

Artículos

Optimización del Sistema de Referencia de Turnos entre niveles de Atención de la Salud

Marín, Gustavo H. *; Silverman, Martín S. **; Homar, Cecilia. ***

La falla en la comunicación entre los niveles de atención de la salud es una problemática que impacta negativamente tanto en las personas como en Sistema de Salud y amerita propuestas destinadas a su solución.

Objetivo: Optimizar la comunicación entre Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y su Hospital de referencia.

Material y métodos: Estudio de intervención con evaluación transversal pre y post implementación de un modelo de comunicación entre niveles de atención alternativo. Variables: tiempo, distancia recorrida y costos para obtención de turnos hospitalarios. Implementación: Se instaló un sistema de comunicación entre niveles mediante correo electrónico, con monitoreo e intervención periódica sobre las fallas a cargo del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Resultados: Reducción en tiempo y distancia de traslado hacia el hospital en 7.4 horas/paciente y 8.82 Kilómetros/paciente respectivamente. Los costos para la obtención de turnos hospitalarios disminuyeron de USD 3.9 a USD 0.004 por paciente.

Conclusión: Optimizando la comunicación entre el primer y segundo nivel de atención, se logró mejorar la calidad del Sistema de Salud.

Palabras Claves: Niveles de atención, accesibilidad, Calidad.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) promueve un Sistema de Salud en el cual las personas no solo accedan a la atención médica sino a una red en la cual los distintos componentes actúen articuladamente en función de las necesidades de los destinatarios (1). No obstante estas recomendaciones, en la mayor parte de los países de Latinoamérica, el primer nivel de atención se encuentra desarticulado de la mayor complejidad (2).

Por otro lado, en Argentina, el Consejo Federal de Salud en conjunto con el Ministerio de Salud de la Nación proponen como uno de los objetivos primordiales, el diseño de un nuevo modelo sanitario basado en la construcción de redes de atención y reconociendo su base principal en la estrategia de atención primaria (3). Sin embargo, en la provincia de Buenos Aires, lugar donde habita el 40% de los argentinos, existe aún una desarticulación entre los centros de atención primaria de la Salud (CAPS) y los Hospitales de mayor complejidad.

Los hospitales son vistos por la población como mejor dotados para la solución de sus problemas, razón por la cual, frecuentemente evita consultar en los CAPS que se encuentran cerca de su domicilio, para acudir directamente a los hospitales. Esto motiva un recorrido innecesario de grandes distancias, saturación de los servicios hospitalarios, demora en la consulta y deterioro en la calidad de atención. Sumado a esto, se observa un incremento de los costos de la atención médica al aumentar el gasto de bolsillo de los pacientes que se trasladan innecesariamente hasta el hospital, en la sobrecarga de los nosocomios y en la sobreutilización de un sistema preparado para recibir mayor complejidad con un mayor costo de operatividad asistiendo patologías simples.

Resulta necesario pues, incorporar al paradigma de la Atención Primaria de la Salud, el concepto de redes integradas de salud de complejidad creciente (4). Para ello es requisito indispensable disponer de sistemas de comunicación que hagan efectivo y eficiente este trabajo en red, incorporando tecnologías que faciliten la gestión y mejoren la información.

El siguiente trabajo tiene como propósito, la optimización de un sistema comunicación en red entre el primer y segundo nivel de atención que redunde en una importante disminución de los costos por parte del paciente y por parte del sistema; mejorando a la vez la calidad de atención de los usuarios del sistema de salud (5).

(*) Marín, Gustavo H: Dr. en Medicina, Magister en Economía de la Salud y Magister en Salud Pública.

(**) Silverman, Martín S.: Médico, Magister en Salud Pública.

(***) Homar, Cecilia: Médico

Institución: Dirección de Atención Primaria de la Salud - Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Calle 51 N° 1120. 5° piso of. 502. - C.P. 1900. La Plata - Argentina. Tel/Fax: 0054- 221-4292736 - Mail: atprimaria@ms.gba.gov.ar

Financiación: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño. Tipo de estudio y diseño general

Se define como un diseño de intervención con evaluación ex ante y ex post.

