

PROPUESTA DE MODELO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN EL SISTEMA DE SALUD CUBANO

Félix J. Sansó Soberats¹

RESUMEN: Desde que en 1996 se orientó que las historias clínicas individuales en la atención primaria de salud dejaran de ser ambulatorias, no existe un modelo oficial para la transferencia de pacientes a través del sistema de salud. Este trabajo consiste en presentar un proyecto de modelo de referencia y contrarreferencias para ser utilizado en dicho sistema. Previo a la confección del modelo se examinaron la antigua historia clínica individual ambulatoria y la hoja de egreso hospitalario; y se tuvieron en cuenta los resultados de investigaciones sobre el sistema de transferencia. La propuesta se confeccionó, procurando que cumpliera con los principios siguientes: único, práctico, integrador y se concibió para ser portado por el paciente durante la transferencia. Se expone el modelo y se recomienda su validación; así como normar y controlar el cumplimiento de las disposiciones relacionadas con el sistema de referencia y contrarreferencia.

Descriptores DeCS: REGISTROS MEDICOS; ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

Desde la constitución del sistema nacional de salud (SNS), los diferentes niveles de atención médica se han organizado de acuerdo con la complejidad de las acciones preventivo-curativas y de rehabilitación, con la mejor especialización de los servicios.¹ Esta organización se ha efectuado basada en el principio de la "regionalización" (Escalona M. La regionalización en la gestión de la salud pública. Ciudad de La Habana: Instituto de Desarrollo de la Salud. 198:257-71), que implícitamente plantea el logro de una comunicación eficaz entre las diferentes

unidades del sistema; y al que se suma el hecho de que "el concepto de la medicina familiar en Cuba (...) no establece una relación de subordinación entre las partes o niveles sino, por el contrario, una matriz de interrelaciones de apoyo y fortalecimiento".² Para relacionar los niveles de atención, los sistemas de salud acuden a la referencia y la contrarreferencia, que en los casos más eficientes, no llegan a satisfacer todas las expectativas de los usuarios ni las de los prestadores de servicios.³

En nuestro país el complejo hospital-policlínico-Médico de Familia debe coor-

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Médico de Familia. Instructor de la Facultad "Manuel Fajardo".

dinar tareas de atención médica (ambulatoria, de urgencia, hospitalización); medios diagnósticos, promoción de salud y prevención de enfermedades, trabajo social, docencia, investigación y monitoreo.⁴ Para ello es imprescindible trabajar en estrecha interrelación. Con la implementación del programa del Médico y la Enfermera de la Familia se introdujo una historia clínica individual ambulatoria en la atención primaria, y con ello se vislumbró la posibilidad de poder resolver los problemas de comunicación entre ésta y el nivel secundario de atención. Sin embargo, esta historia en manos del paciente, demostró tener tantas limitaciones que motivó en 1996, que el Ministerio de Salud Pública se pronunciara por mantenerlas bajo la custodia de los equipos de salud en la atención primaria de salud (APS).⁵ Desde entonces no se cuenta con un modelo oficial para realizar la transferencia de pacientes a través del sistema de salud; por tanto, en estos momentos no existen garantías en cuanto a la uniformidad de la información que se emite hacia uno u otro nivel de atención.

En los estudios realizados en este sentido, se ha comprobado que se presentan múltiples irregularidades en el sistema de transferencia que atentan contra la atención continuada a los pacientes.⁶ Partiendo de esta realidad nos propusimos, elaborar una propuesta de modelo único para la referencia y la contrarreferencia, que contribuya a homogeneizar la información útil que se intercambia, y facilite la comunicación entre los profesionales de los diferentes niveles de atención. Consideramos que su implementación debe contribuir al fortalecimiento del sistema nacional de salud, partiendo del supuesto, de que mejora el proceso de gestión del médico y brinda mayores garantías en la continuidad de la atención a los pacientes.

Métodos

Tomamos como punto de partida para el diseño de esta propuesta, nuestra propia experiencia clínica e investigativa en el tipo de relación que establecemos con los niveles secundario y terciario, a partir de nuestro consultorio en la APS.⁶ El tema de nuestro trabajo de terminación de residencia para optar por el Título de Especialista de I Grado en Medicina General Integral, fue el de la Interrelación. Examinamos además, la antigua historia clínica individual ambulatoria y la hoja de egreso hospitalaria con vistas a tomar de ellos los elementos que pudieran resultar útiles para la confección del nuevo modelo.

Partiendo de este análisis se confeccionó la propuesta de boleta para la referencia y la contrarreferencia de los pacientes, en el sistema de salud cubano.

Resultados

Después del análisis de los modelos anteriores reconocemos que éstos han sido utilizados durante años en nuestro sistema y han cumplido un incuestionable rol en nuestro sistema de salud; sin embargo, para las condiciones actuales, vemos en ellos algunas limitaciones:

Historia clínica individual ambulatoria

- Alto riesgo de deterioro o extravío.
- En poder del paciente no siempre está al alcance de los médicos para hacer la referencia o la contrarreferencia; lo que favorece las remisiones informales en documentos no apropiados.
- No es utilizada regularmente por los médicos de la atención secundaria, aun disponiendo de ella.
- En caso de remisión se debe transcribir el criterio hacia la historia clínica hospitalaria.

