un paciente que necesita una evaluación por un médico del segundo nivel, el médico del segundo nivel lo ve y le hace una devolución al médico del primer nivel. Es, digamos, la comunicación que existe entre médicos del primer y segundo nivel.*

¿Podría describir cómo funciona el SRCR entre los profesionales del primer y segundo nivel de atención de la salud en su ciudad? *Desde el punto de vista del consultorio, en general el paciente viene con una nota de derivación en la cual uno evalúa al paciente y debería devolver una nota al médico. Cuando el paciente está internado, es por interconsulta muchas veces verbal.*

¿Cómo calificaría su funcionamiento? (muy bueno/bueno/regular/malo) ¿Por qué? *En general no es muy buena porque cuando mandan una nota, de los dos lados, la nota no es la adecuada. Por falta de tiempo el médico hace un resumen de tres palabras y los pacientes en realidad son mucho más complejos. A veces directamente no viene con una nota, el paciente intenta explicarte y no sabe ni por que vino a la consulta.*

Si alguna vez recibió una referencia o envió contrarreferencia ¿cree que la misma fue clara y concreta? *En general te mandan y no es lo más claro pero, por lo menos, te da una pauta de a qué viene el paciente. Lo que más ayuda en general son las epicrisis, porque si no suele faltar información y uno tiene que estar buscando laboratorios previos, antecedentes, etc.*

¿Cómo cree usted que debería ser una referencia/contrarreferencia adecuada? *Yo creo que una forma que agilizaría y todo es que esté todo online, y esto ayudaría. No sé si hay otro método, eso lo desconozco. No sé si hay más, hay un papel que dice referencia y abajo contrarreferencia que nunca me llegó.*

¿En caso de atender un paciente que no es derivado, usted contrarreferencia al médico de cabecera de ese paciente? *A veces sí y a veces no. Porque mi letra es muy mala. En general prefiero hablar con el médico por teléfono si lo tengo y comentarle. Muchas veces*

en mi especialidad el paciente viene para hacer una endoscopia y la respuesta sería el informe, salvo que haya que hacer alguna conducta.

Cuando el paciente es referenciado ó contrarreferenciado ¿Nota que el mismo sabe el motivo de su derivación, y puede explicarle a usted? A veces no, no saben. Esto enlentece la consulta ya que uno intenta deducir qué fue lo que pasó, por qué lo mandan. En realidad depende de la lucidez del paciente, según el nivel educativo entiende por qué vino a la consulta.

¿Usted cree que hay factores que obstaculizan su adecuado funcionamiento? Si es así ¿podría mencionar alguno? Creo que la falta de tiempo de los médicos como cuestión fundamental. Si el médico tuviera tiempo lo mandaría, al estar atendiendo rápido. La letra no se entiende, la mía no ayuda. También los tiempos de la consulta de los pacientes, por ejemplo, vio al médico de cabecera hace 2 meses, pasó mucho tiempo y por ahí pierde la hoja.

¿Usted cree que hay factores que facilitan su funcionamiento? Si es así ¿podría mencionar alguno? Si tuviéramos acceso rápido a la referencia y contrarreferencia, generar historia clínica informatizada. Cosa que no existe ahora.

¿Usted cree que una buena articulación entre en primer y segundo nivel de atención genera beneficios? Si es así, ¿puede mencionar cuáles o en qué aspectos? Lo más beneficioso sería que se comuniquen entre los médicos. El paciente se va a beneficiar, ya sea por acceso más rápido, la información adecuada al especialista. Agilizaría los turnos, a mí me ayudaría a no perder tiempo buscando en una historia clínica enorme que te hace perder tiempo en la consulta que por ahí uno podría abocarse al paciente. Con información incompleta la calidad de atención sería peor. No tengo mucha idea de la parte de gestión en lo económico, pero creo que si volvés a pedir un estudio complementario y ya lo tenía hecho, cuanto más tiempo lleva la enfermedad en resolverse genera mayores costos.

¿Podría describir o mencionar de qué manera mejoraría el funcionamiento o la gestión de SRCR? Informatizándolo, más comunicación entre médicos. Lo verbal está bueno,

creo que es lo mejor pero legalmente no queda escrito ni asentado, o si el paciente va a otro médico no tiene nada escrito para presentar.

¿Cree que desde las autoridades responsables se está gestionando el SRCR? *Que yo sepa no, solamente la historia clínica informatizada, si eso está en APS y en hospital eso va a ayudar mucho si están todos los datos en la historia clínica.*

EMSN Nº 4

¿Qué entiende por un SRCR? *Yo lo que entiendo es que me envían un paciente, con los datos del paciente y con la patología que trae, se atiende, se trata de resolver o no la situación por la cual viene y se envía nuevamente a la conclusión que se llegó de ese paciente al médico que lo envió.*

¿A través de qué medio se hace el envío? *Habitualmente, escrito. Casos contados suele ser telefónico y, hoy en día, vía WhatsApp. Creo que si usáramos más el teléfono, mejoría más.*

¿Con APS también se manejan así? *Sí, sí. De atención primaria, de pacientes de médicos de privado que te mandan y reenvías de nuevo al paciente, y de médicos de cabecera habitualmente también.*

¿Cuándo dice telefónico a qué se refiere? *Habitualmente te llaman porque quieren aclararte un montón de cosas que, por el sistema administrativo que pasa el paciente, no quieren escribir en papel datos específicos del paciente o por qué está con determinada situación, entonces prefieren directamente llamarte o muchas veces para adelantar los turnos por el grado de urgencia que tiene, también se llama o vía WhatsApp, que es más rápido.*

¿Podría describir cómo funciona el SRCR entre los profesionales del primer y segundo nivel de atención de la salud en su ciudad? ¿A usted le llega siempre la orden? *Es variable, hay órdenes de médicos de cabecera que solamente dice “turno con neumología”, te diría que un 70%, y no tenés ningún dato del paciente, y quizás al paciente nunca se le*

preguntó absolutamente nada, ni siquiera tiene una placa o ni siquiera tiene un control de espirometría. Nosotros habitualmente mandamos al enfermero a hacer espirometrías a la sala y no se ha aprovechado la oportunidad de hacerle un control siendo que tiene por ahí factores de riesgo. Es variable, hay médicos que escriben mucho y otros que te ponen "control". En los pacientes más complejos sí, te detallan un montón de datos, pero el paciente que viene para control, que en realidad el control se podría haber hecho en su sala sanitaria, te escribe solo control.

¿Le parece que es por falta de tiempo? *Yo creo que es por falta de organización del sistema. No sé si la disponibilidad que tiene el médico de cabecera es suficiente o no. Pero si el sistema brindara más servicios en la parte periférica, sería más ágil.*

¿Y a usted el tiempo también le influye para hacer una contrarreferencia? *Sí, porque tenés que escribir en la historia clínica, tenés que escribir y armarle los papeles para que le cubra la medicación, y a su vez, tenés que escribir la referencia. Aunque sea dos palabras escribo con qué medicación está, algo siempre les escribo, pero algo muy detallado, solo en pocos pacientes.*

¿Cómo calificaría el funcionamiento del SRCR? (muy bueno/bueno/regular/malo)
¿Porqué? *Yo creo que el sistema de Olavarría es bueno, no es muy bueno. Hay que afilar un montón de cosas. Creo que si se empezara a acostumbrar y que en la sala existiera el sistema de historia clínica online que hay acá, se pueden obtener un montón de datos que sería bárbaro porque uno carga todo ahí, y si podés acceder de distintos lugares a la historia clínica, dónde consultó, qué estudios se hizo, sería otra cosa.*

¿Cómo cree que debería ser una referencia/contrarreferencia adecuada? *Primero, poner exclusivamente por lo que lo mandan. A muchos los mandan solamente para dejar de fumar, otros por síntomas, otros para hacer un control y tratar de engancharlos de que dejen de fumar, y otros porque el mismo paciente le pide un control respiratorio. Después si tienen algún antecedente de relevancia, es importante marcarlo, pero es fundamental el motivo por el que lo mandan. Si me ponen solo control, bueno, acá igual le hacemos todo el*

interrogatorio, todo, pero bueno, hay cosas que si uno utilizara la historia clínica online, que ya están cargados un montón de datos, también agilizaría.