El diseño del trabajo constó de tres etapas bien definidas:

1- Fase descriptivo/analítica: se realizó un estudio de corte transversal descriptivo/analítico y de evaluación de las unidades de análisis y de la población usuaria del servicio de referencia contrarreferencia para establecer la línea de base o las condiciones previas a la implementación.

2- Fase de Implementación de la intervención.

3- Fase de evaluación: luego de 12 meses de puesta en marcha la intervención, se realizó una evaluación mediante un nuevo estudio de corte transversal destinado a medir las mismas variables en la línea de base.

Identificación de las variables

Variables descriptivas

Calidad de la red (6): Medida según las siguientes dimensiones:

Estructura, cuyos indicadores son los recursos humanos, recursos físicos, los insumos, y la organización con énfasis en el proceso de derivación y comunicación.

Procesos, la referencia y contrarreferencia; que se evalúa mediante la calidad y cantidad de consultas recibidas en ambos niveles de atención, la adecuación de los problemas de salud referenciados al segundo nivel, sus pasos, los inconvenientes y las referencias no concretadas.

Variables de implementación:

Barreras de accesibilidad a la atención (7)

- Costo: dinero que gasta el paciente en concepto de transporte utilizado, desde que sale de su casa hasta que consigue el turno.

- Tiempo: medido desde que el paciente sale de su casa hasta que consigue el turno en el servicio de referencia.

- Distancia recorrida por el paciente desde que sale de su casa hasta que regresa a la misma con el turno requerido.

Recolección y análisis de los datos:

Se realizó una triangulación de metodologías cuanti y cualitativas para la recolección de los datos en relación a las variables de estructura y procesos. Esto fue realizado recogiendo información cuantitativa mediante encuestas semi-estructuradas analizadas estadísticamente. Los entrevistados fueron personal profesional y no profesional que se encuentra involucrado en los procesos de atención de la salud. En el primer nivel, se logró entrevistar a la totalidad de los agentes (68) de los Centros de Salud del municipio que refirieron referenciar pacientes al segundo nivel. Asimismo se entrevistó a profesionales de los 20

servicios hospitalarios que reciben a la mayor cantidad de pacientes referenciados desde el primer nivel.

A todos se les aplicó el cuestionario correspondiente a los fines de indagar acerca de la disponibilidad y correcta aplicación de la estructura y los procesos llevados a cabo para realizar la referencia-contrarreferencia

Intervención:

La intervención consistió en la utilización de un sistema de comunicación electrónico Home Mail (donados por la Fundación Telefónica) entre los responsables del proceso de atención en el primer y segundo nivel. El Home mail, es un dispositivo que se instala a la línea telefónica y se conecta a través de un servidor a Internet posibilitando tanto el envío, recepción y almacenamiento, como la impresión de mails.

- Primer nivel: se instaló la terminal de Home Mail en el centro de salud capacitando para su manejo al menos 2 responsables. Estas personas fueron las encargadas de redactar el mail con el pedido de referencia al segundo nivel (turnos, interconsultas, etc.), solicitados por los profesionales desde los CAPS.

Segundo nivel: el Hospital seleccionado centralizó los turnos de todos sus servicios en una oficina administrativa con un agente responsable capacitado que recibe diariamente los mails con la demanda solicitada desde el primer nivel y resuelve en consecuencia, otorgando los turnos correspondientes. Una vez resuelto el pedido, se envía el mail correspondiente al centro de salud con la respuesta, para ser comunicada a los pacientes. De todas las solicitudes realizadas y respuestas brindadas, queda registro centralizado, que permite monitoreo del sistema.

Actividades Realizadas:

- Selección al azar de un distrito de la provincia de Buenos Aires, resultando elegido el municipio de Berisso con 94.000 habitantes.

- Instalación del sistema de comunicación en todos los Centros de Salud del distrito.

- Capacitación del personal en el uso de la tecnología mediante un cursillo de tres sesiones.

