

Sistema de referencia-contrarreferencia entre el segundo y el tercer nivel de salud en una red hospitalaria pediátrica en el conurbano bonaerense

Referral and consultation system between second and third level of assistance in a pediatric hospital network

Dr. Pablo García Munitis^a, Dr. Maximiliano de Abreu^b, Dra. Laura Antoniotti^b, Lic. Mercedes Guillén^c, Lic. Matías Said^c, Dr. César Montali^a, Dra. Natalia Arrospide^a, Dr. Guillermo Barbero^a, Dr. Diego Cerrudo^e, Lic. Estela Parodi^d, Cinthia Amato^e y Dr. Marcelo Pereira^a

RESUMEN

Introducción. El Hospital El Cruce es un centro de alta complejidad de una red asistencial que funciona desde julio de 2008 y abarca centros sanitarios de cinco municipios del conurbano sur bonaerense.

El objetivo del estudio fue describir el sistema de referencia y contrarreferencia a la unidad de cuidados intermedios pediátricos del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce, y secundariamente identificar los puntos críticos que podrían conspirar contra la consolidación de la red y analizar el nivel de autoconocimiento sobre ésta.

Población y métodos. Estudio observacional, prospectivo, realizado en la unidad de cuidados intermedios pediátricos del Hospital El Cruce, entre julio de 2008 y diciembre de 2010. Se analizaron los indicadores vinculados al ingreso y egreso del paciente. Se realizó una encuesta a todos los jefes de servicios pediátricos de la red para evaluar el nivel de conocimiento sobre ésta. **Resultados.** Se internaron 1677 pacientes; 83,9% fueron derivados desde la red. Se aceptaron 71,1% de las derivaciones solicitadas. El 9,4% (156 pacientes) fueron contrarreferidos al centro de origen.

En la encuesta, 70% de las respuestas de los jefes de servicios pediátricos expresaron desconocimiento del menú prestacional de la red. **Conclusiones.** El intercambio asistencial se basó predominantemente en la aceptación de pacientes derivados desde centros de segundo nivel de atención hacia el Hospital El Cruce y escasa contrarreferencia hacia los centros derivadores, con una dinámica de funcionamiento radiada. Hubo escaso conocimiento de la disponibilidad de prestaciones de la red.

Palabras clave: referencia, continuidad asistencial, centros de tercer nivel de complejidad, redes integrales de salud.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.405>

INTRODUCCIÓN

El funcionamiento en red de un sistema de salud apunta a mejorar la

eficiencia de los servicios a través de un enfoque integrado de cuidados, y constituye un modelo asistencial novedoso que implica el desafío de superar la fragmentación de la atención mediante la coordinación asistencial.^{1,2}

Las redes de salud tienden a la asociación entre centros asistenciales, lo que da lugar a un nivel de eficiencia y cooperación al que difícilmente se podría acceder por otros mecanismos. Esto implica una construcción que atraviesa espacios institucionales y personales, comienza con el conocimiento de los involucrados y del camino que transitan los pacientes cuando ingresan en la red, y requiere una compleja coordinación asistencial. Esta última ha sido evaluada hasta el momento mediante diversas estrategias e instrumentos, y su optimización es una prioridad para los sistemas de salud.¹⁻⁴

Históricamente la atención de salud en el sudeste del conurbano bonaerense se modeló en torno a los hospitales de segundo nivel de complejidad, lo que generó la necesidad de incorporar un hospital que pudiera cubrir las crecientes demandas de alta complejidad. En junio de 2008, comenzó a funcionar el Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce (HEC), basado en un concepto de trabajo coordinado entre las capacidades de los hospitales de la zona y el HEC, desde una lógica de actuación en red,

- Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos.
- Área de Investigación.
- Área de Planificación Estratégica.
- Área de Estadística.
- Área Gestión de Pacientes.

Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner.