¿En caso de atender a un paciente que no es derivado, usted lo contrarreferencia a médico de cabecera? *El tema es que acá (en el hospital) no pueden sacar turno si no lo manda el médico de cabecera. Sí o sí tienen que tener la orden. Muchas veces lo que suelo hacer, es que el paciente viene, se saca turno, se hace estudios, y cuando tiene todo controlado envío la contrarreferencia, no en cada consulta. Por ahí pasan tres, cuatro meses hasta que se envía al médico de cabecera todo lo que se completó y si respondió o no a un tratamiento instaurado. Después se va con un papel escrito, sino no puede sacar otro turno.*

Cuando el paciente es referenciado ó contrarreferenciado ¿Nota que el mismo sabe el motivo de su derivación, se lo puede explicar? *Te diría que cincuenta y cincuenta. Hay pacientes que no tienen ni idea por qué los mandaron, entonces tenés que empezar a interrogar para ver por qué lo mandaron, y otros te dicen “fijate que la doctora escribió todo”. Entonces, es depende el paciente. Y hay pacientes que no tienen ni idea, pero como el médico de cabecera sabe que no tiene idea, ya nos avisa: “mirá, tal paciente, con tales características, no sabe leer”, y por ahí vos le preguntas y no te dice, entonces nos avisan de antemano. Hoy en día con el WhatsApp que te avisen “va tal paciente que tiene turno, fijate tal cosa”*

¿Para usted el WhatsApp es útil entonces? *Si, para mí el WhatsApp es útil, sí.*

¿Cree que hay factores que obstaculizan el adecuado funcionamiento del sistema? Si es así ¿podrías mencionar alguno? *Si, lo administrativo. Si el paciente tiene que dar muchas vueltas autorizando, aprobando todo, hace que se canse y no consulte. Hay cosas básicas que se pueden hacer en la sala. Yo creo que incluso el paciente leve se tiene que tratar en la sala, y se tiene que hacer los laboratorios, la espirometría, la placa, el esputo, en la sala. No tendría que venirse al hospital, salvo que sea algo grave, porque le agilizas al paciente. Mejoró mucho ahora que se dan los turnos para el especialista desde la sala, eso mejoró porque no vienen hasta acá (hospital) a las tres de la mañana a hacer cola. Es lógico que era un caos pero eso agilizó bastante. Pero lo administrativo, a veces el paciente no*

entiende que tiene que sacar si o si el carnet hospitalario y todo eso, a veces obstaculiza bastante.

¿Y propiamente en el SRCR donde está fallando, algo que note? *El tema es el gran caudal de pacientes que hay. Realmente no te da el tiempo de sentarte a escribir y redactar cosas demasiado detalladas. Por ahí, el sistema online agilizaría más y no dependeríamos de un papel que se puede perder en el transcurso del hospital a la sala. El hecho de anotar todo ahí y poder comunicarnos desde esa vía, creo que sería más ágil.*

¿Cree que hay factores que facilitan su funcionamiento? Si es así ¿Podría mencionar alguno? *Y, la comunicación oral, el hecho de poder hablar con el médico, el llamar y preguntar, ponele yo hace veinte años que estoy en el hospital y hay médicos que ni siquiera saben que sí o sí los pacientes con tuberculosis tienen que venir acá, entonces es la falta de comunicación con el resto de los servicios. La comunicación creo que es la mayor falla que tenemos. Es del mismo sistema, porque estás atendiendo tanto que no te da tiempo. Yo acá no tengo tiempo de hacer interconsulta en internación, las hace Martín porque yo, o atiendo o hago interconsultas, porque el caudal que hay de pacientes de consultorio es bastante alto.*

¿Usted cree que una buena articulación entre en primer y segundo nivel de atención genera beneficios? Si es así, ¿puede mencionar cuáles o en qué aspectos? *Sí, porque el paciente empieza a tener menos consultas en guardia, vos pensá que la patología crónica si está estable no va a reagudizar porque lo vas a ver enseguida cuando empieza a reagudizar, si vos le das pautas de lo que tiene que hacer, sabe cuándo consultar, en qué momento, y qué hacer hasta que lo ves. En cambio en el que no tiene control, termina en guardia, satura la guardia, se termina saturando todo.*

¿Podría describir o mencionar de qué manera mejoraría el funcionamiento o la gestión de SRCR? *Si, cada médico tiene que pedir su código y deja la consulta registrada. Yo cuando no me traen historia clínica escribo online, ya no dejo papeles dando vuelta.*

¿Hay HC online para consultorio externo? ¡Para todo! No estamos preparados, no nos dieron la capacitación para usarla, pero si vos tenés tu código y la sabes usar, firmás online y todo, desde hace años, desde Eseverri (intendente) viejo. Es la falta de comunicación, es así, muchos no saben que existe. Hay una falta de comunicación entre servicio y servicio. Entre lo administrativo y esto. Hay un montón de cosas de la historia clínica que se pueden escribir ahí. Así ahorras tiempo, esto es una forma de ahorrar tiempo. Las consultas en la sala, mejoraría todo si se usa. Lo que necesitás es como teníamos antes, porque esto es cuestión de política, con el gobierno anterior, organizar con el enfermero, que iba a hacer las espirometrías a la sala, por ejemplo. Las cosas están, no sabemos usarlas. Y la falta de comunicación es el mayor error que tenemos. No es una novedad, hace miles de años que está, nadie sabe usarlo. Y estaría bueno que las historias clínicas las podamos ver desde el celular, como hacemos en el privado. En realidad, el papel ya está de gusto.

¿Cree que desde las autoridades responsables se está gestionando el SRCR? Eh, no sé (piensa). Creo que el mayor inconveniente es la falta de comunicación y de diálogo. Creo que si uno trabaja mejor, sería menos desgaste, y con menor agotamiento para el paciente, porque sino el sistema te termina agotando y al que se termina maltratando es al paciente. Y el paciente, lo hace el que tiene ganas de hacer todos los trámites, sino no lo hace y se muere. El que termina perdiendo es el paciente. Y terminás haciendo cosas extras, también ahorraríamos tiempo y gasto si se mejorara la comunicación. Hay que empezar a aceitar un poco más el sistema.

EMSN Nº 5

¿Qué entiende por un SRCR? Sistema de derivación entre CAPS y el hospital, y del hospital a los CAPS. Descentralización de la atención.

¿Podría describir cómo funciona el SRCR entre los profesionales del primer y segundo nivel de atención de la salud en su ciudad? Generalmente funciona con derivaciones escritas en papel, ese es el único medio. Alguna vez cuando es un trastorno muy grave, se comunican entre médicos por otro medio, pero creo que por una cuestión de tiempo no se puede hacer en todos los casos. Cuando son casos graves se comunican telefónicamente.

¿Cómo calificaría su funcionamiento? (muy bueno/bueno/regular/malo) ¿Porqué?

Regular, ya que la comunicación si se produce, es decir el objetivo está pero falta información para intercambiar tanto del médico derivador y después mi respuesta hacia el médico que me lo derivó. Cómo respondió el paciente, con qué tratamiento se deriva, otras comorbilidades que pueda tener que mejoren o empeoren el tratamiento que yo le estoy dando. En el hospital nos manejamos con una historia clínica y en los CAPS con otra, puede que no llegue porque el médico general no tiene acceso a esta historia del hospital.

Si alguna vez recibió una referencia o envió contrarreferencia ¿cree que la misma fue clara y concreta? Si, cuando he recibido han sido claros con síntomas y bien derivados, con un supuesto diagnóstico, el porqué de la derivación, y datos personales.

¿Cómo cree usted que debería ser una referencia/contrarreferencia adecuada?

Que tenga toda la información. Para eso también hay una realidad, no se puede andar llevando las historias clínicas de CAPS a CAPS, yo creo que informatizando es una buena maniobra para tener todos la misma información y no repetir información ni estudios.

¿En caso de atender un paciente que no es derivado, usted contrarreferencia al médico de cabecera de ese paciente? No, en mi caso particular es una cuestión de tiempo. Si tengo que referenciar a todos no termino nunca más por la cantidad de pacientes y además también porque son pacientes en los que hay que tomarse el tiempo para explicarles cómo hay que tomar la medicación y que lo comprendan bien. Después tenés que hacer las recetas, y las recetas de PROFE, hacer el plan y todo eso lleva tiempo que no nos permite comunicarnos con el otro médico, que también debe estar ocupado y no puede estar hablando por teléfono ni nada.

Cuando el paciente es referenciado ó contrarreferenciado ¿Nota que el mismo sabe el motivo de su derivación, puede explicarle a usted? No siempre ocurre esto; no lo atribuiría a una falla en el médico, sino que muchas veces el paciente no comprende la información, no pregunta o por ahí no se interesa por la derivación; pero no lo atribuiría a que el médico no le explicó por qué debería venir.