- Convocatoria de los profesionales de salud de todo el municipio (Centros de Salud de APS y Hospital) para concientizar respecto a la necesidad de contar con un sistema de referencia y contrarreferencia que sirva de nexo entre los distintos niveles de atención de la salud.

- Monitoreo desde el nivel central (Dirección de Atención Primaria de la Salud del Ministerio de Salud), respecto al funcionamiento del sistema, y medidas correctivas diarias.

- Reuniones periódicas de profesionales y administrativos integrantes del sistema, a fin realizar evaluaciones participativas e implementar las modificaciones propuestas.

RESULTADOS

Evaluación basal

1 Estructura: Los indicadores de estructura de los efectores que componen la red mostró que la capacitación basal del personal para la

referencia y contrarreferencia de los pacientes con problemas de salud, se cumplía en un 33% en el primer nivel y en un 10% en el segundo (Tabla I).

INDICADORES DE ESTRUCTURA (%)	1º Nivel	2º Nivel
Existencia de una persona capacitada encargada del proceso	33.3%	10%
Existencia de los insumos necesarios para el proceso	100%	100%
Posibilidad de comunicación telefónica	100%	100%
Posibilidad de comunicación personal	33.3%	0%
Existencia de un mecanismo formal utilizado para la referencia	26%	12%
Existencia de un mecanismo informal utilizado con mayor frecuencia para la referencia (Nota)	54%	20%
Existencia de normas escritas conocidas	0%	0%

Evaluación inicial pre-intervención de estado de situación en el primer nivel y segundo nivel

En cambio los insumos y las posibilidades de comunicarse telefónicamente con el otro nivel, se cumplen en ambos casos en un 100%.

Según lo encuestado, no existen normas que regulen el proceso de referencia de pacientes de un nivel a otro; siendo el mecanismo más comúnmente utilizado la nota escrita.

Según los referentes claves entrevistados no existen mecanismos para organizar la demanda de pacientes en el primer nivel, ya que no existe en ninguna especialidad la modalidad de turnos programados, y la demanda se organiza día a día por orden de llegada.

Si bien se cuenta con teléfonos habilitados o sistemas de radio para comunicarse con los servicios de referencia, estos canales de comunicación, requieren de la presencia simultánea de ambos interlocutores. Por esta razón, solo 1/3 de los agentes logra comunicarse eficazmente cuando lo necesita.

2. Procesos: Consultas mensuales y porcentaje de pacientes

referenciados al segundo nivel.

Según se observa en la Tabla II, del total de las consultas mensuales a los Centros de salud relevados (7172), el 8.46% requirieron interconsultas a especialistas del segundo nivel y el 16.9% necesitó realizarse estudios complementarios. El primer nivel resolvió en forma autónoma casi el 74.86% del total de las consultas, necesitando de una consulta con especialista o estudios complementarios del 25.14%.

El control de embarazo ocupa el 50% de las referencias totales, la Hipertensión arterial es el segundo motivo de referencia (13% de las referencias), el control de salud del niño sano requiere del 8.5% de las referencias al segundo nivel, las enfermedades infecciosas corresponden a un 8.2% de las referencias.

El restante 20% refiere a: a) patologías odontológicas; b) control de Diabetes, c) los controles ginecológicos o métodos anticonceptivos.

Valor absoluto mensual	Porcentaje de referencia para la consulta con especialistas	Porcentaje de referencia para estudios complementarios
7172	607	1210
100%	8.46%	16.9%

*Valor absoluto mensual (\pm SD) y porcentaje de referencia para la consulta con especialistas respecto al total de pacientes atendidos en Centros de Salud

**Valor absoluto mensual (\pm SD) y porcentaje de referencia para estudios complementarios respecto al total de pacientes atendidos en Centros de Salud

Obstáculos hallados para la referencia

Obstáculos geográficos y económicos:

De las derivaciones que requieren la interconsulta a especialistas, el 30.5% no llega a concretarse, y de aquellas que se realizan, solo el 14.2% son respondidas con una hoja de contrarreferencia. Este

porcentaje es del 20.6% cuando las derivaciones tienen como finalidad la realización de estudios complementarios (Tabla III). Los motivos por los cuales estas consultas no se cumplimentan en el 2º nivel de atención obedecen a cuestiones de índole económica en un 89% de los casos (Imposibilidad del paciente para realizar el gasto de bolsillo).