Correspondencia:
Dr. Pablo García Munitis: pgarciam9@gmail.com

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 18-12-2012
Aceptado: 27-3-2013

complementaria entre los distintos servicios. El HEC está ubicado equidistante del resto de los hospitales de segundo nivel (Hospitales: Mi Pueblo, de Florencio Varela; Evita Pueblo, de Berazategui; Dr. Iriarte, de Quilmes; Dr. Oller, de Solano; Dr. Oñativia, de Almirante Brown, y Dr. Lucio Meléndez, de Adrogué) de una zona que abarca cinco municipios y en la que viven aproximadamente 1 800 000 habitantes, de los cuales alrededor de una tercera parte corresponden a la edad pediátrica.⁴

El HEC se incorpora a un sistema de salud nacional segmentado, en el que coexisten tres subsectores: público, privado y seguridad social, distribuidos en 24 sistemas sanitarios (de las 23 provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), y en el que la demanda de atención de la mayoría no puede ser satisfecha y la inequidad en el acceso a los servicios de salud de parte de la población es una característica determinante.^{5,6} Constituye una experiencia innovadora en la región, pensada como parte de una red de atención sanitaria pública, conformada por los hospitales de segundo nivel antes mencionados dependientes de estructuras provinciales, y 153 centros de atención primaria que responden a administraciones municipales.⁴

La creación del servicio de pediatría en el HEC tuvo como objetivo primordial resolver la atención de los niños con enfermedades críticas o complejas de la región. El servicio de internación pediátrica está compuesto por la unidad de terapia intensiva pediátrica (UTIP) y la unidad de cuidados intermedios pediátricos (UCIP). La UCIP fue inaugurada en julio de 2008, con el objetivo principal de recibir a pacientes de la UTIP, con 10 camas habilitadas, y alcanzó pleno funcionamiento en marzo de 2009 con 20 camas disponibles.

La UCIP asiste a pacientes con patologías que no pueden ser resueltas en el primero y segundo nivel de atención del área de influencia, con gran diversidad de diagnósticos de egreso, consecuencia de la disponibilidad de terapia intensiva pediátrica (UTIP) y determinadas subespecialidades pediátricas (cardiología, cirugía cardiovascular, neurocirugía, infectología, endoscopia, nefrología, neurología, oncología, ortopedia y cirugía general).

El área de influencia del HEC ha iniciado un proceso de construcción de red y de pertenencia a ella. El HEC aspira a una gestión orientada a la búsqueda permanente de mejoras asistenciales y organizativas. Como primer paso, resulta

necesario conocer aspectos vinculados al intercambio asistencial y la integración entre los centros que conforman la red para desarrollar políticas comunes y consenso de las diferentes responsabilidades y metas por alcanzar.^{2,4}

OBJETIVOS

El objetivo principal fue describir el sistema de referencia y contrarreferencia de la UCIP del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce.

Los objetivos secundarios fueron identificar los puntos críticos en el proceso de referencia y contrarreferencia que podrían atentar contra la consolidación de la red, y analizar el conocimiento de la red pediátrica por parte de los jefes de los servicios que la integran.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Diseño: estudio observacional y prospectivo realizado en la UCIP del HEC, desde julio de 2008 hasta diciembre de 2010.

Se utilizó una historia clínica informatizada como herramienta para registro, resguardo y recupero de los datos generados en los procesos asistenciales, que está en funcionamiento desde el momento de inicio de las actividades del hospital.

Se contó con el apoyo de los servicios de Gestión de Pacientes, Sistemas y Estadística. Se buscó información acerca de las derivaciones ocurridas entre otros centros de menor nivel de complejidad.

Al inicio del funcionamiento del servicio de pediatría en el HEC la red no contaba con indicadores de estructura: guías de práctica clínica compartida, mapas de atención, modelo de historia clínica única, formulario universal para los registros médicos de referencia/contrarreferencia/alta de pacientes, "menú de prestaciones pediátrico" disponible que incluya todos los efectores de la red y los criterios para la admisión, contrarreferencia y alta de pacientes en la UCIP.

Población: se incluyeron todos los registros de pacientes de entre 1 mes y 18 años internados en la UCIP. Se obtuvieron datos filiatorios, de diagnóstico (CIE10), origen de los pacientes y condición de egreso (los pacientes fueron dados de alta o contrarreferidos al hospital de origen).

Para el análisis del intercambio asistencial de la UCIP se evaluaron indicadores vinculados al ingreso y egreso de los pacientes, elaborados a los fines de este estudio.

