

INTERVENCIONES SANITARIAS

MODELO DE TRABAJO EN RED PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL CONURBANO BONAERENSE EN EL HOSPITAL GARRAHAN

Networking model for the care of patients from Greater Buenos Aires at the Garrahan Hospital

Con el objetivo de recibir en el Hospital Garrahan a los pacientes provenientes de los municipios del conurbano bonaerense y atenderlos según la complejidad, se elaboró una estrategia en red respetando las modalidades de cada lugar y priorizando la fidelización a los centros locales.

PALABRAS CLAVE: Nivel de atención - Estrategia - Red

KEY WORDS: Level of attention - Strategy - Network

Mariana Nasti,¹ Patricia García Arrigoni,¹ Josefa Rodríguez¹

¹ Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan

INTRODUCCIÓN

El Hospital de Pediatría Garrahan (HG) tiene como modelo de organización la gestión centrada en el paciente. La institución atiende niños por demanda espontánea y recibe pacientes de alta complejidad procedentes de todo el país.

Los pacientes de demanda espontánea ingresan por el consultorio del médico orientador y, de acuerdo con la complejidad, criticidad y urgencia, son derivados a Emergencia (patología grave/urgente), Mediano Riesgo (mediana/alta complejidad para estudio), Bajo Riesgo (baja complejidad) o Especialidades.

El sector de Bajo Riesgo recibe niños con patologías prevalentes/estacionales que no son graves ni urgentes. Del total de estos pacientes el 70% son sanos, y el 30% tiene patología de base, de ellos el 4% se incorpora al seguimiento del HG, por lo que más del 65% está en condiciones de seguimiento en el primer nivel de atención.

Según una encuesta cualitativa dirigida (no publicada), efectuada por los profesionales del sector de Bajo Riesgo a 30 pacientes para evaluar la accesibilidad de la población proveniente del conurbano bonaerense al primer nivel de atención, el 90% conoce algún

centro de atención cercano a su domicilio, el 80% realiza allí los controles en salud y el 50% tiene médico de referencia. Para la resolución de las enfermedades agudas frecuentes, el 54% consulta en el HG y, de ellos, la mitad lo hace en forma exclusiva sin pasar por el primer y el segundo nivel de atención, motivados por una mayor accesibilidad, una respuesta segura y rápida y la posibilidad de llevar a cabo estudios complementarios en la consulta. Las dificultades de accesibilidad referidas al primer y al segundo nivel de atención fueron: escasa oferta de turnos para demanda espontánea, poca disponibilidad de pediatras y continua migración poblacional en zonas linderas entre partidos.

En una muestra de 100 consultas realizadas en un día de marzo del 2013 elegido al azar, se observó que el 62% de los pacientes había consultado previamente más de una vez durante la evolución de la patología en curso y que, de ellos, el 80% ya lo había hecho en el HG.

Desde 1997, en el marco del Programa de Referencia y Contrarreferencia, el HG incorporó Oficinas de Comunicación a Distancia (OCD) en hospitales de todo el país para evitar traslados innecesarios y dar una segunda opinión a

consultas sobre pacientes con patología de mayor complejidad y residencia a más de 100 kilómetros (alrededor de 5 600 consultas/año).¹

Desde abril de 2012 se crearon las primeras OCD a menos de 100 km de distancia en ámbitos asistenciales (6), y no asistenciales (7).

El objetivo de este trabajo es presentar la intervención implementada por el Programa de Referencia y Contrarreferencia del HG, con la finalidad de contrareferir y fidelizar a los pacientes y sus familias que consultan en el sector de Bajo Riesgo al Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) más cercano a su domicilio, teniendo en cuenta la complejidad y generando una comunicación efectiva con el primer nivel de atención.

MÉTODOS

Se evaluó la procedencia de los pacientes que se atienden en Bajo Riesgo del HG.²

A partir del contacto con hospitales y CAPS de diversos municipios, se consideró conveniente obrar conjuntamente con la Secretaría de Salud (SS) de cada localidad, actor principal en la gestión político-sanitaria. Se trabajó con los municipios de Florencio Varela, San Miguel, José C. Paz y Lomas de Zamora.