¿Usted cree que hay factores que obstaculizan su adecuado funcionamiento? Si es así ¿podría mencionar alguno? *Si, el tema de que este todo en papel obstaculiza mucho el funcionamiento. La letra de los médicos también que a veces no se entiende, incluida mi letra. Pero al tener que escribir tanto hace que uno no tenga una buena letra, escribimos rápido para poder escuchar al paciente, hacer las recetas y no se puede.*

¿Usted cree que hay factores que facilitan su funcionamiento? Si es así ¿podría mencionar alguno? *Sí, yo creo que informatizando sería la herramienta para manejar. Todos tendrían acceso a la misma información, con el mismo diagnóstico, uno puede acceder a los estudios complementarios, cuando se hicieron por qué se hicieron, y el médico de cabecera también puede ver con que tratamiento está, desde cuándo, si el síntoma que presenta mejoró con la medicación. Ejemplo: yo le indico un antidepresivo evaluar cómo le cae, ya que nosotros los vemos al mes o a los dos meses y pasa mucho tiempo, y probablemente vaya al médico de cabecera en el medio con algún otro síntoma que puede ser efecto adverso de lo que yo le doy o no.*

¿Usted cree que una buena articulación entre en primer y segundo nivel de atención genera beneficios? Si es así, ¿puede mencionar cuáles o en qué aspectos? *Sí, primero porque descentralizar la atención es una buena opción. También disminuye los costos. Que tengan un médico de cabecera es importante, para que tome al paciente desde una mirada integral, y vaya derivando y se eviten exámenes complementarios excesivos. Al paciente también le queda más cerca la sala de su domicilio, es más fácil acceder a un turno, como acá estamos sobrecargados el turno puede tardar uno, dos meses.*

¿Podría describir o mencionar de qué manera mejoraría el funcionamiento o la gestión de SRCR? *Creo que informatizando, por el manejo de la información. Después habría que ver ciertos temas como la complejidad del sistema, que se trabe el sistema o no ande la computadora. Sería mejor que sea lo más sencillo posible, que sea idealmente como poner un clic y no tener que escribir tanto, tipo un Check list. Un examen psiquiátrico se puede hacer, por ejemplo la conciencia, pones un listado y marcás: "ánimo" ponés las opciones y marcas.*

Evitar poner paciente estable y firmar por qué no llegas. Cada sesión vos vas teniendo una evolución de cada uno de los síntomas.

¿Cree que desde las autoridades responsables se está gestionando el SRCR? *Creo que sí, es más tenemos una capacitación el viernes acerca de la historia clínica informatizada.*

ANEXO 5.3: Entrevistas a Médicos/as del segundo nivel de atención con cargos en gestión. (EMG)

EMG Nº 1

¿Qué entiende por un SRCR? *Entiendo la comunicación que existe entre los distintos médicos y los distintos servicios, siempre con referencia a un paciente, más que nada entre los servicios. Muchas veces determinados servicios solicitan una consulta o una interconsulta y el servicio que la recibe no responde o no comunica como actúa con ese paciente.*

¿Podría describir cómo funciona el SRCR entre los profesionales del primer y segundo nivel de atención de la salud en su ciudad? *Yo creo que es una deuda muy grande que no sólo tiene esta gestión, sino que tienen varias gestiones en salud, que no está trabajada esta cuestión; y reconocemos el problema y reconocemos que hay q trabajarla. Hoy por hoy, te soy sincero, se maneja con amiguismos esto: yo te conozco a vos y te cuento en el pasillo que vi a tu paciente, que tenía tal patología y le di determinado tratamiento, y generalmente los servicios que tienen más amistades entre sí son los servicios que más referencia y contratransferencia existe. Y vos me decís, ¿cómo tendría que funcionar esto? y yo creo que en algún momento hasta la ficha de interconsulta venía con un papelito para la contratransferencia, es decir, es muy difícil a un especialista hacerle escribir, yo lo veo hasta medio anticuado, entonces habría que ver cómo se puede modernizar y optimizar este sistema. Puede existir una App en el celular y recibir la interconsulta por ahí, puede existir un sistema de HC digital que es un poco a lo que estamos tratando de apuntar ahora, que vos desde tu celular con un código pueda entrar a la historia clínica del paciente. Hay que*

trabajar mucho en eso, y no solo acá en la ciudad, que es una deuda como te decía, en muchos otros lugares también, para dejar de manejanos con amiguismos.

¿Cómo calificaría su funcionamiento? (muy bueno/bueno/regular/malo) ¿Porqué?

Yo te diría que es regular.

Si alguna vez recibió una referencia o envió contrarreferencia ¿cree que la misma fue clara y concreta? Sí, se hacen claras (duda), es decir, uno busca la claridad y cuando va buscando esa referencia va sabiendo lo que quiere escuchar, entonces como que facilita la situación; igualmente hay veces que es confusa esa contrarreferencia. Desde la forma de redactar hasta la letra, ojo que mi letra es horrible, pero es como que hasta eso altera, ese anormal feedback.

En caso de atender un paciente que no es derivado, ¿usted contrarreferencia al médico de cabecera de ese paciente? Te vuelvo a repetir, es mucho de amiguismo y mucho de si vos me decís algo en la “contratransferencia”, en forma reglada y con todos los pacientes, no. Sinceramente no. En caso de que me lo mande el médico de cabecera, se trata de contestar. No es lo habitual pero se trata de hacer; muchas veces lo asistencial te va tapando y resolvés el problema pero te olvidaste de hacer eso; por eso lo ideal es la historia clínica digital, que vos anotás en la historia y queda en acceso a todos. En atención primaria también, porque como que a veces, es una lucha que tenemos nosotros en el día a día, es eso, esa comunión entre la atención primaria y el hospital, que es tan importante y la gente a veces no se da cuenta. Hago mea culpa, yo cuando era especialista en algo tampoco me daba cuenta y ahora que estoy en otro lugar digo pucha, que importante que es esto.

¿Cómo cree usted que debería ser una referencia/contrarreferencia adecuada? Yo le describo el examen físico y le sugiero el tratamiento, y me hago cargo del tratamiento. Pasa muchas veces que el especialista no se hace cargo. Yo muchas veces lo hablo con mis residentes, que el paciente empieza a ser nuestro, es decir si a mí me derivan un paciente de un CAPS por una lumbalgia por ejemplo, por una patología de disco, con un déficit neurológico, y yo creo que hay que hacer kinesio y analgesia y controlarlo, le digo: “Mire usted es paciente mío ahora, cualquier cosita va al CAPS, habla con su médico, le da “ésta

notita”, pero de ahora en más yo soy su traumatólogo y hasta que no solucionemos este problema no te doy el alta”.

Cuando el paciente es referenciado ó contrarreferenciado ¿Nota que el mismo sabe el motivo de su derivación, puede explicarle a usted? Realmente, te diría que un setenta y un treinta, un setenta lo tiene muy claro, hoy por hoy la gran mayoría de los pacientes tiene mucha información, es más, ellos mismos te piden la consulta. Ustedes lo deben ver en el día a día, como a nosotros nos piden los estudios. Pasa que hoy por hoy, el paciente tiene mucha información y quizás la misma no es tan válida, tenés que saberlo manejar, manejar la situaciones.

¿Usted cree que hay factores que obstaculizan su adecuado funcionamiento? Si es así ¿podría mencionar alguno? Yo creo que, como primer medida, la comunidad médica somos muchos y no nos terminamos de engranar todos, es decir, hay muchos servicios, muchos especialistas, por ahí tendríamos que volver un poco a las bases y un médico encargado de manejar un poco todo, sino terminamos (no es una crítica a ustedes), muchas veces el generalista termina siendo un “derivólogo” y nosotros terminamos siendo unos técnicos, es decir, no sabemos ni qué operamos ni qué atendemos ni nada. Hay que ir más a las bases y tratar de mejorar lo que es la clínica y manejar los protocolos como para que esa comunicación después sea mucho más fluida.

¿Usted cree que hay factores que facilitan su funcionamiento? Si es así ¿podría mencionar alguno? Un poco como te decía, yo creo que hoy por hoy tenemos que facilitar, ofrecer algo accesible, algo que esté todo el tiempo encima de los médicos, que no les lleve tiempo, que vean al paciente y enseguida salga el informe; que se yo, a uno se le ocurre grabar un audio, que tenga una “pc” donde el audio enseguida vaya al médico que le mandó al paciente; o la historia clínica digital que vos anotas y queda ya en el sistema, es decir, hay cosas como para ir trabajando. Veo muy antigua la notita: “vaya, lléveselo a su médico”, es decir, lo veo como que depende de otros factores y demás, yo creo que hay que apuntar a algo mejor, lo mejor es la historia clínica digital.

