

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN CONTINUADA A LOS PACIENTES EN UN ÁREA DE SALUD

Félix J. Sansó Soberats,¹ Luis C. Silva Ayçaguer² y Julio Suárez Jiménez³

RESUMEN: Con vistas a identificar las experiencias más relevantes de la población en materia de atención continuada a los pacientes, así como para conocer el criterio de los profesionales de la APS en relación con el papel que desempeñan en el proceso de referencia de pacientes y el apoyo que reciben (para su gestión) de las otras unidades con las cuales interrelacionan, se realizó un estudio descriptivo de índole retrospectiva en el área de salud " Plaza de la Revolución" en la Ciudad de La Habana. A través de una encuesta se exploraron los criterios de Médicos de Familia y la población que recibe el servicio. Nuestro universo estuvo constituido por los 32 médicos que laboran en el policlínico y que atienden a la población residente en el área. El universo de destinatarios de los servicios lo constituyeron todas las familias que pertenecen a esta área de salud (5 895). Se realizó un muestreo por conglomerados bietápico con selección de consultorios con probabilidad proporcional al número de familias y selección sistemática de familias dentro del consultorio (196 en total). Se identificó que, si bien es aceptable el acceso de la población a los servicios del policlínico, la regionalización de los servicios entre los niveles primario y secundario presenta dificultades apreciables. Además se evidencia que a pesar de que la inmensa mayoría de los pacientes accedió a la atención secundaria por mecanismos colaterales, la accesibilidad de la población al sistema (en última instancia) estuvo garantizada.

Descriptores DeCS: ATENCION PRIMARIA DE SALUD/métodos; ATENCION SECUNDARIA DE SALUD/métodos; MEDICOS DE FAMILIA; REMISION Y CONSULTA; ENCUESTAS DE ATENCION DE LA SALUD; CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD; ATENCION PROGRESIVA AL PACIENTE; RELACIONES INTERINSTITUCIONALES/métodos; RELACIONES COMUNIDAD-INSTITUCION.

Uno de los principios inherentes a nuestro sistema nacional de salud (SNS) es el de la atención continuada a los pacien-

tes. La organizadora de la atención médica por niveles, según la complejidad de los problemas de salud y la disponibilidad de

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Médico de Familia. Policlínico "Plaza de la Revolución". Profesor Asistente ISCM-H.

² Doctor en Ciencias. Investigador Titular del ISCM-H.

³ Especialista de I Grado en Psiquiatría. Funcionario de la Organización Panamericana de la Salud.

recursos para su solución, posibilita en teoría una atención diferenciada a los pacientes atendiendo a estos criterios. Por ser el nivel primario de atención la puerta de entrada al sistema, resulta primordial su papel en la determinación del grado de complejidad y nivel de atención en el que se debe solucionar un problema de salud concreto.

Por otra parte, siendo el nuestro un sistema de salud abierto, existe la posibilidad de que algunos pacientes acudan directamente a los hospitales en busca de atención. En este caso, para asegurar el carácter sistémico de nuestra salud pública y garantizar el cumplimiento del principio de la atención continuada a los pacientes, desde la atención secundaria se debería enviar comunicación al nivel primario sobre los resultados de la atención brindada; sin embargo tal retroalimentación no se produce, lo cual constituye, en cierta forma, una transgresión a los propios presupuestos del sistema.^{1,2}

A este problema ya identificado, se suman algunas incógnitas: ¿en qué medida los Médicos de Familia están remitiendo a sus pacientes a la atención secundaria?, ¿qué apoyo reciben de las unidades del sistema para el estudio de sus casos?, ¿qué porcentaje de pacientes acude al hospital espontáneamente sin una remisión desde la atención primaria?, ¿a través de qué mecanismos acceden a sus servicios? El presente trabajo procura arrojar luz sobre estos temas y concretamente se propone identificar las experiencias más relevantes de la población del área de salud en materia de atención continuada a los pacientes, así como conocer el criterio de los profesionales de la APS en relación con el papel que desempeñan en el proceso de referencia de pacientes y el apoyo que reciben (para su gestión) de las otras unidades con las cuales se interrelacionan.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de índole retrospectiva por conducto del cual se exploraron los criterios de Médicos de Familia y la población que recibe el servicio acerca del tema que nos ocupa. Para el estudio se escogió el área de salud "Plaza de la Revolución", en el municipio del mismo nombre, por tratarse de una pionera en la puesta en marcha del nuevo programa del Médico y Enfermera de la Familia y ser el centro nacional de referencia para la atención primaria de salud en Cuba, de donde egresaron los primeros especialistas en Medicina General Integral.