Tabla III: Análisis de respuesta a la demanda generada desde el 1er nivel

Interconsultas N= 607			Exámenes complementarios N= 1216		
No realizadas	Realizadas	Respondidas	No realizadas	Realizadas	Respondidas
185 (30.5%)	422 (69.5%)	60 (14.2%)*	250 (20.6%)	960 (79.4%)	770 (80.2%)*

Análisis de lo sucedido con la demanda tanto de interconsultas como de exámenes complementarios.

La tabla IV muestra los indicadores de obstáculos organizativos que intervienen como barreras de accesibilidad a la continuidad de la atención. Dichos obstáculos están cuantificados según las unidades correspondientes, mostrando el resultado como promedio de todos los Centros de Salud.

Podemos observar que para conseguir un turno en el segundo nivel una persona debe invertir de su bolsillo aproximadamente 3.9 Dólares norteamericanos, resignar 7.4 horas/paciente y recorrer en promedio 8.82 Kilómetros/paciente. Igualmente, realizará dicha interconsulta con el especialista casi un mes después de emitida la solicitud por parte del médico del primer nivel.

Según lo referido en las entrevistas a los pacientes usuarios del primer

nivel de atención, la distancia que existe entre los efectores de 1º nivel con el hospital de referencia los obliga a asegurarse un medio de transporte que los lleve a tiempo al efector de segundo nivel. Esto se dificulta debido a que los pacientes deben llegar de madrugada para conseguir el turno o en algunos casos pernoctar en el hospital. Esto complica la utilización del transporte público de bus (de frecuencia discontinua durante el horario nocturno), razón por la cual existe la necesidad de realizar traslados en medios mas onerosos (taxis, etc.). Cabe destacar que el gasto está subvalorado debido a la dificultad de recabar el costo que se genera en concepto de alimentación, lucro cesante y otros, teniendo en cuenta la cantidad de horas que el paciente pasa fuera de su casa.

Tabla IV Cuantificación de los obstáculos a la accesibilidad comp romedios de los Centros de Salud

Obstáculo	Unidad	Interconsultas a especialistas		Exámenes complementarios	
		Promedio	Desviación estándar	Promedio	Desviación estándar
Tiempo	Días desde que es visto en el primer nivel	30.67	± 19.24 días	24	± 16 días
	Horas para obtener el turno	7.4 ± 2.0		6.0 ± 2.0	
Distancia		8.82 kms. ± 4.2 (R = 4 a 17)			
Costo		USD ± 3.9 (R = 2.1 a 5.2)			

La cuantificación a la accesibilidad se expresa como promedios de todos los Centros de Salud del municipio

La tabla V muestra los valores promedio de tiempo en días, según el servicio en el se que requiera la atención, ya que hay mucha variabilidad entre los mismos.

Esta tabla permite observar la gran cantidad de días que demanda realizar una ecografía, lo que en muchos casos lleva a que a una

embarazada le sea casi imposible realizar mas de una antes de la fecha del parto tal como se aconseja en la actualidad. Asimismo los exámenes de laboratorio tienen una demora promedio de 24 días y una radiografía simple 19 días.

Tabla V. Total de días promedio de demora en conseguir turno según servicio

Tipo de solicitud	Total de días	
Interconsulta con especialista	30,67	±19,24
Radiografía	19	±12,49
Rutina de laboratorio	24	±16
Ecografía	46,39	± 22,41

Demora basal en la obtención de turnos para las distintas prácticas

Obstáculos administrativos: Otra característica evaluada durante las entrevistas con la población usuaria del primer nivel, fueron las dificultades administrativas a la hora de acceder a la consulta en el segundo nivel. Los resultados son los siguientes:

En el 82% de los casos los pacientes referían que son referenciados con una nota al segundo nivel, pero el 90% de ellos no tuvo ningún tipo de beneficio al ser derivado desde el primer nivel en comparación a las veces que fue directamente al hospital sin pasar por el CAPS.