Se consensuó la operatoria a seguir: organización del proceso en función de los recursos disponibles, contacto con los pacientes y definición de los centros de derivación y se definió que desde el HG se elegirían los pacientes de Bajo Riesgo, dado que sus patologías de menor complejidad podrían ser resueltas en la localidad de origen.

Se trabajó con el Departamento de Sistemas del HG, y se generó un mecanismo informático para el rescate diario de datos por municipio de los pacientes asistidos en el área ambulatoria. En la historia clínica informatizada se agregó un campo de contrarreferencia con opciones de tiempo estimado de citación a control: 24 horas, 48 horas, entre 48 horas y una semana, un mes. El tipo de seguimiento se definió en forma consensuada con los municipios:

- Conocimiento del paciente: requiere atención en el HG durante su enfermedad, pero la SS del municipio debe conocerlo para facilitar la asistencia social, la provisión de tratamientos, los traslados, etc.

- Seguimiento en la localidad: paciente que no debería retornar al hospital de alta complejidad y puede recibir atención pediátrica en su lugar de residencia.

- Seguimiento compartido: paciente atendido por ambas instituciones, con seguimiento pediátrico factible en su zona.

Se ajustó el registro de datos de filiación: nombre y apellido del paciente, edad, DNI, domicilio, teléfono celular y nombre de la madre para contactar al paciente con facilidad. Además, se consignó el diagnóstico.

Esta información se envía diariamente a las SS a través de una dirección electrónica generada para tal fin. Cada SS establece la estrategia para ubicar y atender a los pacientes (variable en cada municipio), y se evalúa la complejidad y la problemática de los que requieren seguimiento compartido o conocimiento del paciente.

A partir de julio de 2012 se fueron incorporando, diferentes municipios de las regiones sanitarias VI y V con esta modalidad de trabajo que se mantiene hasta la actualidad.

En Florencio Varela, a los pacientes se los cita por teléfono para que concurran a un CAPS de complejidad intermedia, donde funciona la SS y se ha instalado una OCD con personal administrativo y médico. Se hace una primera evaluación, que determina si se otorga un turno en un centro de primer o segundo nivel.

En San Miguel, los datos recibidos en la SS se transfieren de la Dirección de Atención Primaria a los CAPS y, desde allí, empleados administrativos o trabajadores sociales se comunican con los pacientes por teléfono para otorgar turnos y verificar la concurrencia.

En la SS de José C. Paz se deriva la información de los pacientes a los promotores de salud, quienes diariamente los visitan para otorgarles el turno de control en los CAPS, verificar la concurrencia o los motivos de ausencia. Se utiliza la logística de la red de IRAB (Infección respiratoria aguda baja), ampliando las ventajas de un recurso preexistente.

Lomas de Zamora centraliza la información en la Dirección de Atención Primaria. Los turnos en el primer nivel se obtienen por teléfono. Se contacta a los pacientes, que autogestionan el turno preacordado. Esta estrategia se consideró la más efectiva para esta población.

RESULTADOS

La procedencia de los pacientes que consultan en Bajo Riesgo del HG se mantiene constante de acuerdo con los datos de 2010-2013-2014, con más del 70% proveniente del conurbano. (Gráfico 1)

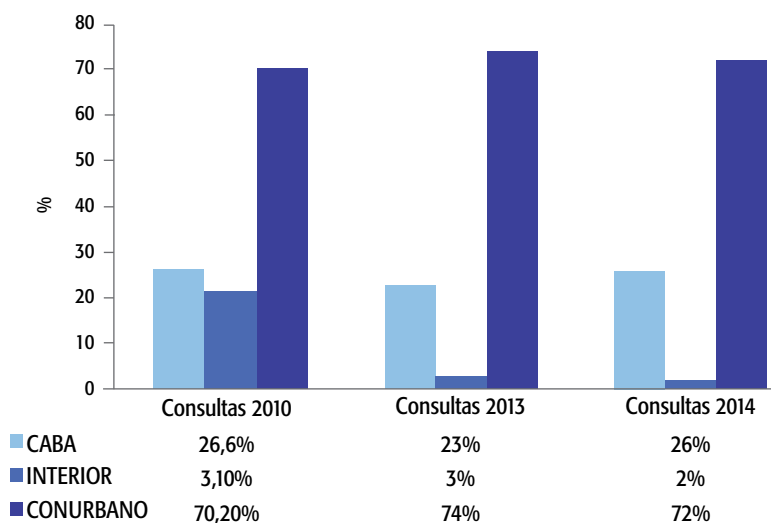
La distribución de los pacientes provenientes del conurbano analizados por regiones sanitarias, también se mantuvo constante a lo largo del tiempo. (Gráfico 2)