En relación con los médicos de la atención primaria, nuestro universo estuvo constituido por los 32 que laboran en el policlínico y que atienden a la población residente en el área; consideramos que estos deben tener un nivel de interrelación similar con sus 3 hospitales base, además de utilizar los servicios que ofrece el policlínico. Consecuentemente, estos profesionales estaban en condiciones de testimoniar sus experiencias en materia de interrelación con el policlínico y los hospitales, desde el punto de vista asistencial. A través de una encuesta se indagó acerca de los mecanismos utilizados para la remisión, las vías a través de las cuales se garantiza el acceso de los pacientes a las diferentes unidades y el apoyo que el Médico de Familia percibe tener de éstas para complementar su labor asistencial.

El universo de destinatarios de los servicios lo constituyeron todas las familias que pertenecen a esta área de salud. Se realizó un muestreo por conglomerados bietápico con selección de consultorios con probabilidad proporcional al número de familias y selección sistemática de familias dentro del consultorio, realizada esta últi-

ma con una fracción adecuada de manera que la muestra final resultara equiprobabilística. Del total de 5 895 familias que atiende el policlínico se decidió seleccionar alrededor de 200. Esto equivalía a tomar alrededor de 900 sujetos (4,5 como promedio por familia), partiendo de que aproximadamente entre el 10 y el 15 % de ellos hubiese tenido contacto con el hospital o el policlínico; tal procedimiento aseguraría no menos de 100 sujetos con experiencias susceptibles de ser comunicadas en materia de interrelación.

Se decidió tomar 8 consultorios de los 32 existentes, como se explicó, con probabilidad proporcional al número de familias en cada cual, y luego seleccionar sistemáticamente alrededor de 15 familias dentro de cada consultorio elegido. El tamaño de la muestra elegida respondió básicamente a los recursos humanos y de tiempo disponibles, pero cuidando que fuera aceptable a los efectos de las estimaciones previstas y acorde con estudios similares en la literatura.

En cada núcleo familiar seleccionado se identificaron a aquellas personas que hubiesen acudido a recibir atención médica (interconsulta, cuerpo de guardia, laboratorio clínico, departamento de radiodiagnóstico, fisioterapia o ingresos) al policlínico o al hospital, en el período comprendido entre enero de 1996 y febrero de 1997. A cada persona que hubiese tenido estas experiencias se le aplicó una encuesta. En el caso de que una misma persona hubiese acudido en más de una ocasión al policlínico o al hospital, se tomó como referencia la última visita realizada. Si una misma persona había acudido al policlínico y al hospital en el período señalado se le aplicaron sendas encuestas, en relación con las últimas visitas. Al aplicar la encuesta a la población se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de exclusión: personas que no

asistieron al policlínico o a los hospitales en el período determinado para el estudio, personas que acudieron al policlínico o a los hospitales, pero en una fecha anterior a la determinada para el estudio, y familias que residieran fuera del área o se hubieran radicado en ella recientemente.

Para la aplicación de las encuestas contamos con la colaboración de 4 internos de medicina, los cuales fueron previamente entrenados. Toda la información recopilada se introdujo en una base de datos para su análisis por medio, básicamente, de distribuciones de frecuencias.

Resultados

Se encuestaron 32 Médicos de Familia que laboran en los consultorios que atienden a la población que reside en el área de salud, de ellos 15 eran especialistas en MGI y 17 residentes de la especialidad. Del total de 196 familias seleccionadas en la muestra fueron encuestadas 169, que representan un 86,2 %. No se pudieron encuestar a 27 familias (13,8 %) por no encontrarse persona alguna en el momento de la visita, u otras que fueron albergadas en otros sitios ante el peligro de derrumbe de sus casas. En 23 familias (11,7 %) ningún miembro requirió de atención médica en el período. En 146 familias (88,3 %) se recogieron 228 experiencias de pacientes que acudieron al policlínico o a los hospitales; de ellas, 106 (46,5%) fueron en el policlínico, y 122 (53,5 %) a los hospitales.