Ingresos: se determinaron los porcentajes de referencias (derivaciones) aceptadas respecto del

total de solicitadas, y el origen de los ingresos en la UCIP (sector y establecimiento de procedencia).

Egresos de la UCIP: se evaluaron las siguientes variables:

- Condición (alta o contrarreferencia).
- Porcentaje de contrarreferencias respecto del total de referencias, por unidad de tiempo.
- Porcentaje de contrarreferencias recibidas en los hospitales de origen respecto de las solicitadas.
- Porcentaje de contrarreferencias según el hospital de origen.
- Porcentaje de referencias/contrarreferencias según la procedencia (red/extra-red).
- Porcentaje de referencias/contrarreferencias entre otros centros de la red.

Análisis de conocimiento de la red: para complementar el análisis de puntos claves del funcionamiento de la red, en 2010 se evaluó el "autoconocimiento" de la red pediátrica mediante una encuesta *ad hoc* a todos los jefes de servicio de pediatría de los seis hospitales que integran la red y el HEC (véase el Anexo en formato electrónico).

La encuesta incluyó preguntas acerca del conocimiento del "Menú de prestaciones de la red pediátrica" (disponibilidad de subespecialidades pediátricas para la atención de pacientes en la red) con opciones de respuestas categóricas (sí/no/no sabe). Cada uno de los jefes de servicio encuestados debió responder sobre un total de 24 opciones de subespecialidad para cada uno de los siete hospitales, incluido el suyo. Las respuestas que cada jefe dio sobre su hospital se tomaron como referencia.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se expresaron como números y porcentajes, y se compararon mediante tablas de contingencia. La evolución temporal (por año) de los indicadores se evaluó con la χ^2 de tendencia.

La descripción estadística y los análisis se realizaron con el programa Epi-Info 3.5.1.

El protocolo fue aprobado por el Comité Asesor Científico y el Comité de Ética en Investigación del HEC.

RESULTADOS

Durante el período julio de 2008 a diciembre de 2010 se internaron en la UCIP 1677 pacientes. El porcentaje de ocupación de camas fue de 26% en 2008, 65% en 2009 y 70% en 2010, con un giro cama de 10, 41 y 39 para iguales períodos.

Ingreso y egreso de pacientes

De los 1677 pacientes ingresados en la UCIP, 1053 (62,8%) lo hicieron desde otros hospitales, con una tendencia temporal en aumento para los períodos 2008-2009-2010 (p de tendencia $<0,00001$) (Tabla 1).

El 71% de las derivaciones solicitadas a la UCIP fueron aceptadas (895/1258). Considerando las referencias solicitadas desde otros hospitales, en los años 2008, 2009 y 2010 se recibieron 18/25 (72%), 323/438 (73,7%) y 554/795 (69,7%) respectivamente (p de tendencia= 0,16).

Los datos referidos en el ingreso de los pacientes en la UCIP durante el período 2008-2010 según establecimiento de procedencia se muestran en la Tabla 2.

Desde la apertura del servicio se observó un incremento significativo de las derivaciones desde fuera de la red (2,3; 18,5 y 16,3%; p de tendencia =0,03) y un descenso relativo, no significativo aunque limítrofe, de las derivaciones desde hospitales de la red (53,1; 47,8 y 44,9% para los años 2008, 2009 y 2010 respectivamente; p de tendencia= 0,06).

Egresaron de la UCIP 1669 pacientes, de los cuales 156 (9,4%) fueron contrarreferidos. Se efectivizaron el 71,2% de las contrarreferencias solicitadas (156/219). La proporción de pacientes

TABLA 1. Ingreso de pacientes en la UCIP (período 2008-2010)*

	2008 n (%)	2009 n (%)	2010 n (%)
Ambulatorios o derivados de otros hospitales	18 (13,8)	323 (48,8)	554 (62,6)
De UTIP HEC	110 (84,6)	310 (46,8)	305 (34,5)
De otros sectores del HEC**	2 (1,6)	29 (4,4)	26 (2,9)
Total general	130	662	885

* Ingresos de pacientes en la UCIP según el lugar desde donde fueron derivados.