Sólo un 3% de los pacientes refirió haber recibido una hoja de contrarreferencia que explique al profesional del primer nivel lo realizado en el hospital. Los profesionales del primer nivel refieren recibir información escrita o verbal, formal o informal en un 14% de las contrarreferencias de las derivaciones que se realizan.

Del total de pacientes encuestados, un 64% manifiesta haber continuado su atención en el Centro de Salud.

Cuando se interrogó a los profesionales del primer nivel en torno a las dificultades halladas en el proceso surgió entre las más frecuentes el menosprecio de los colegas del segundo nivel a los conocimientos de los profesionales del primer nivel, y la deficiente organización administrativa en cuanto a la obtención de turnos.

Resultados Post implementación de la propuesta de referencia-contrarreferencia

La propuesta comenzó en Mayo de 2006 con 3 reuniones de capacitación del personal tanto de los 9 Centros de Salud como en el Hospital de referencia. Luego de la instalación de los Home-mail en cada Centro, se llevó a cabo una prueba piloto de 1 mes para evaluar el funcionamiento del sistema.

Luego de 12 meses de funcionamiento, se realizó una nueva medición de las variables seleccionadas en la etapa previa a la implementación de la propuesta.

La figura 1 muestra la evolución en la utilización del sistema por parte de los pacientes durante el periodo de implementación. El sistema fue utilizado para la atención de 5035 pacientes, realizándose 9063 referencias al hospital entre interconsultas y estudios complementarios. De estas referencias, 2809 interconsultas y 6254 a estudios complementarios. Del total de usuarios del sistema, el 70% fueron mujeres y el 30% fueron hombres.

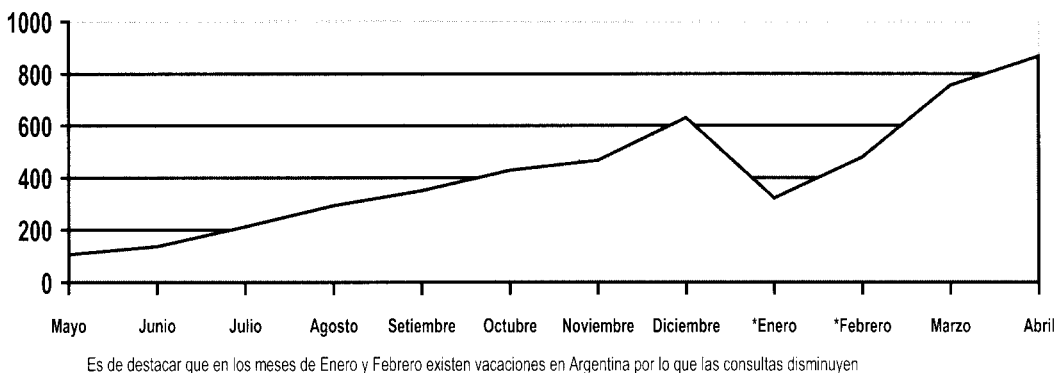
Se calculó el total de los traslados evitados a los 5035 pacientes, sumando a este número los que requirieron más de una interconsulta o estudios complementarios y a los cuales se los citó el mismo día para

ambas prácticas (31%), así como aquellos que les coincidía su turno con algún inconveniente a nivel hospitalario (ejemplo huelga, feriado, etc.) para lo cual se los recitó otro día sin que los pacientes se movilizan de su casa (9%).

Por este cálculo se observó que 11077 traslados de pacientes desde su casa al hospital fueron evitados debido a la implementación del

sistema. Del total de pacientes referidos (5035), 159 no retiraron su turno por lo que no realizaron la práctica (3.17%), y otros 210 (4.15%) que retiraron el turno no asistieron a la cita en el hospital. Por lo que el total de referencias no realizadas luego de los 12 meses de implementación resultó ser del (7.32%).