I. Mecanismos a través de los cuales se remite a los pacientes:

Los métodos empleados para la remisión de casos al policlínico se diferencian de los utilizados para remitir a los hospitales. Los Médicos de Familia prefieren enviar a sus pacientes al policlínico con la

historia clínica individual y, en menor medida, utilizan una hoja de remisión, aunque con frecuencia un miembro del equipo de salud los acompaña a las consultas en ese centro. Sin embargo, para remitir pacientes a los hospitales el procedimiento difiere, ya que los Médicos de la Familia prefieren utilizar para esos casos la hoja de remisión, o en menor medida, la historia clínica individual; la práctica de acompañar a los pacientes al hospital, es ocasional. En ambos casos, tanto al policlínico como a los hospitales, algunos médicos admitieron remitir verbalmente y de forma ocasional a algunos pacientes.

Al policlínico acudieron con una remisión médica 83 pacientes (78,3 %) aproximadamente 8 de cada 10; los 23 restantes (21,7 %), lo hicieron por voluntad propia, y de estos, el mayor porcentaje fue directamente al cuerpo de guardia, y en menor medida a la consulta externa. Sin embargo, a los hospitales acudió remitido por el Médico de Familia sólo el 13,9 % de los pacientes, mientras que el 55 % decidió acudir por voluntad

propia. En general, los servicios más demandados a este nivel también fueron los de cuerpo de guardia y consulta externa (fig. 1).

II. Formas de acceder a las instituciones de salud:

Los Médicos de Familia refirieron que a los pacientes que necesitan de los servicios que se ofrecen en el policlínico se les facilita el acceso a partir de una remisión y, en dependencia del tipo de servicio, a partir de un turno que obtiene en el propio consultorio o en el policlínico. La opinión de los médicos es favorable en relación con el apoyo que reciben de los diferentes servicios del policlínico para su desempeño (fig. 2). Este resultado se confirma cuando se advierte que, de los 83 pacientes que acudieron remitidos a este centro, 4 (4,8 %) fueron valorados el mismo día, 75 (90,4 %) fueron atendidos en los primeros 7 días y 3 (3,6 %) dentro de los 15 días posteriores a la remisión.

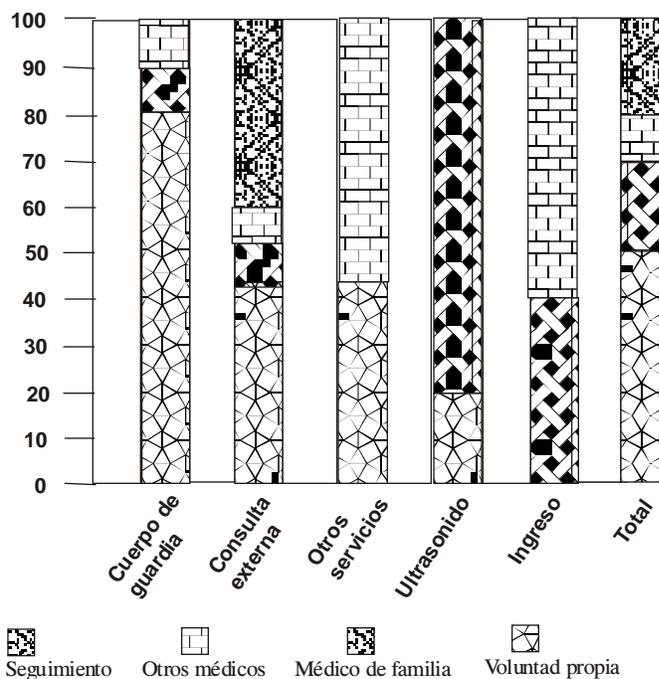


FIG. 1. Distribución de pacientes según mecanismos a través de los cuales acuden al hospital.