Con esto de “los amiguismos” ¿Qué pasa con la gente de APS que no trabaja en el hospital? *Totalmente, sí. En realidad, ahí, es otra deuda de la gestión. Hay que tratar de...(piensa y reformula)APS ingresó bastante al hospital. Gracias a Dios, la puerta de entrada fue la guardia, la rotación en los servicios. Es decir, hoy por hoy, un traumatólogo como puedo ser yo por ejemplo, las conozco a ustedes; antiguamente no había grandes conocimientos de la gente de APS y eso que estamos en una ciudad que fue la cuna de la atención primaria. Habría que ver la posibilidad de que el hospital también vaya a los CAPS; que por ahí se deriven especialistas, se deriven determinados médicos, como para que trabajen en conjunto con las médicas a cargo de los CAPS.*

¿Te parece que es determinante esto de llevarse bien con el otro profesional, esto que mencionás de “los amiguismos”? *En realidad no sé si la palabra es amiguismo, quise ser bastante... Yo creo que hoy por hoy los médicos estamos muy a la defensiva, y eso hace que muchas cosas no las podamos solucionar, entonces como que tenemos que olvidarnos un poco de los egos personales, por las especialidades y tratar de tomar contacto con todas las especialidades y tratar de buscar lo mejor para el paciente.*

¿Usted cree que una buena articulación entre en primer y segundo nivel de atención genera beneficios? Si es así ¿puede mencionar cuáles? *Si vos mejorás la relación primer nivel-hospital mejora todo desde todo punto de vista. Vos me decís: ¿mejora la atención del pacientes?: sí, va a mejorar. ¿Mejora lo que el especialista va a ver? Sí, va a mejorar. Vamos a hablar del tema monetario, va a haber menos gastos: sí. De donde vos lo veas es beneficioso, por eso que uno le pone tanto hincapié a tratar de mejorar estas relaciones, a tratar de interactuar mediante ateneos, congresos, buscar que la atención primaria ingrese al hospital, que el hospital salga un poco a la atención primaria. De hecho, tenemos una directora, que está prácticamente a cargo de la dirección de lo que es la dirección general de los sistemas de salud, entonces, desde todo punto de vista es beneficioso.*

¿Cree que desde las autoridades responsables se está gestionando el SRCR? *Ahora estamos incorporando la historia clínica digital, eso es algo que yo creo que es fundamental, pero no sé si es lo clave. Lo clave es cambiar la mentalidad de los médicos, de cambiar esa*

mentalidad de que yo soy el superespecialista y nada más, es decir tratar de mejorar esa mentalidad como para que mejore todo.

¿Podría describir o mencionar de qué manera mejoraría el funcionamiento o la gestión de SRCR, además de la HC digital? ¿Y a través de alguna otra herramienta? *Las residencias, las rotaciones, las rotaciones de los especialistas en los CAPS, los ateneos, los congresos.*

¿Eso mejoraría específicamente qué obstáculo? *Y, mejorarían los protocolos mejorando la atención, por ejemplo, si vos sabes cuándo derivar una escoliosis porque lo charlaste con los traumatólogos, no vas a derivar todas, sino que vas a tener un manejo para derivarla. Entre el año 2000 y 2012, porque ahora me alejé, nosotros dábamos un curso superior para los generalistas. Teníamos un curso, que a nosotros nos ayudaba un montón, nos juntábamos todos los miércoles a las 11 con un programa aprobado por el círculo médico que a ustedes les daba un beneficio. Yo una vez le dije a Nicolás que lo trate de armar. Ese curso tenía dos fines: uno dar protocolos, eso nos ayudaba un montón porque nos llamaban menos veces por día y muchas veces sabían resolver las patologías. Es clave generar relación. Todos aprendemos de todos.*

¿Está en conocimiento de cuáles son las herramientas de evaluación de la eficiencia del SRCR? *Si, conozco las herramientas, a veces es difícil implementarlas y es una deuda que no solo tenemos nosotros sino que viene de varias gestiones.*

¿Qué herramientas considera que deberían implementarse para evaluar la calidad del SRCR? *El primer síntoma que vos ves enseguida es la consulta a los especialistas, que no te digo que va a disminuir pero va a ser mucho más específica. Va a ser con el paciente más definido, y eso ahorra todo, tiempo, dinero.*

¿Y de qué manera se podría ver si esto está funcionando? *Se puede hacer una evaluación estadística-epidemiológica en cada servicio como para ir evaluando con cada especialista si el paciente fue bien derivado. Si fue estudiado, revisado...Porque nosotros vemos, no tanto con ustedes porque la gente de atención primaria tiene otra vocación, nos*

pasa muchos con los médicos de cabecera de PAMI que nos derivan los pacientes y muchas veces ni siquiera los revisaron. Hacer algún índice o encuesta de gestión y de evaluación de la atención, y hacer una estadística. ¿Fue evaluado por su médico de cabecera? ¿Fue revisado? ¿Qué estudios se le pidieron? ¿Tuvo problemas en sacar los turnos? Porque el problema es de los dos lados.

Yo ahora que estoy en gestión, me doy cuenta que es terrible, que los mandan sin estudiarlos.

¿Se ha realizado alguna evaluación del mismo? ¿Qué datos ha arrojado su evaluación? *Hace unos años se hicieron unas urnas donde al paciente se le hacía una mini encuesta y el paciente las volcaba. Fue en 2010-2012. Esas evaluaciones de gestión no se publican pero en la reunión de jefes se hablan. Nos juntamos todos los martes nosotros con los jefes. A partir de eso surgió algún traslado de algún médico a alguna sala, de mandar especialistas a las salas. Por ejemplo ginecólogos, pediatras) Es algo para trabajar eso, porque al especialista le cuesta ir a los CAPS. Ojalá los CAPS se hagan fuertes y tengan mucha autonomía.*

EMG Nº 2

¿Qué entiende por SRCR? *Sistema de referencia es cuando en realidad un médico u otro profesional de la salud, le envía un paciente o un familiar a otro médico, ¿sí? Y una contrarreferencia es la respuesta que espera ese que mandó la referencia con respecto a qué pasó con la consulta que hizo.*

¿Podría describir cómo funciona el SRCR entre los profesionales del primer y segundo nivel de atención de la salud en su ciudad? *Hay un sistema formal, y uno informal. El sistema formal es en realidad el de hace muchos años, el que queremos cambiar, que es con una interconsulta con un papel: se le da un papel con un mini resumen de historia clínica. El médico que quiere hacer lo hace, y el que no, no lo hace, y viene acá al hospital o a la misma sala periférica. Depende de qué sala, saca el turno con el que quiere la contrarreferencia. Por ahí con el médico que quiere. Viene, y hace la consulta y en teoría, el médico al que hace la consulta le tiene que hacer un resumen de lo que hizo y el paciente*

cuando vuelve a la otra consulta le lleva el “coso” (hace ademán de papel con las manos), o sea, muy rudimentario.

O sea, ¿depende del paciente, o la paciente que lo lleve a su médico de cabecera?

Siempre del paciente va a depender, porque el paciente es libre de hacer lo que quiere. Siempre el paciente va a depender, por más sistema que tenga, o sea, lo que depende acá es de la voluntad del médico, de escribir o no una contrarreferencia. Lo del paciente siempre va a tener importancia, si el paciente quiere ir o no quiere ir. Se respeta la autonomía del paciente. Lo que sí, lo que se quiere cambiar con el tema de la historia digital única, es que la contrarreferencia la vas a tener en la historia, por ejemplo, en una internación, APS va a saber lo que pasó en el hospital. Por eso es tan importante la historia digital que queremos hacer, porque te evita el “papelito va, papelito viene”.

¿Cómo calificaría su funcionamiento? (muy bueno/bueno/regular/malo) ¿Por qué? *Y... (Piensa), regular, porque falta que funcione. Falta el sistema en realidad, y eso lo vamos a lograr con la implementación de la HC digital unificada. Lamentablemente depende de la buena onda que haya entre los médicos.*

¿A qué se refiere con “buena onda”? *Y, por ejemplo a lo que pasa en el privado, que un colega le dice al paciente que “no vayas a tal” o “¿a ese médico fuiste?” (En tono de burla o desprecio), o “yo te mando a que veas a tal especialista en particular”. Lo mismo pasa en el sistema público, porque si no tienen buena relación entre médicos por ahí no se comunican por un paciente. Y en la orden dice sólo “Interconsulta con...”.*

Si alguna vez recibió una referencia o envió contrarreferencia ¿cree que la misma fue clara y concreta? *No, no siempre. Muchas veces dice sólo “Interconsulta con reumatología”, y como motivo de consulta sólo te escriben “poliartralgia”. Yo soy reumatólogo y te diría que el noventa y nueve por ciento de las consultas que tenemos son por dolor. Y ahí uno tiene que hacer si o si toda la anamnesis, que de hecho es lo que tienes que hacer, pero en la hoja de derivación, el médico que te hace la referencia, no te pone por ejemplo “poliartralgia en paciente diabético, que toma tal o cual medicación” entonces eso hace que se pierda tiempo en la consulta porque hay que preguntar todo otra vez, por*

ejemplo un tiempo que después podrías destinar a escribir una contrarreferencia o a explicarle algo al paciente.