** Hospital de Día, Emergencias, otros servicios de internación.

HEC: Hospital El Cruce.

UCIP: unidad de cuidados intermedios pediátricos.

UTIP: unidad de terapia intensiva pediátrica.

contrarreferidos disminuyó después del primer año (Tabla 3).

La condición de egreso según el establecimiento de origen en el período 2008-2010 se detalla en la Tabla 4.

No hubo diferencias significativas en la

cantidad de pacientes contrarreferidos entre los procedentes desde hospitales de la red o extra-red ($p=0,56$) (Tabla 4).

Los diagnósticos de egreso, según la CIE10, y los porcentajes de contrarreferencia según el diagnóstico se muestran en la Tabla 5.

TABLA 2. Ingreso de pacientes en la UCIP (período 2008-2010) según el establecimiento de procedencia*

Procedencia	2008-2010 n (%)
Establecimientos extra-red	270 (16,1)
HEC	624 (37,2)
Hospitales de la red	783 (46,7)
Hospital Zonal de Agudos Mi Pueblo	279 (35,6)**
Hospital Zonal General de Agudos Evita Pueblo	169 (21,6)**
Hospital Zonal General de Agudos Dr. Isidoro Iriarte	141 (18)**
Hospital Subzonal Especializado Materno Infantil Dr. Oller	103 (13,2)**
Hospital Zonal General Dr. Arturo Oñativia	69 (8,8)**
Hospital Zonal General de Agudos Dr. Lucio Meléndez	22 (2,8)**
Total general	1677

*Se muestra el establecimiento que solicitó la internación de cada uno de los 1677 pacientes. Independientemente de que hayan ingresado en primer lugar a UCIP, a UTIP o a otro sector, esa internación fue solicitada por un profesional del Hospital El Cruce, de un establecimiento de la red o fuera de la red.

** Expresa el porcentaje de ingresos en relación con el total de ingreso de hospitales de la red.

HEC: Hospital El Cruce.

UCIP: unidad de cuidados intermedios pediátricos.

TABLA 3. Egreso de pacientes de la UCIP según su condición (período 2008-2010)

Destino	2008	2009	2010
Alta	68 (55,7)	621 (94,5)	824 (92,6)
Contrarreferencia	54 (44,3)	36 (5,5)	66 (7,4)
Total general	122	657	890

UCIP: unidad de cuidados intermedios pediátricos.

TABLA 4. Condición de egreso según el establecimiento de origen (período 2008-2010)

Establecimiento de origen	Altas n (%)	Contrarreferencias n (%)
Establecimientos extra-red	286 (89)	34 (11)
HEC	588 (94)	36 (6)
Hospitales de la red	639 (88)	86 (12)
Hospital Subzonal Especializado Materno Infantil Dr. Oller	99 (91)	10 (9)
Hospital Zonal de Agudos Mi Pueblo	243 (88)	33 (12)
Hospital Zonal General de Agudos Dr. Isidoro Iriarte	128 (87)	19 (13)
Hospital Zonal General de Agudos Dr. Lucio Meléndez	14 (64)	8 (36)
Hospital Zonal General de Agudos Evita Pueblo	153 (91)	16 (9)
Hospital Zonal General Dr. Arturo Oñativia	2 (100)	0
Total general	1513 (91)	156 (9)

HEC: Hospital El Cruce.

No se constataron durante el tiempo del estudio derivaciones pediátricas entre otros centros que componen la red.

Conocimiento de recursos asistenciales de la red pediátrica: los siete jefes de servicio de pediatría respondieron la encuesta en forma completa. En el análisis global, el 61,5% de las respuestas fueron "no sabe" y el 8,5% fueron incorrectas. El nivel de conocimiento sobre la disponibilidad de recursos asistenciales de todos los centros alcanzó un 30% de respuestas correctas. Cuando se evaluó específicamente el nivel de conocimiento de los establecimientos de segundo nivel acerca de la disponibilidad de recursos asistenciales en el HEC (único establecimiento de tercer nivel de la red), hubo 63,8% de respuestas correctas, 16,6% de incorrectas y 19,4% con la opción "no sabe". Los jefes de servicio de los centros de segundo nivel mostraron mayor conocimiento sobre el menú prestacional del HEC que del resto de los centros de la red (Tabla 6).