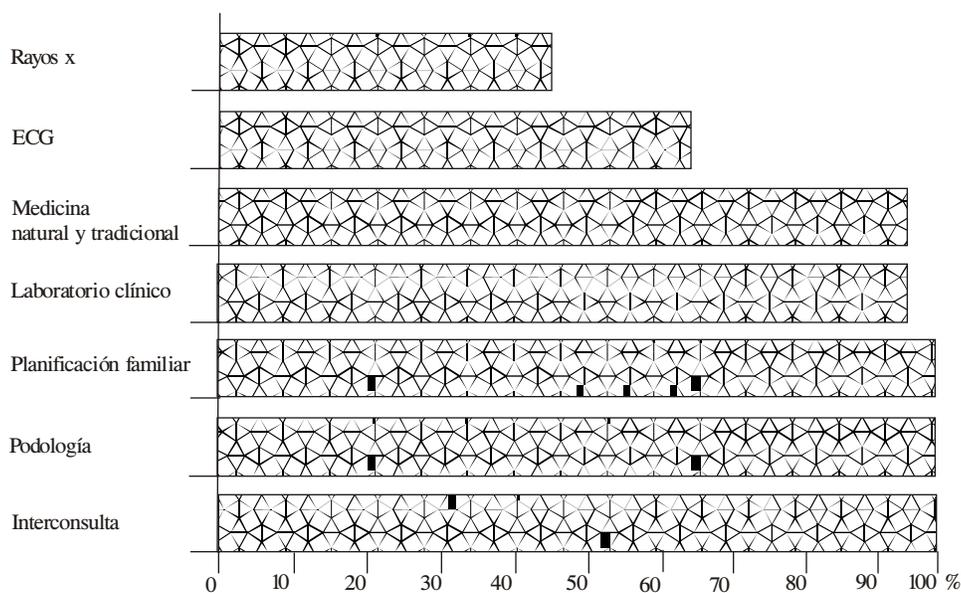


FIG. 2. Porcentaje de Médicos de Familia que consideran favorable el apoyo recibido del policlínico según servicios.

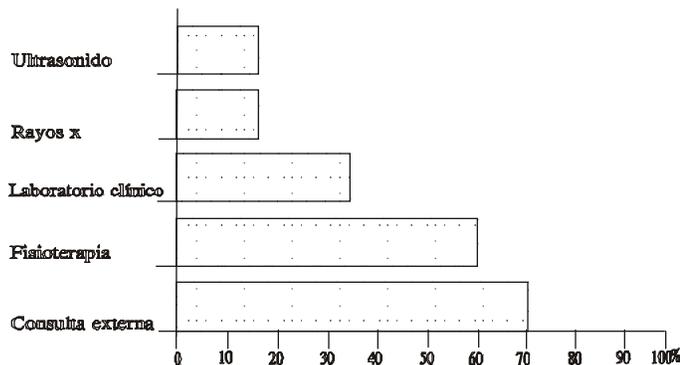


FIG. 3. Porcentaje de Médicos de Familia que consideran favorable su nivel de acceso al hospital según servicios.

Para garantizar el acceso de los pacientes remitidos al hospital los Médicos de Familia están utilizando 2 canales diferentes: el 78,1 % (25) envía a sus pacientes con frecuencia o siempre a través de los mecanismos establecidos por el sistema de salud, mientras que el 50 % (16) admite que, además, busca con frecuencia la ayuda de un trabajador de la salud conocido por ellos o el paciente para garantizar un rápido acceso. Los Médicos de Familia de esta área expresaron criterios predominantemente desfavorables en relación con el acceso que

perciben tener a los servicios que se ofrecen en sus hospitales base (fig. 3).