En caso de atender un paciente que no es derivado, ¿usted contrarreferencia al médico de cabecera de ese paciente? *Sí, siempre. Yo a todos les digo que tienen que tener un médico de cabecera, un médico clínico. Y me dice que tienen muchas veces al médico clínico para que les pase las recetas únicamente. Pero yo les digo: “yo no soy tu médico de cabecera, la presión te la va a tomar tu clínico, la prevención te la va a hacer tu clínico, o tu generalista”. Yo me dedico exclusivamente a lo que compete a mi especialidad, por ahí me derivan un paciente de oftalmología, por un pénfigo ocular, yo ahí le explico que yo no soy clínico, que le voy a dar un tratamiento, pero que después el seguimiento lo tiene que hacer su oftalmólogo y el clínico. Y le escribo un resumen de historia clínica con todo lo que le dije, diagnóstico, e indicaciones de tratamiento.*

¿Cómo cree usted que debería ser una referencia/contrarreferencia adecuada? *Y, la idea es que tiene que estar digitalizada, para que se pueda acceder desde la sala y desde cualquier servicio del hospital. Es más, queremos que se acceda desde computadoras, tablets, celulares. Ya compramos cien computadoras para distribuir en consultorios externos y en CAPS, pero ya vemos que falta comprar más.*

La historia clínica debe ser una. Eso es lo que está intentando provincia, que exista una sola historia clínica en todo el país, en lo público y en lo privado, una sola historia para cada persona. Por ejemplo, que lo pueda ver un médico de Santiago del Estero. El tema es que interfiere con la confidencialidad del paciente, esa es una traba. Se puede ver cómo hacer para que la persona por ejemplo firme un consentimiento para que permita que otro médico pueda leer lo que se escribe en su historia, pero es todo un tema. En Estados Unidos, con mi hijo me pasó que tuve que firmar un consentimiento para que otros médicos accedan a los datos de mi hijo en la historia clínica digital.

Cuando el paciente es referido ó contrarreferenciado ¿Nota que el mismo sabe el motivo de su derivación, y puede explicarle a usted? *No, no saben. Solo me dicen que tienen dolor. Dicen por ejemplo “no sé, a mí me dijeron que venga” o “a mí me mandaron, pero no sé; yo tengo dolor en la rodilla”. Y ahí uno tiene que reinterrogar al*

paciente, es más o menos lo que te contaba anteriormente, que uno obviamente igual hace la anamnesis, pero ayudaría que la referencia esté bien escrita, y que la letra sea legible.

¿Cree que hay factores que obstaculizan su adecuado funcionamiento? Si es así ¿podría mencionar alguno? *Si, el compromiso o la voluntad del médico. Es fundamental que escriba. Está la hoja, que es un sistema anticuado, pero está, y no se escribe. El tiempo también es un obstaculizador, porque todos te dicen que no tienen tiempo de ponerse a escribir, pero cuando esté la historia clínica digital también van a tener que escribir, porque la historia clínica si o si se debe escribir, así que ahí se provecha y eso se usa de contrarreferencia porque el médico que está en la sala va a ver que la persona vino, y qué escribió el médico del hospital.*

¿Cree que hay factores que facilitan su funcionamiento? Si es así ¿podría mencionar alguno? *Si, el sistema: que esté el sistema de historia clínica digital unificada. Habría que mejorar el compromiso de los colegas, que todos escriban, el tema es que a nadie lo puedes obligar, porque obligando no puedes llegar a nada. Somos todos médicos de planta, fijos, con estabilidad, y no siempre todos pensamos lo mismo, tenemos que consensuar. Si obligas vas al roce o al choque, y no funciona. Y que exista no sólo el software sino el hardware también. Porque tenés que tener acceso desde todos lados: APS, zona serrana, y el hospital, que es re grande, y hay que cubrir todos los espacios, todos los servicios, y esto es muy grande, va a llevar tiempo.*

¿Cree que una buena articulación entre en primer y segundo nivel de atención genera beneficios? Si es así ¿podría mencionar cuáles o en qué aspectos? *Si, ahora por ejemplo los turnos se gestionan desde las salitas, el paciente no tiene que venir hasta el hospital. El sistema de salud es una pirámide. Tiene que haber más caudal de pacientes en el primer nivel, y seleccionar con criterio a los pacientes que deben derivarse a una consulta de un médico más especializado en lo finito, por ejemplo no caer en la derivología, no derivar a cada persona con hipertensión arterial. Sino derivarla solo cuando por ejemplo no responda al tratamiento con dos fármacos. Así se descomprime el sistema público, de descentraliza, y eso disminuye el gasto.*

Claro, debería fortalecerse el primer nivel. Si, efectivamente.

¿Cree que desde las autoridades responsables se está gestionando el SRCR? *Antes una médica de CAPS que ahora está en gestión se encargaba de eso. Se encargaba siempre de poner el tema en discusión, siempre se hablaba, siempre. Pero lo que nos faltaba era el sistema, el sistema digital, el que vamos a poner a funcionar a partir del 15 de septiembre, que va a empezar por consultorios externos y luego va a ir extendiéndose a todos los CAPS y alrededores.*

¿Está en conocimiento de cuáles son las herramientas de evaluación de la eficiencia del SRCR? *Es que en realidad ahora no sirve. Porque el sistema actual es con papeles. Y se pierden. Si no tendríamos que crear un departamento específico que se dedique a leer cada historia clínica en papel, para crear una estadística. Y que esa es la parte cuanti. La parte cualitativa se abordará por ejemplo con una encuesta entre comillas, de satisfacción, para ver la percepción sobre el funcionamiento de este sistema. Es algo muy difícil de hacer. Costo beneficio. No lo podemos hacer, tenés que calcular cuánto te sale hacer un trabajo de investigación, y ver si se justifica el gasto para llevarlo a cabo para que con lo que obtenés como resultado puedas hacer una intervención. Eso sí lo vamos a hacer una vez que este la historia clínica digital porque tenés todo informatizado y podés mirar en un Excel, o sea, en ese Excel solo se accede desde Sistemas, no cualquiera entra, pero podés analizar la cantidad de referencias y de contrarreferencias, eso va todo en columnas, y lo haces fácil, comparas fácil, y eso te da todos los datos. Pero no lo podemos hacer hasta que no se implemente. Ahora lo que estamos haciendo es ir a entrevistarnos servicio por servicio a ver qué datos necesita por ejemplo pediatría en la solapa de pediatría de la historia clínica. Y desde pediatría te dicen que precisas por ejemplo las tablas de percentilos. Desde odontología te dicen que precisan las planillas con los dibujitos de los dientes, desde ginecología necesitan el CLAP, etc.*

¿Qué herramientas considera que deberían implementarse para evaluar la calidad del SRCR? *Lo mismo que te conté del Excel, creo que con eso se podría.*

¿Y de qué manera se podría ver si esto está funcionando? *Comparando la cantidad de referencias y de contrarreferencias que se realicen. Si tenés veinte referencias y una contrarreferencia, algo está pasando.*

¿Se ha realizado alguna evaluación del mismo? ¿Qué datos ha arrojado su evaluación?

No, por ahora no, vamos a ver qué pasa cuando se implemente este nuevo sistema.