La mayoría de los pacientes del conurbano proviene de la RS VI. La distribución por municipios es: Lomas de Zamora 33%, Almirante Brown 14%, Esteban Echeverría 14%, Lanús 11%, Quilmes 10%, Florencio Varela 8% y Avellaneda 5%. (Gráfico 3)

El modo de acercamiento a los pacientes fue diferente en los distintos municipios con los que se trabajó, pero los resultados y experiencias fueron similares según se corroboró en los análisis realizados en diferentes períodos según el municipio.

Específicamente en Lomas de Zamora, en julio de 2013 se ubicó desde la Dirección de Atención Primaria de la Secretaría de Salud 79% de los 446 pacientes referenciados en ese mes. De ellos, 56% continuó el seguimiento en algún CAPS, 16% con su médico de cabecera, 13% se derivó al segundo nivel local y 13% debió continuar

GRAFICO 1. Evolución de consultas por lugares de procedencia, años 2010-2013-2014



Fuente: Elaboración propia.

su seguimiento en el HG. (Gráfico 4)

El 65% de los pacientes que concurren a Bajo Riesgo desde Lomas de Zamora proviene de la zona más cercana y accesible al HG, que corresponde a 9 de los 43 CAPS del municipio.

En Florencio Varela, en un corte efectuado en septiembre del 2012 se referenció a 62 pacientes, de los cuales se ubicó desde la secretaría de Salud al 70%, 5% continuó su seguimiento en el hospital zonal y 4% en el HG.

En el segundo semestre del 2013 a José C. Paz se derivaron 116 pacientes, y se ubicó al 98% (80% mediante visita domiciliaria de los promotores de salud). Estos pacientes equivalen al 4,5% de los 2.500 que en ese período se ubicaron y asistieron a través de la red de IRAB. El 81% continuó su seguimiento en los CAPS.

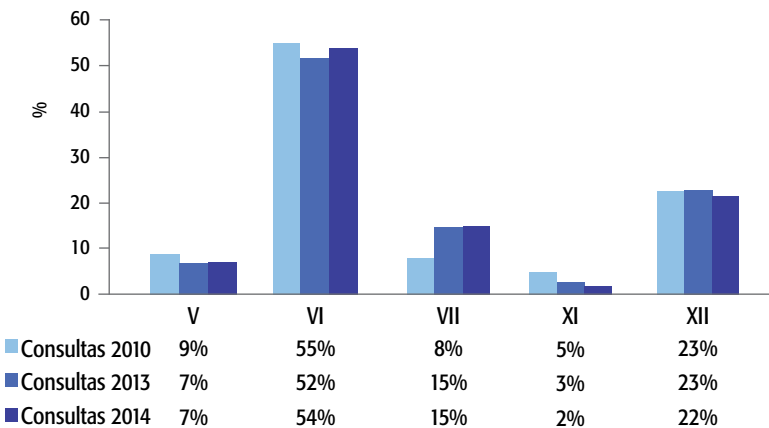
En San Miguel se trabajó con iguales resultados de ubicación y fidelización de pacientes a los centros sanitarios cercanos.

En forma general se ubicó en sus

domicilios entre el 70 y el 85% de los pacientes. De ellos, el 70% inició su seguimiento en los CAPS y hospitales zonales. Los grupos de diagnóstico más frecuentes fueron semejantes: infecciones de vías respiratorias 39%, gastrointestinales 12% y dermatológicas 10%.