Lo anterior se corrobora con lo recogido en la encuesta a los pacientes. Para consultas de seguimiento, acudieron a la atención secundaria 21 pacientes. De los 101 restantes que accedieron a los servicios hospitalarios, 42 (41,6 %) fueron por voluntad propia, 39 (38,6 %) aseguraron su entrada a través de un trabajador de la salud conocido de ellos o de su médico, mientras que 20 (19,8 %) acudió directamente con la remisión u obtuvo su turno previamente a

partir de ella. Llama poderosamente la atención que todos los pacientes que accedieron al segundo nivel de atención por propia iniciativa o a través de un conocido fueron atendidos en el mismo día, mientras que de los que acudieron remitidos, algunos debieron esperar hasta 4 meses para la consulta (fig. 4).

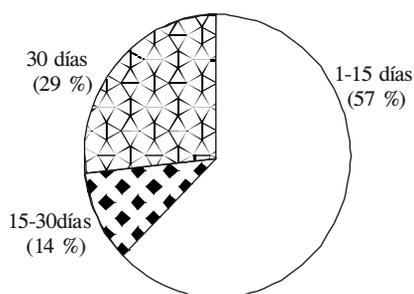


FIG. 4. Distribución de pacientes según lapsos de demora para ser valorados en el hospital.

Discusión

Es obvio que no existe una definición completamente acertada en los mecanismos que han de emplearse para la remisión de pacientes, y llama la atención que la mayoría de los médicos aún continúa utilizando la historia clínica individual para remitir pacientes al policlínico o a los hospitales. Este resultado sorprende si se tiene en cuenta que, desde la implementación de la carpeta metodológica del MINSAP, en febrero de 1996, se estableció que las historias clínicas en atención primaria dejarían de ser ambulatorias. Esta irregularidad se favorece porque esta disposición no siempre ha estado aparejada a la orientación de la revitalización de los archivos hospitalarios.

Desde nuestro puesto de trabajo percibimos la presión que ejercen sobre el pa-

ciente algunos profesionales de la salud del policlínico o de los hospitales, para que él acuda con su historia clínica como requisito indispensable para ser consultado. Esta disposición no se ajusta a lo establecido y genera contraindicaciones en el estilo de trabajo de los médicos y con los pacientes, sobre todo en el nivel primario. A su vez contrasta con el elevado porcentaje de pacientes que acude por voluntad propia (fundamentalmente a los hospitales) y son atendidos sin remisión alguna y sin historia clínica. En relación con las remisiones verbales, no consideramos que esta práctica sea correcta dentro del modo de actuación profesional de ningún médico; en el empeño por establecer una efectiva comunicación entre los profesionales del sistema nacional de salud, deben erradicarse tales actuaciones.

Sería útil al SNS investigar las razones por las cuales ocurre este fenómeno, reflejo de que los mecanismos establecidos para garantizar la atención continuada del paciente a través del SNS, partiendo desde el Médico de la Familia, no son eficaces y en cierta medida cuestionan el carácter sistémico de la salud pública en cuanto a atención continuada se refiere. Si bien el acceso al policlínico se produce básicamente según lo concebido, no ocurre lo mismo en el caso de los hospitales donde, como se vio, el acceso de los pacientes no se garantiza fundamentalmente por los procedimientos propios del sistema. La explicación pudiera estar en el bajo nivel de acceso que los Médicos de Familia de esta área tienen a los hospitales para la solución de los problemas de salud de sus pacientes (fig. 3), lo cual a nuestro juicio se deriva de una organización inadecuada de los servicios hospitalarios en función de satisfacer las necesidades de las áreas de salud con las cuales deben interrelacionarse. Son evidentes las limitaciones que existen para la indicación, por parte los Médicos de Familia, de rayos X, tanto en el policlínico como en el hospi-

tal, o de ultrasonidos en el caso de los hospitales.

No existe una comunicación efectiva entre las instituciones de ambos niveles de atención que posibilite el uso óptimo de los recursos disponibles, los cuales aunque limitados, no deben ser exclusivos para el nivel secundario de atención. Cualquier persona que en un contacto con el Médico de Familia perciba las limitaciones que (oficialmente) tiene la solución de su problema concreto, difícilmente acudirá de nuevo a él para solucionarlo. Esto puede favorecer el hecho de que médicos y pacientes estén utilizando con frecuencia la vía de acceder al hospital a través de un trabajador de la salud conocido, buscando la inmediatez, la confianza, el compromiso personal con la atención médica que se solicita y la seguridad en la contrarreferencia, que por la falta de una adecuada regionalización no se está garantizando.