DISCUSIÓN

Los cuidados intermedios pediátricos se han desarrollado para asistir a los pacientes que requieren un nivel más alto de cuidados que los pacientes admitidos en salas de internación general, pero sin necesidad de monitoreo invasivo.⁷ Es una alternativa costo-eficaz frente al ingreso en terapia intensiva, y mejora la eficiencia de los cuidados.

El objetivo principal de la creación de la UCIP fue cumplido, desarrollando un servicio que permitió el pase y la descomplejización de pacientes de la UTIP aunque la mayoría de los pacientes ingresaron sin requerir internación previa en la UTIP.

La incorporación del HEC al sistema de salud pública puso en evidencia una demanda preexistente de alta complejidad insatisfecha, tanto dentro como fuera de la red. La demanda preexistente extra-red quedó demostrada por el aumento proporcional progresivo en los ingresos

TABLA 5. Diagnóstico de egreso según la CIE 10 y porcentaje de contrarreferencia según el diagnóstico (período 2008-2010)

Diagnóstico	Altas n (%)	Contrarreferencias n (%)
Enfermedades respiratorias	470 (87,3)	68 (12,7)
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	229 (96)	10 (4)
Enfermedades del sistema digestivo	178 (95,7)	9 (5)
Enfermedades infecciosas y parasitarias	139 (92,6)	12 (8)
Enfermedades del sistema nervioso	102 (91)	12 (10,5)
Malformaciones congénita, deformidades y anomalías cromosómicas	84 (96,5)	3 (3,5)
Tumores	57 (98,2)	1 (0,8)
Otros	254 (86)	41 (14)
Total general	1513	156

TABLA 6. Conocimiento de recursos asistenciales por los jefes de servicio de hospitales de la red

	Correctas (%)	Incorrectas (%)	Opción no sabe (%)
Jefe Hospital 1	50	12,5	36
Jefe Hospital 2	35	6,9	57,6
Jefe Hospital 3	31,2	8,3	60,4
Jefe Hospital 4	19,4	8,3	72,2
Jefe Hospital 5	24,3	8,3	67,3
Jefe Hospital 6	25	9,7	65,2
Jefe Hospital 7	25	5,5	69,4
Promedio general	30	8,5	61,5

provenientes de hospitales que no pertenecen formalmente a la red, y la demanda de la red, por la necesidad de la utilización de la UCIP como área médica de derivación de pacientes de otros hospitales de la red y no solo para la transferencia de pacientes desde la UTIP.

Se detectaron como puntos críticos para la consolidación de la red la baja contrarreferencia y modalidad radiada, y el bajo nivel de autoconocimiento de los integrantes de la red.

El bajo porcentaje de pacientes contrarreferidos genera una sobreocupación de camas en el nivel de mayor complejidad por patologías que pueden ser resueltas en un nivel anterior. A su vez, la contrarreferencia de pacientes se realizó en todos los casos al mismo centro derivador, lo que muestra un funcionamiento de tipo "radiado", sin vinculación entre los hospitales de otro nivel asistencial.

Las razones de la "no contrarreferencia" podrían explicarse por: negativa de los pacientes, dificultades relativas al centro de origen, al HEC o a la red. En un estudio previo acerca de la estructura y las motivaciones de la demanda al Hospital Garrahan, que podría aplicarse a nuestro estudio, Varone y cols. concluyen que existe una tendencia por parte de los padres a considerar de mayor gravedad las enfermedades de sus hijos que la estimada por el juicio médico como para justificar la permanencia en un centro de mayor complejidad, y que en casi la mitad de los casos existía disconformidad con la atención previa.⁸ Los hospitales de la red pertenecientes al segundo nivel de atención, en algunas ocasiones, no disponen de camas para recibir la contrarreferencia de pacientes que transfirieron al HEC. Una adecuada contrarreferencia constituye un factor clave en la retroalimentación entre los servicios, y requiere un esfuerzo extra para que se haga efectiva, lo que en ocasiones no se cumple por la alta presión asistencial o la baja pertenencia de red del personal.^{2,9} A veces, la falta de disponibilidad de una ambulancia para el traslado de los pacientes obstaculiza la contrarreferencia.