EMG Nº 3

¿Qué entiende por el SRCR? *Es algo con lo que venimos luchando hace años, la referencia y contrarreferencia entre el primer y segundo nivel, la lucha de siempre. Ahora pareciera que estamos un poco mejor, pero igual falta. Es decir, que se entiende por el sistema de referencia y contrarreferencia cuando el paciente va a un CAPS, es atendido y se hace la interconsulta al segundo nivel. Tenemos un papel de referencia y contrarreferencia y la hoja de derivación. Uno la escribe, trata de completar todos los datos y se deriva al segundo nivel. El segundo nivel, cuando lo recibe, tiene que mirar esa hoja (que es lo que pretendemos), ver al paciente y completarla con todo lo que le hizo al paciente, y enviarla de nuevo al primer nivel. Eso sería lo ideal, pero muchas veces no tenemos esa devolución.*

¿Y la logística de cómo llega ese papel desde el primer al segundo nivel, cómo es o cómo debería ser? *Depende. Si es una derivación de urgencia, va con el paciente y con la ambulancia. Si es una interconsulta, haces en la hoja el resumen de historia clínica, y en la última parte está la sección para que responda el especialista, que le vio, que le pidió, cual es la impresión diagnóstica, y las recomendaciones o el seguimiento. Eso de algunos lo tenemos, pero no de todos. Pediatría sí, clínica médica sí (un resumen en computadora, la epicrisis de la internación, lo mandan con todos los datos).*

¿Y esa hoja de interconsulta, como llega? ¿Queda a cargo del paciente? *Claro, queda a cargo del paciente y depende de este que la lleve o no.*

¿Cómo calificaría este proceso? ¿Por qué? *Y del uno al diez estaría en un cinco o un seis. Porque siempre depende de la voluntad de quien recibe al paciente. Nosotros teníamos*

los residentes, que estaban en el hospital también, entonces teníamos un contacto bárbaro con el hospital. A otros médicos que están en otros CAPS, donde no hay residencia, muchas veces no les llega nada. Pero no debería de ser así. No debería depender de la voluntad del médico que te recibe o del contacto. Hay mucho que mejorar. Quizás se mejore con la historia clínica digital. Se va a escribir todo ahí, ya todos los CAPS tienen su computadora. Con esto vamos a solucionar mucho. El profesional del CAPS va a tener que escribir en la HC digital, y el que está acá va a tener que contestar. Creo que con esto nos vamos a asegurar mucho más que nos contesten.

Claro, y también vamos a tener que contar con otras cosas, como más computadoras... *Computadoras hay en todos los CAPS, en otros se van a poner más. Nosotros hasta ahora en el sistema podíamos ver las consultas, que se había hecho, pero no podíamos escribir. A partir de ahora vamos a poder escribir. Y el que está en el hospital va a poder ver que se hizo en el CAPS. Y así no se pedirían cosas de más. No habría doble gasto.*

¿Y que sería para usted que una contrareferencia esté bien hecha? *Si yo hago una interconsulta a endocrinología por ejemplo, que el especialista me diga, le hicimos tal estudio, le dimos tal tratamiento y hay que volver a control en tanto tiempo. No que solo lo manden, sin nada y que nosotros solo hagamos las recetas del especialista. No somos escritores de recetas, nosotros también somos especialistas en medicina general. Muchas veces me han llegado incompletas: “hacer orden de tal cosa” y nada más, y muchas veces no se entiende la letra. Muchas veces derivábamos a ginecología por trabajo de parto y muchas veces veníamos al hospital a ver a las pacientes, porque nosotros seguimos a los pacientes, y al ver la historia clínica veíamos que la hoja de derivación con la cual la habíamos mandado no estaba asentada en la historia. Vos te mataste escribiendo y se pierden o las rompen. Entonces yo en la sala, ¿saben que hacía?, le hacía copia a la hoja de referencia y contrarreferencia y la dejaba asentada en la HC.*

¿Y si usted, por ejemplo, veía un paciente por demanda espontánea, que no fuese derivado, lo mandaba con una nota al médico de cabecera? *Te lo contesto al revés. Llega el paciente que fue a la guardia y me dice “me hicieron tal cosa y tal cosa” pero siempre oral, nunca escrito. Yo no hago guardias así que al revés no me ha pasado, siempre los veo en el*

CAPS a los pacientes. También nos pasa que lo ven en la guardia y después vienen al CAPS a buscar el certificado de esos días que estuvo enfermo, porque de la guardia lo mandan, y vos no se lo podes hacer porque no lo viste.

Y en los casos en los que no llega un papel, ¿Usted siente que los pacientes le pueden decir que pasó? *Más o menos, algunos si, otros no, o capaz te dicen “me pusieron un inyectable” pero no saben qué ni para qué.*

¿Y en qué caso de los servicios? *Algunos servicios mandan, otros no, no está aceitado del todo.*

¿Cuáles son los factores obstaculizadores? *La gran demanda del hospital, no hay tiempo para escribir. También por falta de empatía. No ponerse en el lugar ni del paciente, ni del médico de cabecera que está en el CAPS esperando una respuesta. Ahora está un poco más allanado el primer y segundo nivel. Antes había mitos como por ejemplo, que no teníamos HC en el CAPS. Había un desconocimiento de lo que hacíamos en el CAPS, que creo ha cambiado con todas las reuniones que hemos tenido, ahora se sabe un poco más de que es lo que hace APS. Que APS este adentro del hospital ayudó mucho: allana el camino, tenés otra conexión. Los encuentros sirven, los ateneos.*

¿Lo ve como un facilitador del sistema? ¿Y del SRCR? *Si, nos visibiliza más. Sirvió mucho. Antes no estábamos en las reuniones donde se toman las decisiones. En PAMI por ejemplo, se abonan las contrarreferencias, entonces las hacen. Eso estaría bueno para que nos manden la contrarreferencia. Pero no sé cómo lo podríamos implementar. Sino tendría que haber una auditoría. Tantas hojas numeradas y ver cuántas hicieron la referencia y cuantas volvieron. Y con eso evaluamos.*

¿Se ha hecho algo para evaluar el SRCR que usted sepa? No

¿Cuáles son los beneficios de un buen funcionamiento? *Sí, primero para el paciente que va a volver al médico de cabecera con su intervención hecha y va a tener un buen seguimiento. También mejoraría la pérdida de tiempo.*

¿De qué manera lo mejoramos? Mediante auditorías o la historia clínica digital.

¿Esto ha sido algo que se ha charlado? *Sí, desde el principio lo hemos charlado con los distintos jefes, coincidimos en que no funciona, pero no hemos pensado nada para mejorarlo. Muchas veces también el colega te avisa por teléfono o te lo comenta de pasillo, pero no sería lo ideal.*

**Anexo 5.4: Entrevistas realizadas a personas que realizan su atención en el CAPS.
(EP)**

EP Nº 1

¿Alguna vez te derivó tu médico de cabecera a algún especialista? *Sí, a casi todos. He ido al traumatólogo, oftalmólogo, gastroenterólogo. Porque tengo problemas de todo: úlcera, hernia, que me estoy por operar. Voy, me atienden allá (hospital), y vuelvo a la doctora de cabecera acá en la sala.*

¿Te dio tu médico un papel para que lleves? *Sí, sí, siempre. Porque si no allá no me dan los turnos y no me atienden.*

¿Ese papel le llegó al especialista? *Sí. Yo les hago llegar todo, en mano directamente al médico. Y cuando me mandan una respuesta para mi médico de cabecera también se los traigo yo.*

¿Vos entendiste por qué te derivaron? *Sí, siempre entendí eso.*

¿Sabes si se comunicaron ambos médicos antes de derivarte? *Supuestamente sí, a mí me decían que sí. Adelante mío nunca lo hicieron.*

¿Te explicó el especialista que enfermedad tenías y qué tenías que hacer? *Sí, siempre me explicaron que tenía, los estudios que se me fueron haciendo. Ponele, cuando me agarró el ACV, el doctor me explicó todo, me diagnosticó epilepsia.*

¿Vos fuiste a contarle a tu médico de cabecera lo que te dijo el especialista? Sí, sí.

¿El especialista te dio una nota por escrito para que le muestres a tu médico de cabecera? *Si, le llevé toda una nota donde decía que había tenido, como estaba, qué medicación tenía que tomar.*

¿Cuánto tiempo te llevó desde que el médico de cabecera te derivó hasta que viste al especialista y volviste al médico de cabecera? *Poco tiempo, siempre me consiguen turnos enseguida.*

¿Cómo te sentiste en este tiempo? *En general bien, bien. Además siempre si me siento mal vengo a la sala. Mientras espero el turno tengo paciencia porque soy considerada en esto de que no solo yo me voy a atender, y sé que hay gente que lo necesita más o igual que yo asique el turno se respeta. Se tarda lo normal, como está el hospital hoy en día. Esperar diez a quince días con la demanda que hay, demasiado.*

¿Tuviste alguna traba/dificultad en este proceso? *No, no porque me los sacan desde acá de la sala, sino voy hasta el Hospital y siempre se cómo buscar la forma según la urgencia que tenga. Las chicas ya me conocen. Cuando hay que esperar y se puede, se espera.*

¿Se resolvió tu problema/enfermedad? *No. Me tienen que volver a operar de nuevo de hernia, que ya hubiera sido un tratamiento menos. Mi salud es... (Piensa). Cuando me sacaron el útero, un médico que mejor no nombro, me hicieron un derrame de bacterias cancerígenas, casi me gangrené. Golpeaba la puerta del doctor, y no me atendía. Después otra doctora me mandó a oncología, ahí no tenían turnos, me daban vueltas. Me dieron unas pastillas y no me dijeron nada. Yo veía que no había mejora. Estuve un mes postrada en la cama, mal emocionalmente, enferma. Tenía tres hijos chiquitos en ese tiempo. Y bueno, un día pedí un resumen de historia clínica y me fui a La Plata. Lo único que me dijo el doctor fue "yo no te mando". Y allá empecé el tratamiento, por años, y ahora estoy de alta de ese*

tema. Sí, tengo otros problemas que se fueron multiplicando por otras cosas. Pero me fui porque acá sentí que no recibía muchas respuestas desde el hospital y no tenía confianza.