Si asumimos que "una atención efectiva depende principalmente de la continuidad y de la comprensión global del paciente en su contexto, a partir de una estrecha vinculación hospital-Médico de Familia",⁴ es fácil advertir que la eficacia en la comunicación para el logro de este objetivo resulta crucial, ya que en este proceso intervienen las relaciones entre los profesionales y entre las instituciones de ambos niveles de atención.

Conclusiones

El principio de la atención continuada a los pacientes en esta área no se cumple según lo establecido. El acceso de la pobla-

ción a los servicios del policlínico se ve objetivamente facilitado; sin embargo, la regionalización de los servicios entre los niveles primario y secundario presenta dificultades apreciables, la más relevante identificada fue la baja accesibilidad de los Médicos de Familia a los servicios de los hospitales base.

La accesibilidad de la población al sistema (en última instancia) estuvo garantizada, pero este proceso no tiene lugar según lo establecido, porque el acceso de los pacientes a la atención secundaria, en su inmensa mayoría, se garantizó por mecanismos colaterales, mientras que el papel de la atención primaria en este sentido fue marginado.

Recomendaciones

Partiendo del hospital deben establecerse nuevos y mejores vínculos de trabajo con las áreas de salud, definir los mecanismos para la remisión y recepción de pacientes, e incorporar un modelo único para la transferencia de pacientes a través del sistema de salud que garantice una comunicación mucho más efectiva y asegure el cumplimiento del principio de la atención continuada a los pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a los doctores María Elena Astraín Rodríguez, Nereyda Rojo López, Eduardo Vergara Fabián, Aidelis Hernández Pérez y a todos aquellos que brindaron su colaboración para realizar este trabajo.

SUMMARY: In order to identify the most significant experiences of the population concerning the continuing attention to the patients and to know the criteria of the primary health care professionals in relation to the role they played in the process of patient referral and to the support they received (for their management) from other units with which they are interrelated, a descriptive

and retrospective study was conducted in the health area of Plaza de la Revolución, in Havana City. A survey was done to know the criteria of the family physicians and of the population receiving the medical services. Our universe was composed of 32 physicians who worked at the polyclinic and attended the population living in the area and of all the families (5 895) from this health area that received the medical services. A two-stage cluster sampling was performed by selecting the family physician's offices with a probability proportional to the number of families and by systematic selection of families within the family physician's office (196 in total). It was observed that though the access of the population to the services of the polyclinic is acceptable, the health care delivery by regions at the primary and secondary levels have considerable difficulties. It was also proved that in spite of the fact that most of the patients had access to secondary health care by collateral mechanisms, the accessibility of the population to the system was guaranteed.

Subject headings: PRIMARY HEALTH CARE/methods; SECONDARY HEALTH CARE/methods; PHYSICIANS, FAMILY; REFERRAL AND CONSULTATION; HEALTH CARE SURVEYS; QUALITY OF HEALTH CARE; PROGRESSIVE CARE PATIENT; INTERINSTITUTIONAL RELATIONS/methods; COMMUNITY-INSTITUTIONAL RELATIONS.

Referencias bibliográficas

1. Sansó F. Una interrelación efectiva: el gran reto para funcionar como sistema. *Rev Cubana Med Gen Interg* 1999;15(1):5-6.
2. Sansó F, Silva LC, Suárez J. Aspectos formativos del médico de familia y su relación con el policlínico y el hospital. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15(4):357-63.
3. Ramos BN. Egresos hospitalarios en la población del municipio "Plaza de la Revolución". *Rev Cubana Salud Pública* 1995;21(1):19-26.
4. Turabian JL. Cuadernos de medicina familiar y comunitaria, una introducción a los principios de medicina de familia Madrid: Díaz de Santos, 1995.

Recibido: 25 de septiembre del 2000. Aprobado: 6 de noviembre del 2000.

Dr. Félix J. Sansó Soberats. Mariano No. 415 e/ Lombillo y Piñera, municipio Cerro, Ciudad de La Habana, Cuba.