La ausencia de derivaciones entre otros hospitales confirma el funcionamiento radiado de la red, sin interacción entre los hospitales de menor complejidad.

El conocimiento del "otro" en la red pediátrica resultó, en general, muy bajo y de estructuración piramidal, no multicéntrica, en torno al centro de mayor complejidad. Según Rovere,² existen diferentes niveles en el proceso de construcción

de redes, cuyo conocimiento sirve para organizar y monitorear los grados de profundidad de una red. Estos niveles son: reconocimiento (aceptación del otro), conocimiento (necesitar conocimiento del otro), colaboración (co-laborar: trabajar con), cooperación (operación conjunta) y asociación (compartir recursos). Trabajar en el "conocimiento" es clave para consolidar la red. El trabajo en red no funciona por sí solo sino como producto de iniciativas, acuerdos o discrepancias posibles de ser llevadas a la práctica.^{1-3,10} Es una acción cotidiana que atraviesa tanto los espacios institucionales como los personales. Rovere destaca la baja pertenencia de red del personal de salud, y la ausencia de espacios intermedios de articulación y negociación como principales obstáculos en la construcción de redes.²

Otro aspecto para considerar es que la breve trayectoria de la red y el carácter innovador de la propuesta de un sistema de atención integral en red en nuestro país podrían explicar las limitaciones observadas en su funcionamiento operativo. Si bien sabemos que el concepto de trabajo en red implica varios aspectos más allá de la referencia y contrarreferencia, como gestión clínica, territorial y gobernanza, no podemos desconocer que la enunciación de la Red El Cruce implica una concepción, al menos teórica, de atención en red. El concepto fundador de "hospital en red" implica la idea de un trabajo coordinado y complementario entre efectores de salud de una misma región, aunque exista una brecha entre lo enunciado y lo que se objetiva como realidad.

Sobre la base de los datos del estudio y de aspectos teóricos que sustentan la construcción de una red integrada de servicios de salud, consideramos que las intervenciones inmediatas podrían ser:

- La creación de un organismo coordinador y de monitoreo del funcionamiento de la red pediátrica.
- El establecimiento de un "menú de prestaciones pediátrico" disponible que incluya todos los efectores de la red.
- La definición de criterios para la admisión, contrarreferencia y alta de pacientes en la UCIP.
- La creación de un formulario universal para los registros médicos de referencia/contrarreferencia/alta de pacientes pediátricos dentro de la red.

En los últimos años, el HEC comenzó un trabajo orientado a consolidar la red, tanto a nivel del servicio de pediatría como desde la dirección

hospitalaria. Se iniciaron acciones tendientes a mejorar el nivel de conocimiento e interacción entre los servicios pediátricos de la red, como reuniones periódicas entre los jefes de servicios pediátricos, elaboración de guías de práctica clínica compartidas, formulario universal de referencia/contrarreferencia, consenso sobre criterios de admisión y egreso de pacientes a la UCIP. También se iniciaron actividades de capacitación dirigidas a la red. El HEC amplió las acciones en la oficina de Gestión de Pacientes orientadas a profundizar el intercambio entre los efectores, e inició gestiones en distintos niveles de decisión política y sanitaria para consolidar el funcionamiento efectivo de la red. Los resultados de estas intervenciones aún no han sido evaluados.

En una de las escasas experiencias publicadas sobre sistemas de atención en red, comparable con lo descrito en nuestro estudio, Maceira⁶ identificó, como principales debilidades en las redes de servicios de salud, la falta de nominalización de la población; desigual utilización de mecanismos de referencia/contrarreferencia; falta de planificación y gestión de recursos humanos; ineficiente distribución de los recursos humanos y equipamiento; diversidad de mecanismos de financiamiento que genera heterogeneidad en la calidad de los servicios prestados, en los incentivos del personal y en la autonomía de los directores de los hospitales para tomar decisiones, y falta de coordinación a nivel de red.