¿Y desde La Plata te mandaron con un resumen de lo que te hicieron? *No, no. Allá no te dan nada.*

¿Cómo es ahora la relación con los médicos que te tratan en Olavarría? *No, yo ahora bien. A ese médico que me operó no le tengo confianza. Ahora elegí a otro cirujano que sí es bueno. Me dijo que se habían mandado una macana bárbara conmigo. Yo vivía con dolores, no es manera de vivir. Un médico me dijo que para operarme baje unos siete kilos porque estaba gorda. Y le dije: "Sí, doctor, los voy a bajar". Así que fui a la nutricionista para que vea que soy obediente. Sé que fue una excusa para no operarme. Ahora fui a otro, y bien. Me dijo que sí, que me va a operar.*

¿Si tuvieras que hacer alguna modificación del sistema de relaciones entre médicos del hospital/CAPS, como paciente, cuál harías? *Yo, como paciente, no tengo mucho para quejarme. De los médicos no tengo nada que decir, en la sala siempre me trataron muy bien, me comprendieron, me sacaron turnos, me dan medicación. En la guardia sí se tarda mucho la atención, pero el resto de los especialistas del Hospital son muy buenos y me explican cuando les pregunto si tengo dudas. El resto todo bien, no tengo problema. Son buenísimos.*

¿Les entendés la letra? *No, nunca. Pero les pregunto que dice y me explican.*

EP Nº 2

¿Alguna vez te derivó tu médico de cabecera (del CAPS) a algún especialista? *Sí, por primera vez hace mucho tiempo ya, años, ni bien se abrió la sala. Fui por un dolor de garganta, y de los cinco que me revisaron, todos dijeron lo mismo, que tenía hipotiroidismo. Me derivaron enseguida a la especialista.*

¿Te dio tu médico un papel para que lleves? *Sí, si siempre fui con una nota para sacar turno al hospital, tanto a esta como a otra especialista.*

¿Ese papel le llegó al especialista? *Sí, sí. Se lo entregué en la mano.*

¿Vos entendiste por qué te derivaron? *Si, entendí y se lo expliqué a la especialista también.*

¿Sabes si se comunicaron ambos médicos antes de derivarte? *Antes, desconozco. Capaz que sí, no sé.*

¿Te explicó el especialista que enfermedad tenías y qué tenías que hacer? *Después de hacerme varios estudios me dijo que tenía hipotiroidismo, esa que engorda. Como yo soy muy preguntona de todas formas no me quedo con dudas, pregunto todo lo que me genere incertidumbre, porque a veces solo me dan la información de lo que ellos ven o yo siento, pero a veces necesito saber más. Y yo me anoto todo también.*

¿Y por qué necesitás anotarte? *Es una costumbre que tengo. Me explican, pero yo me anoto igual. No sé.*

¿Vos fuiste a contarle a tu médico de cabecera lo que te dijo el especialista? *Si, si volví a ir.*

¿El especialista te dio una nota por escrito para que le muestres a tu médico de cabecera? *Si, el endocrinólogo le mandó por escrito una nota que se la entregué yo misma. No me ha ocurrido siempre con todos los médicos. Cardiología, por ejemplo, le mandó una única vez, al principio, ya después le voy contando yo sí hubo cambios. En otra oportunidad por ejemplo, cuando se me detectó cáncer de cuello de útero, me hice todo el tratamiento en el hospital y nunca me mandaron con un resumen de historia clínica o nota para que traiga a la sala. Ahora tengo una historia clínica en el hospital, otra en oncología, y otra acá. Debería poder hacerse una única para que todos tengan mis datos y demás cosas que yo me olvido o no sé.*

¿Cuánto tiempo te llevó desde que el médico de cabecera te derivó hasta que viste al especialista y volviste al médico de cabecera? *Todo ha sido bastante rápido en general.*

¿Cómo te sentiste en este tiempo? *Esta vez estaba tranquila. Me pone mal cuando me dan un turno a un mes, suele pasar seguido.*

¿Tuviste alguna traba/dificultad en este proceso? *Eh notado dificultades para conseguir las recetas, o para que me atienda la misma doctora en la sala.*

Yo creo que mis doctores tendrían que hablar entre ellos para ver cómo voy yo con mis enfermedades, estudios, la medicación. Ahora porque yo me muevo y voy de acá para allá, y llevo todos los estudios o le cuento lo que me dijeron en el hospital. Pero el día que yo no pueda trasladarme tanto no sé cómo se hará esto.

¿Se resolvió tu problema/enfermedad? *De a poco todos los problemas se fueron solucionando. Todavía estoy en seguimiento con oncología pero viene todo bien.*

Si vos no fueras así, de preguntar, sacarte dudas y entender lo que te dicen ¿Te parece que tu médica de cabecera de la sala, hubiera podido entender lo que los especialistas del hospital te dijeron con respecto a lo que te hicieron o te pidieron? *Y no, la verdad que soy yo la que está atrás de unos y otros, y la que se mueve para llevar todo. Y yo le digo al médico de cabecera todo lo que me acuerdo.*

EP Nº 3

¿Alguna vez tu médico de cabecera te envió a algún especialista? *Si. Al cardiólogo, al traumatólogo, yo me hago todos los estudios, me estoy por operar de la rodilla.*

¿Qué problema tenés en la rodilla? *No sé. Toda rota está. Tengo mal los ligamentos, tengo un quiste por acá. (Señala su rodilla).*

¿Fuiste primero a contarle a tu médica de cabecera y le contaste que tenías dolor de rodilla? *No, directamente fui al traumatólogo. Acá en el hospital. Hace treintaitrés años que me trato todo acá.*

¿Tu médica, cuando te derivó al cardiólogo para el prequirúrgico, te mandó con algún papel? *No, no me derivó ella, vine yo, me saqué un turno y vine. Vine porque me tengo que operar de la rodilla, me mandó ella con un papel.*

¿Qué dice el papel? *No, eh, me tengo que hacer estudios, porque en el quirófano te piden eso, electro y análisis, el prequirúrgico.*

¿Entonces ese papel ahora vos se lo das a tu médico de cabecera? *No sé si me irán a dar algo que explique; supongo que el electro sí, más vale, ¿sino para qué vengo?*

¿Entendiste por qué te derivaron? *Sí, para un prequirúrgico.*

¿Le vas a explicar a tu médica de cabecera como te dieron estos estudios? *No, se lo voy a llevar al traumatólogo.*

¿Después vas a ir a la salita? *Yo tengo todo en la historia clínica, cuando cumplí los cincuenta años me hice hacer todos los estudios, después se los llevé a la médica (de la sala) y anotó todo.*

¿Por ejemplo la doctora de la sala sabe que vos te vas a operar de la rodilla? *Sí, sabe porque yo he ido a la sala a que me den un inyectable cuando he estado con mucho dolor, ahí aprovecho y le cuento. Entonces ella me ve y sabe que tengo ese problema, yo misma se lo dije, no el traumatólogo. Igual yo le di la resonancia, y ella anota todo. Igual que a la ginecóloga de hinojo, yo le llevé la mamografía, el PAP y todo. Por lo de la rodilla yo le expliqué a Jaqueline cómo iba a ser la cirugía, me explicaron que iba a ser un punto acá y otro acá (se señala la rodilla).*

¿El especialista te entrega algún papel para que le lleves a tu médico de cabecera?

No, queda todo en la historia clínica. Supongo que la cardióloga me va a dar un papelito con el resultado del pre quirúrgico, pero sino no. Yo voy, saco turno y espero que ella anote todo en la historia clínica.

¿Y si vos tuvieras problemas de memoria, no se enteraría la doctora? Y no, no se

enteraría de nada. Pero yo voy, saco turno, y me anota todo en la HC.