Hoja de egreso hospitalario

- Sólo se emite al egreso del paciente, por lo que en el supuesto caso de que éste sea valorado por consulta externa no se le entrega.
- La emisión de este documento es inconstante, en dependencia de los diferentes servicios u hospitales.
- No se recoge explícitamente la indicación o no de ingreso en el hogar.
- Al ser un modelo sólo de contrarreferencia no favorece que el paciente conozca que ese documento debe ser emitido al egreso, y por tanto no posibilita que pueda ser reclamado en aquellos servicios donde no se aprecia preocupación por retroalimentar al médico de la APS.

Partiendo de este análisis, se procuró diseñar un nuevo modelo que cumpliera con los principios siguientes: único, práctico, integrador y concebido para ser portado por el propio paciente durante la transferencia. Se estructuró en 2 partes en una misma cara del modelo, 1 destinada a la referencia y otra a la contrarreferencia; que llegado el momento, puedan ser despegadas y conservadas en las historias clínicas de los niveles respectivos.

Consideramos útil recoger en la boleta los siguientes datos:

- Nombre y apellidos del médico; consultorio o servicio y el centro asistencial, desde o hacia dónde se realice la referencia o la contrarreferencia.
- Datos generales del paciente y sus antecedentes de salud/enfermedad.
- Servicio donde se le brindó la atención médica (atención secundaria).
- Los elementos clínicos, de laboratorio o radiológicos realizados en la atención primaria y que justifiquen la referen-

cia; o los que resulten de los estudios realizados en los niveles secundario o terciario y sean útiles para la contrarreferencia.

- Exámenes que se considere oportuno sugerir.
- Impresión diagnóstica.
- Conducta y/o tratamiento.
- Criterios de los profesionales en relación con la posibilidad de indicación de ingreso en el hogar.
- Firma del médico de asistencia y su cuño.
- Fecha de la referencia y/o la contrarreferencia.

A la izquierda del modelo están recogidos de estos aspectos mencionados, los que tienen relación con la referencia de los casos desde la atención primaria (anexo 1). A la derecha se reflejan los aspectos que consideramos necesarios para garantizar una contrarreferencia con calidad desde los niveles secundario o terciario hacia la APS (anexo 2). Una vista general del modelo se ofrece en el anexo 3.

Discusión

Hemos conocido que al inicio del programa de medicina familiar se tenía el concepto de que el Médico de la Familia debía acompañar a cada paciente que requiriera de atención hospitalaria,⁷ e incluso que debía permanecer en el hospital hasta definir la conducta; sin embargo, consideramos que en la práctica se torna difícil acompañar a cada paciente que requiera de algún servicio en las unidades de la atención secundaria; al menos esto no podrá ocurrir sin afectar considerablemente la permanencia del Médico de la Familia en el consultorio, y con ello el grado de satisfacción de la población que queda en la

comunidad, necesitada de su atención. Por otra parte, no en todos los casos se requiere la presencia del médico junto al paciente en el policlínico o en el hospital, o puede coincidir que 2 o más pacientes sean atendidos en un mismo espacio de tiempo en unidades o servicios diferentes.⁶

La existencia de un documento oficial para estos fines, favorece la uniformidad en la información que debe ser emitida hacia cualquier nivel de atención, y con ello se evita la omisión de datos que pueden resultar de interés en la valoración del paciente. Este documento, como se conoce, lo constituía la propia historia clínica individual que en la práctica no demostró tener más virtudes que defectos (aunque en su concepción pudiera llegar a parecer ideal).

Proponemos utilizar una boleta en primer lugar, porque va a estar siempre disponible en las consultas o cuerpos de guardia para referir a cualquier paciente que lo requiera, incluso aquellos que residen fuera del área.

Al ser una boleta, facilita que al llegar el paciente a un servicio o consulta no se requiera transcribir la remisión hacia otro

documento, sino sólo será necesario desprender la boleta de la referencia e incorporarla a la historia clínica; de igual forma el médico de la atención incorporaría la boleta de la contrarreferencia a la historia del paciente en la APS. Por otra parte el hecho de ser un modelo integrado para la transferencia, facilita el conocimiento por parte del paciente, de cómo debe funcionar este sistema y de que cada referencia debe tener una contrarreferencia. De esta forma, es poco probable que un paciente de regreso a la atención primaria, no traiga consigo una comunicación del nivel del sistema de salud donde fue atendido, por el grado de compromiso que suponemos debe generar en los médicos y en los propios pacientes.

Recomendaciones

1. Realizar pilotaje con el objetivo de validar el modelo propuesto.
2. Normar y controlar el cumplimiento de las disposiciones relacionadas con el sistema de transferencia de paciente, con vistas a garantizar que este proceso funcione según lo previsto.