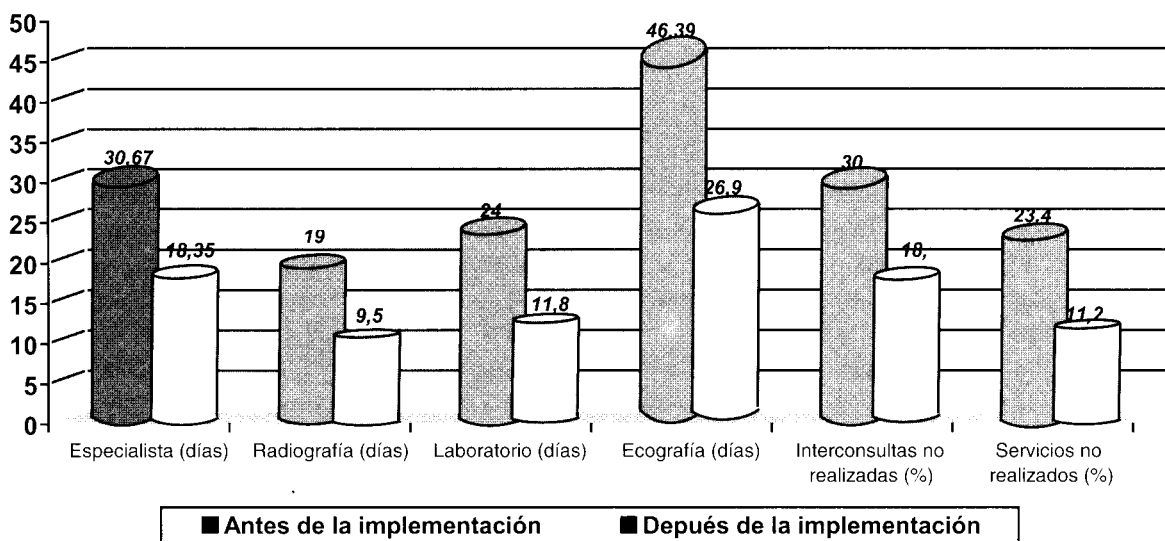
Fig. 1. Evolución de la utilización del sistema durante la evaluación.(Número de pacientes Mayo 2006 - Abril 2007)



La figura 2 muestra la evolución de los indicadores mencionados como obstáculos geográficos medidos antes y después de la implementación, así como el porcentaje de cumplimiento de las solicitudes de referencia por parte de los pacientes.

Con el sistema, también se evitó que los pacientes inviertan las 7.200 horas de demora para conseguir un turno para una Interconsulta con un especialista y las 6.196 horas para un examen complementario.

Figura 2. Evaluación de indicadores antes y después de la implementación



Costos de Implementación del Sistema

El costo operativo del sistema desglosado evaluado luego de los 12 meses de funcionamiento fue de USD 46.08, lo que significa que se realizaron los 11077 traslados a través de este sistema, a un costo de USD 0.004 por traslado.

Esto resulta un 99.89% de ahorro respecto al gasto directo de bolsillo que cada paciente destinaba a su traslado para la obtención de un turno (USD 3.9).

DISCUSION

Los sistemas de salud dependen de diversos elementos para su correcto funcionamiento. Las redes y la comunicación entre sus diferentes sectores son una de las variables de mayor importancia.

La comunicación telefónica cuando se utiliza para realizar la referencia, demanda de 2 integrantes interactuando al mismo tiempo. Asimismo, la comunicación verbal no deja registro de aquello solicitado ni de los turnos concedidos, ni quien se está referenciado o contrarreferenciado. Estos dos hechos reducen el valor de la vía telefónica en cualquier sistema de derivación. Esta observación resulta clara de los resultados de nuestro trabajo, en el cual se observó que no se registraron datos de dicha interacción en el diagnóstico pre-implementation. En éste se objetivaron además la carencia de normas precisas y la existencia de mecanismos informales (como notas sin referencia específica a un profesional determinado), para la derivación de los pacientes al nivel hospitalario.