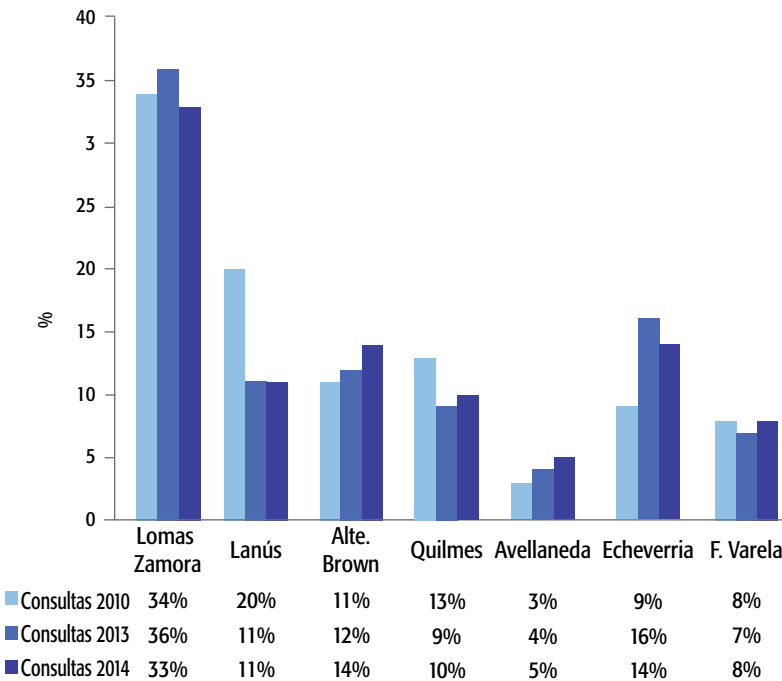
Entre 15 y 30% de los pacientes continuó su atención en el HG por la complejidad de su enfermedad de base. Estos casos se pusieron en conocimiento de las SS para abordar otras necesidades socio-sanitarias.

GRAFICO 2. Comparativo de consultas conurbano bonaerense por regiones sanitarias 2010-2013-2014



Fuente: Elaboración propia.

GRAFICO 3. Comparativo consultas de Región Sanitaria VI, 2010-2013-2014



Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

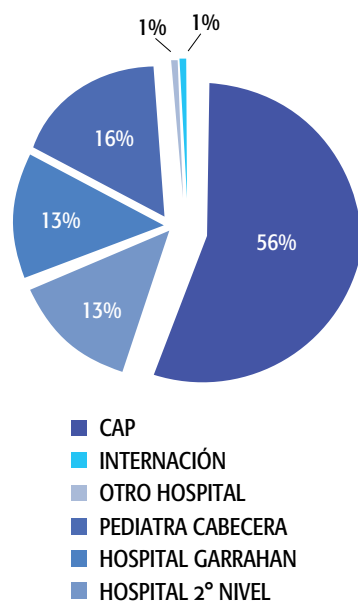
Para crear y fortalecer redes con los efectores del sistema de salud, hay que afrontar desafíos externos: vincularse con distintos lugares, compartir problemáticas, limitaciones y posibilidades, y construir lazos de referencia y contrarreferencia desde el terreno. Esto también implica desafíos internos que, partiendo del conocimiento del otro, lleven a construir propuestas concretas y conductas favorecedoras del trabajo en red, tendientes a derribar el facilismo del “vuelva mañana a control”, que no mide el alcance que esta frase tiene para los pacientes y el sistema de salud.

Es necesario realizar un trabajo de articulación institucional del tercer nivel de atención con el primero y segundo, para favorecer un recorrido más adecuado de los pacientes por el sistema sanitario con un menor costo general.

La accesibilidad a la salud se define como la posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita en el momento y lugar que lo requiera, en suficiente cantidad y a un costo razonable.³ Depende de que haya recursos humanos y físicos suficientes para responder a las necesidades de la población considerada y de la aceptabilidad de dichos servicios en función de la satisfacción de los usuarios.

La implementación de una red con algunos municipios del Gran Buenos Aires implica reconocer la ausencia de una relación lineal entre fronteras jurisdiccionales y políticas de salud. El conurbano se constituye como cordones concéntricos con respecto a la ciudad de Buenos Aires con diferentes

GRAFICO 4. Contrarreferencia interna del Municipio de Lomas de Zamora. N=348



Fuente: Elaboración propia.

momentos de expansión (radicación de zonas fabriles, corredores ferroviarios, patrones migratorios en respuesta al proceso de industrialización, etc.).⁴ Surgen así asentamientos poblacionales a bajo costo, ocupados por barrios auto-construidos, muchas veces desprovistos de servicios básicos.⁵