ANEXO 1. Detalle de la boleta de referencia y contrarreferencia propuesta, donde se recogen los datos inherentes a la referencia de los pacientes

Ministerio de Salud Pública

Boleta de referencia de casos

Policlínico: _____ Consultorio: _____

A: Dr.(a): _____ Servicio de: _____

De: Dr.(a): _____ Especialidad: _____

Hospital: _____

Nombre y apellidos del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Historia clínica: _____

APP: _____

Motivo de referencia:

Tratamiento recibido:

Exámenes que se sugieren: _____

Impresión diagnóstica: _____

Condiciones para ingreso en el hogar: Sí _____ No _____

Firma y cuño del médico: _____ Fecha: ____/____/____

ANEXO 2. Detalle de la boleta de referencia y contrarreferencia propuesta, donde se recogen los datos inherentes a la contrarreferencia de los pacientes

Ministerio de Salud Pública

Boleta de contrarreferencia de casos

Hospital: _____

A: Dr.(a): _____ Especialidad: _____

Policlínico: _____ Consultorio: _____

De: Dr.(a): _____ Servicio de: _____

Nombre y apellidos del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Atención brindada en: Consulta Ext. _____ Sala _____ C. de Guardia _____

Resumen de los hallazgos clínicos, radiológicos o de laboratorio:

Impresión diagnóstica: _____

Conducta: _____

Indicación de ingreso en el hogar: Sí _____ No _____

Firma y cuño del médico: _____ Fecha: ___ / ___ / ___

ANEXO 3. Propuesta de modelo de referencia y contrarreferencia para su implementación en el sistema de salud cubano

Ministerio de Salud Pública
Boleta de referencia de casos

Ministerio de Salud Pública
Boleta de contrarreferencia de casos

Policlínico: _____ Consultorio: _____

Hospital: _____

A: Dr.(a): _____ Servicio de: _____

A: Dr.(a): _____ Especialidad: _____

De: Dr.(a): _____ Especialidad: _____

Policlínico: _____ Consultorio: _____

Hospital: _____

De: Dr.(a): _____ Servicio de: _____

Nombre y apellidos del paciente:

Nombre y apellidos del paciente:

Edad: _____ Sexo: _____ Historia clínica: _____

Edad: _____ Sexo: _____

APP: _____

Atención brindada en: Consulta Ext. _____

Motivo de la referencia:

Sala _____ C. de Guardia _____

Resumen de los hallazgos clínicos, radiológicos o de laboratorio:

Tratamiento recibido:

Impresión diagnóstica: _____

Exámenes que se sugieren: _____

Conducta: _____

Impresión diagnóstica: _____

Condiciones para ingreso en el hogar: Sí ___ No ___

Indicación de ingreso en el hogar: Sí ___ No ___

Firma y cuño del médico: _____ Fecha: - / - / -

Firma y cuño del médico: _____ Fecha: - / - / -

SUMMARY: Since it was decided in 1996 that individual medical records in the primary health card would not longer be ambulatory, there is not an official model to transfer patients through the health system. This task consists in the presentation of a project for a reference and counter-reference model to be used in such a system. Prior to the creation of this model, the previous ambulatory individual medical record and the hospital discharge summary were examined; and the results of the investigations on the transference system were taken into account. On making the proposal, care was taken so that the model would meet the following principles: unique, practical and integrating. It was conceived to be carried by the patient during transference. The model is presented and its validation is recommended. It is also suggested to establish and control the fulfillment of rules related to the reference and counter-reference system.

Subject headings: MEDICAL RECORDS; PRIMARY HEALTHCARE

Referencias bibliográficas

1. Ramos BN, Aldereguía J. Medicina social y salud pública en Cuba. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1990:98-104.
2. UNICEF, UNEPA, OPS, OMS, MINSAP. El plan del médico de la familia en Cuba. La Habana: s.e;1990:17.
3. Pritchard P. Manual de atención primaria de salud. Madrid: Díaz de Santos, 1981:36.
4. Gómez R, Claindorf B. Cuba: la interrelación hospital-médico de la familia dentro de las estrategias de la atención primaria de salud. Educ Med Salud 1991;25(3):233-40.
5. MINSAP. Metodología para el trabajo. Atención Primaria de Salud. Indicaciones Generales del MINSAP para 1996. La Habana: s.e;1996:16.
6. Sansó F, Sylva LC, Suárez J. Aspectos formativos del médico de atención primaria y su relación con el policlínico y el hospital. Revista Cubana de Medicina General Integral. IV. CNICM, 1999.
7. Colectivo de autores. La organización del médico general integral. En: Medicina General Integral. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1987:233.

Recibido: 18 de marzo de 1999. Aprobado: 18 de marzo de 1999.

Dr. *Félix J. Sansó Soberants*. Marianao # 415 e/ Lombillo y Piñera. Cerro, Ciudad de La Habana, Cuba.