¿Cuánto tiempo pasó desde que notaste este problema hasta que llegaste a la

consulta con el especialista? *Lo que pasa es que yo me dejé estar con los síntomas. En lo administrativo hace 1 mes, el 29 vine a Pedro, me lo sacan de Hinojo al turno. Yo voy a Hinojo y tengo que llevar la orden para que la secretaria me saque turno, yo le pedí la orden a Jaqueline. Si me manda al traumatólogo, me da la orden, saco turno desde allá.*

¿Notaste alguna traba en todo este proceso? *No, me atendieron bárbaro, no tengo*

obra social tampoco pero no iría a ningún lado que no sea el hospital.

¿Se resolvió tu problema/enfermedad? *Y todavía no me operé pero viene todo*

bien, encaminado para eso.

EP Nº 4

¿Alguna vez te derivó tu médico de cabecera a algún especialista? *A mí no, a los*

nenes sí. Al más chiquito. Fui al cardiólogo y después al dermatólogo.

¿Te dio tu médico un papel para que lleves? *Sí.*

¿Ese papel le llegó al especialista? *Sí, porque yo se la di en la mano al cardiólogo.*

¿Vos entendiste por qué te derivaron? *Sí, me explicaron.*

¿Sabes si se comunicaron ambos médicos antes de derivarte? *No, porque el*

especialista mandó una nota conmigo a la doctora de la sala.

¿Te explicó el especialista que enfermedad tenías y qué tenías que hacer? Si.

¿Y qué te dijo? Me dijo que era un soplito. Que él había nacido con eso. Que con el transcurso del tiempo él iba a ir creciendo se le iba a acomodar, a cerrar

¿Y te dijo lo que tenías que hacer? No, me dijo solamente que lo tenía que controlar.

¿Vos fuiste a contarle a tu médico de cabecera lo que te dijo el especialista? Si. Fui y le hablé a la doctora, y ella me dio una derivación y ahí fue cuando ella me derivó al cardiólogo. Porque fue cuando Tiziano estuvo en neo internado, ahí le descubrieron el soplo en el corazón.

¿El especialista te dio una nota por escrito para que le muestres a tu médico de cabecera? Sí, los dos escribieron (la médica de cabecera y el cardiólogo).

¿Cuánto tiempo te llevó desde que el médico de cabecera te derivó hasta que viste al especialista y volviste al médico de cabecera? Y, tardaron mucho, calculá que yo lo llevé cuando nació y después fue creo a los cuatro meses que tardó el turno, después volví a los siete meses, y después recién al año. Que fue ahora, y no tengo que ir más. Pero sí, los turnos tardan.

¿Cómo te sentiste en este tiempo de esperar el turno? Mal, porque si fuera por ahí mi salud no, pero era mi hijo y no es el caso de que tenga que pasar tres meses, cuatro para que tenga un turno además que era el corazón, eso también. Pero si fuera el corazón o no, es un nene y yo calculo que en quince días o un mes tendría que tener un turno. Eso, pero bueno, son cosas que son así, y bueno, ese es el tema a veces.

¿Tuviste alguna traba/dificultad en este proceso? (Pelea con una administrativa) Se repregunta y dice: Después con los turnos y eso, no. Yo de la sala no tengo nada que decir, saco los turnos desde la sala. Por ahí en el hospital, sí, que por ahí alguna te habla mal y eso,

pero viste como es, la gente a veces es así y bueno. Yo también, si me hablas mal yo te hablo mal. Si me hablás bien, yo te hablo bien.

¿Se resolvió tu problema/enfermedad? *Si, por suerte sí.*

EP Nº 5

¿Alguna vez te derivó tu médico de cabecera a algún especialista? *Si, cuando ha sido ginecológico o traumatológico voy al médico de cabecera y el me deriva.*

¿Te dio tu médico un papel para que lleves? *No, no, yo voy y le explico el dolor que tenga o bueno la médica clínica me pidió los estudios y me dijo llévaselos cuando tengas los resultados al ginecólogo por ejemplo o por mi dolor de espalda me dice pedile un turno a traumatología y que te vean. Pero no voy con un papel o un resumen, tengo que contarle yo todo lo que me paso*

¿Ese papel le llegó al especialista? ¿Vos entendiste por qué te derivaron? *Por ahora le puedo explicar, he tenido problemas de rodilla por una artrosis y me trataron por eso y después de cervical, y ya no vuelvo al clínico ya me quedo con el traumatólogo*

¿Sabes si se comunicaron ambos médicos antes de derivarte? *No, en mi caso no, ella me dijo anda al traumatólogo para que te vea pero nunca me dijo que vuelva a ir a ella. El traumatólogo no me dijo comentale a tu clínica, asique no, nunca. La clínica nunca se enteró ni que me dijo ni que medicación me dieron ni como sigo con el dolor hoy en día a pesar de haber seguido a otras consultas después de la derivación. Pero es muy común que pase eso, yo tengo familiares que también, que una vez que te mandan a otro médico, con ellos ya está, trabajaron hasta ahí.*

¿Te explicó el especialista que enfermedad tenías y qué tenías que hacer? *Yo soy de preguntar mucho ¿Qué me hizo? ¿Qué me va a dar? Y ¿Cómo se sigue? y ¿Por qué? y ¿Para qué?, o ¿Qué puede pasar?, yo siempre pregunto todo; pero de no preguntar, no te explican mucho.*

¿Vos fuiste a contarle a tu médico de cabecera lo que te dijo el especialista? *No, ninguno me dijo “comentale a este, comentale al otro”. Nunca pasó eso, asique no.*

¿El especialista te dio una nota por escrito para que le muestres a tu médico de cabecera? *No, no he tenido algo que haya necesitado eso, una derivación con un papel.*

¿Cuánto tiempo te llevó desde que el médico de cabecera te derivó hasta que viste al especialista y volviste al médico de cabecera? *No no, los turnos no se han retrasado mucho, yo me atiendo en el hospital hace muchos años, y por cuestión de mudanza, en enero me pasé a la salita del barrio C.E.C.O, porque me quedaba más cerca, pero realmente me fue mal en esa sala y salí.*

Me dijeron que me tenía que empadronar ahí, fui a SIAMO. Me pasaron. Me dieron el carnet, y cuando llego a la sala me dicen: pero no te pusieron la salita “número tanto”, no sirve. Te doy el turno, pero tenés que volver al hospital a que lo acomoden. Voy al hospital y me dicen que ahora cambió, que mira que no van a saber que ya no ponen más “salita y número”, que ponen “CAPS”. Y le dije que me la pasaba en viaje. Vuelvo a la sala y me dicen “pasa que te atiende la señora que limpia”, (porque la secretaria no estaba). Cuando voy al turno, con la médica de la sala, para que me dé la orden para los estudios, me encontré con que en esa sala no te hacen nada, ni el PAP, nada; cuando en otras salas si te hacen. Así que me dio las derivaciones y dije: no listo, ya está, voy a uno completo, si bien me queda más cerca, tengo que dar muchas vueltas, así que no, me borre de ahí. Ella me dijo que cuando tenga todo que vuelva, pero nunca me revisó ni me preguntó nada; solo que le lleve las cosas y que iban a tardar más de un mes.

¿Cómo te sentiste en este tiempo? ¿Tuviste alguna traba/dificultad en este proceso? *No, no. En una oportunidad me palpe una dureza en el pecho y fui con la secretaria y le dije si me podía dar un turno rápido y me dijo hoy no pero en esa misma semana me hice estudios y me atendió, asique bien. Ella lo que me dijo fue: vamos a adelantar un paso para después derivarte al ginecólogo, ahora pedí turno para el ginecólogo. Pero nunca volví a mi médico de cabecera después de estudiarme. Eso lo estoy escuchando ahora, nunca escuche el después volvé, pensé que ya te derivaban y te daba la respuesta y te seguía la otra persona, que es especialista en eso, Tampoco supe que había que avisarle al médico de cabecera.*

¿Se resolvió tu problema/enfermedad? *Si, menos mi dolor cervical que es crónico, que me dijo “relajate y salí a caminar” y me dio analgesia durante un año y medio, hasta que encontré por mi cuenta otro tratamiento con el que estoy hoy en día que sí me dio resultados, y hoy recupere mi movilidad del brazo y no tengo dolor. Lo busco en Tandil, y me soluciona el dolor. Mi médico de cabecera no sabe, porque no está de acuerdo con ese tratamiento, lo sé por mi hermana que en una consulta se lo comentó y le dijo que no, así que yo nunca se lo conté.*