La evaluación inicial del sistema, nos mostró que de cada 100 interconsultas realizadas a especialistas del segundo nivel, en promedio se concretaban 70. De las razones que brindan los pacientes acerca de las dificultades para cumplimentar las solicitudes son las barreras de accesibilidad, sobre todo las económicas que explican casi el 90% de los casos. El reducir la necesidad de doble traslado de los pacientes al hospital (primero para obtener el turno y luego para efectivizar la consulta) optimiza el sistema y mejora la concreción de las interconsultas.

Esto se refuerza cuando se indagaron en los obstáculos que deben sortear los pacientes para conseguir un turno en el segundo nivel, los resultados son elocuentes. Se demora entre 6 y 7 horas para conseguir los turnos luego de recorrer 8 kilómetros y gastar en promedio casi USD 3.9 lo cual resulta excesivamente oneroso teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes encuestados pertenecen a clases sociales bajas con ingreso promedio de USD 230. Esto se evita completamente al utilizar el modelo propuesto que hace recaer la responsabilidad por conseguir el turno en el sistema de salud y no en el paciente.

Si sumamos cada uno de los viajes evitados por la utilización de

nuestra propuesta (11077), observamos que el ahorro total es de USD 43155.72 solo en traslados de pacientes en el período de prueba de 12 meses, muy superior a lo erogado por el sistema propuesto que solo asciende a 46.08 USD. Esto significa un enorme ahorro no solo para las instituciones sino también para el gasto de bolsillo de la población.

Asimismo, existen externalidades positivas difícilmente ponderables como es la ventaja que una madre se quede al cuidado de sus niños en su casa, y no los deje al cuidado del mayor de ellos, durante las horas que abandona su hogar para trasladarse al Hospital a obtener un turno. En países latinoamericanos donde el nivel de violencia familiar, situaciones de abuso infantil y accidentes domésticos son elevados; asegurar que los infantes no se encuentren en el hogar por largos períodos sin su madre, no es una opción sino una necesidad (8).

Previo a la implementación del sistema de referencia-contrarreferencia cada 100 consultas que se realizaban en el primer nivel, se generaban en promedio, 25 interconsultas en el segundo nivel. Sin embargo, al iniciarse nuestro programa, se solicitaron en promedio, aproximadamente 14 referencias. Estos valores reflejan que el primer nivel está en condiciones de resolver en forma autónoma el 84% de los problemas de salud que recibe, este porcentaje es similar a lo que reportan otros autores (9 - 10). Es difícil analizar las causas por las cuales, luego de optimizar el sistema, las referencias al segundo nivel se redujeron. Merced a una entrevista personal con los profesionales encargados de referenciar pacientes, podemos inferir que al existir un monitoreo externo del sistema (desde el Ministerio de Salud y desde el Municipio) existe un autocontrol por parte de los profesionales respecto a las patologías que se interconsultan y a las prácticas que se solicitan.

De las derivaciones que requirieron interconsultas a especialistas, no se concretaron el 18% mientras que en el rubro de estudios complementarios, fue del 11%. Los datos de este estudio muestran que el 85% de las referencias se realizan por cuestiones relacionadas con el control de embarazo, la hipertensión arterial y el control de niño sano, datos que coinciden en general con los presentados en estudios previos (11).

Con respecto a la contrarreferencia, la evaluación previa objetivó que solo el 7% fueron respondidas por escrito y llegaron nuevamente al profesional del primer nivel. El monitoreo externo a través de la Web del sistema, incrementó las contrarreferencias, mejorando así la comunicación entre profesionales de ambos niveles. El beneficio que otorga el monitoreo externo se relaciona con la auto imposición de los profesionales de la salud para realizar un trabajo con mayor esmero y responsabilidad destinado a la resolución de los problemas de salud de sus pacientes.