La cantidad de centros de salud en el primer y segundo cordón del conurbano pasó de 402 en 1988 a 740 en la actualidad.⁶ Esto exige realizar un diagnóstico de situación de la población

a cargo y evaluar la calificación del personal, las actividades de prevención efectuadas y los problemas que pueden ser resueltos sin derivación.⁷

En países como Argentina coexiste la doble o triple carga de enfermedad, y en los sistemas de atención falta correspondencia entre la realidad epidemiológica, dominada por las condiciones crónicas, y una atención centrada predominantemente en dar respuestas a eventos agudos, de forma reactiva, episódica y fragmentada.⁸

El desafío es poder cambiar la antigua lógica de respuesta a las condiciones agudas en el hospital por un modelo de seguimiento continuo y proactivo de los pacientes. Este modelo debe estar coordinado por el equipo de atención primaria y debe contar con el apoyo de la atención secundaria y terciaria de la red sanitaria, a fin de actuar adecuadamente sobre los determinantes sociales, los factores de riesgo y las condiciones de salud y sus secuelas.

El HG tiene todo el territorio argentino como área programática de atención. Esto incluye a niños que, por proximidad y facilidad de transporte, llegan diariamente en busca de respuesta, aún en casos que pueden ser resueltos en centros cercanos a su domicilio.

En el sistema sanitario los padres coparticipan en la gestión y deciden

cuál es el mejor lugar y momento para la atención. El objetivo es trabajar en red con los municipios del conurbano bonaerense para que, una vez que los pacientes consultan y son captados por el hospital, encuentren una respuesta compartida entre ambos niveles de atención.

Las sensaciones experimentadas por las familias podrían sintetizarse en sorpresa y agradecimiento. La sorpresa inicial, generada por el llamado telefónico o la visita al domicilio por parte del equipo de salud del municipio, se convierte en agradecimiento y seguridad al sentir que existe un sistema sanitario que trabaja en red y se ocupa de ellas.

En definitiva, a través de la comunicación efectiva con los municipios participantes, se logró referenciar y ubicar en sus domicilios entre el 70 y el 85% de los pacientes. De ellos, el 70% inició su seguimiento en los CAPS y hospitales zonales. Entre 15 y 30% de los pacientes continuó su atención en el HG por la complejidad de su enfermedad de base. Estos casos se pusieron en conocimiento de las SS para abordar otras necesidades sociosanitarias.

Además, se crearon OCD que permiten dar sostén y previsibilidad a la experiencia iniciada. Esto es sólo el comienzo, pero es la prueba de que es posible.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Nastri M, García Arrigoni P, Rodríguez J. Modelo de trabajo en red para la atención de pacientes del conurbano bonaerense en el hospital Garrahan. *Rev Argent Salud Pública*. 2015; Jun;6(23):39-42.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Anuario Estadístico. Registros Médicos. Oficina de Estadística. Dirección Asociada de Atención al paciente Hospital de Pediatría Garrahan; 2012.
- 2 Anuario Estadístico. Registros Médicos. Oficina de Estadística. Dirección Asociada de Atención al Paciente. Hospital de Pediatría Garrahan; 2013.
- 3 PROAPS-SIPPAPS (Programa de Atención Primaria de la Salud / Sistema de Incentivos para Profesionales de Atención Primaria de la Salud). Córdoba, Argentina; 2006.
- 4 Chiara M. Accesibilidad de la atención de la salud en el Municipio de San Fernando. Publicaciones Electrónicas N° 19, Universidad Nacional de General Sarmiento, Los Polvorines; 2010.
- 5 Torres H. Cambios socio territoriales en Buenos Aires durante la década de 1990. *Revista de Estudios Urbanos y Regionales*, Chile. 2001; 2(8).
- 6 Dirección de Información Sistemática, Subsecretaría de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; 2014.
- 7 Burrone M. Análisis de las estrategias de atención primaria de la salud en el Municipio de Malvinas Argentinas: un abordaje cuanti y cualitativo. *Universidad Nacional de Córdoba. Revista de Salud Pública*. 2007; 11(2).
- 8 Mendes EV. Las redes de Atención de Salud. Organización Panamericana de la Salud, Brasilia; 2013.