Otras experiencias descritas muestran principalmente el inadecuado uso de los recursos por la atención de problemas factibles de ser resueltos en un nivel de complejidad menor, el desconocimiento del funcionamiento de la red y problemas con la continuidad de la información.^{6-8,10-14}

CONCLUSIONES

El intercambio asistencial de la red se basó predominantemente en la aceptación de derivaciones por parte de la alta complejidad y escasa contrarreferencia hacia centros derivadores. La dinámica de funcionamiento fue radiada entre los centros de segundo nivel y el HEC. Hubo escaso conocimiento de la disponibilidad de prestaciones de la red. ■

Glosario

Proceso de referencia/contrarreferencia: se define como referencia la derivación de pacientes desde un establecimiento de menor capacidad resolutoria hacia otro de mayor complejidad de asistencia, y como contrarreferencia, la derivación de los pacientes en sentido inverso.^{3,10}

BIBLIOGRAFÍA

1. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC: OPS; 2010.
2. Rovere, M. Redes en salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Ed: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte; 1999.
3. Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit* 2006;20:485-95.
4. Plan Estratégico 2009-2012 Hospital El Cruce, Alta Complejidad en Red. Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina: s.n. 2009-2012.
5. Terris M. Tres sistemas mundiales de atención médica. Cuadernos Médico-sociales N° 14, agosto 1980. Traducido de: World Health Forum (OMS, Ginebra) 1980;1(1 y 2):76-86.
6. Maceira D. Cómo fortalecer las redes de servicios de salud. El caso de Salta. *Revista del ITAES* 2011;13(2).
7. Jaimovich D, and the Committee on Hospital Care and Section on Critical Care, Guidance for Clinical Rendering Pediatric Care, Admission and Discharge Guidelines for the Pediatric Patient Requiring Intermediate Care, American Academy of Pediatrics. *Pediatrics* 2004;113:1430-3.
8. Varone G, Dussel V, Bisigniano L, Hidalgo S, et al. Estudio de la estructura y motivaciones de la demanda espontánea al Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". *Arch Argent Pediatr* 1990;88:232-8.
9. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003;327:1219-21.
10. Snow V, Beck D, Budnitz T, Miller DC, et al. Transitions of care consensus policy statement: American College of Physicians, Society of General Internal Medicine, Society of Hospital Emergency Physicians, and Society for Academic Emergency Medicine. *J Hosp Med* 2009;4(6):364-70.
11. Pardo L, Zabala C, Gutiérrez S, Pastorini J, et al. Sistema de referencia-contrarreferencia en pediatría, Análisis de la situación en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Rev Med Uruguay* 2008;24:69-82.
12. Sansó Soberats F. Propuesta de modelo de referencia y contrarreferencia en el Sistema de Salud Cubano. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15:613-20.
13. López R, Gallego Machado B, Díaz Novás J. Formato recomendable para llenar la hoja de remisión médica de un paciente. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2006;22(2).
14. Kripalani S, LeFevre F, Phillips ChO. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: Implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007;297:831-41.

	El Cruce			Iriarte			Mi Pueblo			Evita Pueblo			Oller			Adrogué			Oñativia			
	Sí	No	Ns	Sí	No	Ns	Sí	No	Ns	Sí	No	Ns	Sí	No	Ns	Sí	No	Ns	Sí	No	Ns	
Cirugía infantil																						
Oftalmología infantil																						
Fonoaudiología																						
Psicología																						
Nutrición (licenciada)																						
Kinesiología																						
Terapia ocupacional																						
Rehabilitación																						
Genética																						
Reumatología infantil																						
Ortopedia infantil																						
Infectología infantil																						
Endocrinología infantil																						
ORL																						
Plástica																						
Maxilofacial																						
Otras																						

5. Señale con una cruz el enunciado que considere correcto:

a. Respecto a la “contrarreferencia” de pacientes provenientes del Hospital El Cruce:

	Siempre	A veces	De vez en cuando	Nunca
Se realizan en el momento oportuno				
Los resúmenes enviados son claros y concretos				
Las comunicaciones médico-médico interhospitalarias son fluidas				

b. Con respecto a la “referencia” de pacientes hacia el Hospital El Cruce:

	Siempre	A veces	De vez en cuando	Nunca
Se realizan en el momento oportuno				
Las comunicaciones médico-médico interhospitalarias son fluidas				