En el análisis situacional surge que el 100% de los profesionales de

los CAPS refirió tener posibilidades de comunicarse de alguna forma con su colega en el segundo nivel, en forma telefónica, más del 50% dijo no hacerlo nunca. Por esto, los profesionales del primer nivel se vuelcan hacia un sistema más impersonal como es la referencia por nota que no se encuentra dirigida a una persona en particular. Esto trae como consecuencia, un peregrinar del paciente en el 2do nivel (Hospital) que no cumple con el objetivo de obtener su turno en tiempo y forma (90% no logró un tratamiento especial por concurrir con una nota de derivación desde el primer nivel).

Otro problema de los profesionales del primer nivel es la demora de más de un mes tanto al solicitar una interconsulta con un especialista como para exámenes complementarios, siendo esta demora mayor a lo publicado en otros estudios (12). Esta espera y el sistema de notas utilizado, generan pérdidas de información, tal cual se objetivó en esta publicación y en la de otros autores (13). "Tu turno al Barrio" permite evitar esta pérdida a través del monitoreo continuo.

El sistema de referencia-contrareferencia propuesto en el presente trabajo posee componentes clave que permitieron el éxito del proyecto. Dichos elementos son una comunicación electrónica vía mail que permite la solicitud de turnos sin que se requiera la interacción simultánea de agentes en ambos puntos de la cadena (emisor/receptor) y tener un registro tanto para la demanda como para la respuesta que se le da a la misma. También resultó importante la capacitación para la utilización de la tecnología propuesta y talleres de sensibilización respecto a la necesidad de optimizar el sistema de referencia. Un aporte que dio valor agregado a la propuesta es el monitoreo, el cual permitió corregir diariamente las fallas del sistema.

Optimizar la comunicación entre los niveles de atención, posee beneficios no solo para el propio sistema de salud, sino principalmente para los usuarios del sistema en quienes se puede medir el impacto positivo del cambio, en términos de tiempo, costos y calidad de la atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Informe de Salud en el Mundo, 2003.
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 44 Consejo Consultivo. Atención primaria de la salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Septiembre de 2003. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, 2003.
3. Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación, Consejo Federal de Salud. "Bases del Plan Federal de Salud", 2004.
4. Ortún V. La articulación entre niveles asistenciales. En: Del Llano J, Ortún V, Martín-Moreno JM, Millán J, y Gené J. Barcelona: Ed Masson; 1998: 349-357.
5. Donabedian A. "Evaluación de la calidad de la atención médica". Investigaciones sobre servicios de salud, una antología. Washington D.C. OPS/OMS Kerr White Editor, 1992.
6. Rovere M. Redes En Salud: Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte, 1999.
7. Sonis A., Paganini, J. La atención de la salud: características, tendencias, problemas. Hacia sistemas integrales de atención. En: "Medicina Sanitaria y Administración de Salud", Buenos Aires, Ed. El Ateneo, 1984.
8. Goldberg, D. B., Kuitka, M. L. Maltrato Infantil. Una deuda con la niñez. 2da. Edición. Ed. Urbano Bs. As, 1999: 134-154.
9. Buitrago-Ramirez F, Chavez-Garcia L. An analysis of the interconsultations and complementary tests requested by a health center in a 3-year period. *Aten Primaria*. 1990;7(3):200-4
10. Castillo A. y Vargas U. ¿Continuidad de la atención o falta de recursos en el primer nivel de atención en los servicios de salud de la CCSS?. *Revista de Ciencias Administrativas y Financieras* 2003; 11:45-49.
11. Grupo para la Asistencia Médica Integrada y Continua de Cádiz (GAMIC) Evaluación de la consultoría entre internistas y médicos de familia en los 42 meses de su implantación. *Investig Clin Farm* 2005; 2 (3): 127-137.
12. Perez de Castro I, Romo Espeso B, Liqueste Perez C, Diez Garcia MA Inter-consultations and complementary tests in a health center. *Aten Primaria*. 1991 Feb;8(2):164-5
13. Velasco-Sanchez V., Otero-Puyme A. An evaluation of the quality of the medical information passing between primary care and specialist level. *Aten Primaria*. 1993;11(8):406-11.