



Proyecto Fortalecimiento y
Modernización del Sector Salud
Gerencia de Modernización y Desarrollo
Caja Costarricense de Seguro Social



Centro de Desarrollo Estratégico e
Información en Salud y Seguridad
Social
(CENDEISS)



Escuela Salud Pública
Facultad de Medicina
Sistema de Estudios de Posgrado
(SEP)
Universidad de Costa Rica

CURSO ESPECIAL DE POSGRADO EN GESTIÓN LOCAL DE SALUD

m ó d u l o DIEZ

INTRODUCCIÓN A LA GESTIÓN CLÍNICA PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

2004

La Gestión Clínica para el Primer Nivel de Atención: Algunos Elementos, editado Ileana Vargas Umaña, José Miguel Rojas Hidalgo, Aurora Sánchez Monge - 1 ed. - San José, Costa Rica, 2003.

p.94: 21.5 x 27 cm
Incluye gráficos

Título de la colección:
Curso Especial de Posgrado Gestión Local de Salud

ISBN: 9968-916-11-0

1. Gestión Clínica.
2. Referencias Médicas.
3. Relación Equipo-Usuario.
4. Derivación de pacientes.
5. Remisión.

Comité Editorial

Alcira Castillo Martínez
Raúl Torres Martínez
Carlos Icaza Gurdían
Alvaro Salas Chaves

Equipo de Producción

Asesoría pedagógica y metodológica: Raúl Torres Martínez, Maria Adelia Alvarado Vives
Corrección filológica: Raúl Torres Martínez
Edición del sitio en Internet: Magally Morales Ramírez, BINASSS
Diseño y edición digital: Oscar Villegas del Carpio
Apoyo secretarial: Carmen Villalobos Céspedes, Dunia Masís Herra, Juan Manuel Sanabria Mora

Coordinación del Curso

Coordinación institucional por CENDEISSS
Carlos Icaza Gurdían

Coordinación académica por UCR
Alcira Castillo Martínez

Colaboración en el Curso

Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

Primera edición, 2003

© Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)

Todos los derechos reservados

Prohibida la reproducción parcial o total de la obra sin la autorización previa del CENDEISSS.

Las opiniones y contenidos de los módulos, no necesariamente evidencian la posición y las perspectivas de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

Autoría de contenidos

Ileana Vargas Umaña
José Miguel Rojas Hidalgo
Aurora Sánchez Monge

Contenidos

7	Presentación
8	Prefacio
9	Introducción
	PRIMERA UNIDAD
12	Introducción a la gestión clínica
13	I. Entorno del concepto de Gestión Clínica
13	A. Consideraciones conceptuales
15	B. Principios de la Gestión Clínica
16	C. Niveles de la Gestión Clínica
18	II. Introducción a la Gestión Clínica para el Equipo Básico de Atención Integral de Salud
18	A. Gerencia
19	B. Administración
19	C. Dirección
21	D. Desarrollo de un Modelo de Gestión Clínica
27	E. La información: clave para la Gestión Clínica
	SEGUNDA UNIDAD
30	La relación equipo de salud – usuario: elemento de la Gestión Clínica
31	I. Bases conceptuales de la relación equipo de salud - usuario
31	A. Elementos filosófico - ideológicos
31	B. Equipo de salud - usuario
33	II. Enfoques de la relación equipo de salud - usuario
33	A. Características de la relación

36	III. Características de la relación asistencial
36	A. Requisitos para una buena relación
37	B. Desempeño de roles y tipo de comunicación
40	IV. La comunicación en la relación equipo de salud - usuario
40	A. Acerca del concepto de comunicación
44	B. Contextualización de la relación médico paciente
	TERCERA UNIDAD
55	Naturaleza y función de la referencia
56	I. Referencias médicas en los sistemas de salud
56	A. Estudios internacionales
58	B. Información Nacional
61	II. Concepto y terminología de la referencia
61	A. Diferentes concepciones de la referencia médica
65	III. Enfoque sistémico de la referencia
65	A. Concepto de sistema
71	IV. Función de la referencia
71	A. El médico
76	B. El paciente
76	C. El sistema de referencia
76	D. La contra-referencia
78	V. Finalidad de la referencia como instrumento de la gestión clínica
78	A. En el sistema de salud
79	B. Documento médico-legal

80	RESUMEN DE LA TERCERA UNIDAD
88	ANEXOS
88	ANEXO I: Formulario de referencia
91	ANEXO 2: Diagrama sistema de referencia
93	ANEXO 3: Referencia de un caso

Presentación

Prefacio

El Curso **ESPECIAL DE POSGRADO EN GESTION LOCAL DE SALUD**, es la respuesta que el CENDEISSS y el Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, en contrato con la Escuela de Salud Pública, de la Universidad de Costa Rica, implementan para satisfacer adecuadamente la actualización de conocimientos teórico-prácticos de los recursos humanos en el primer nivel de atención. Este proyecto de capacitación se realiza desde finales de 1996 y en esta oportunidad se ofrece en una versión actualizada.

La articulación de herramientas e instrumentos de gestión de los servicios de salud con las necesidades y las oportunidades que generan los procesos de reforma son parte de una posición analítica y práctica frente a la problemática y avances de nuestro Sistema Nacional de Salud y el modelo de atención del primer nivel de atención. Más que una descripción técnica, sin contextualización institucional de la realidad nacional y los marcos de referencia teórica, el tratamiento de la temática de la gestión intenta vincularse con la identificación de los problemas centrales de nuestro sistema de salud.

En términos generales, la definición del nivel de análisis vinculado con los aspectos de la gestión, tiene un significado y una finalidad decididamente práctica, pero no ingenua. El abordaje propuesto en el Curso intenta, a partir de la concepción del posicionamiento de los actores protagonistas de los servicios de salud, que son los estudiantes profesionales que trabajan en los EBAIS y en las Áreas de Apoyo, el desarrollo de sus capacidades organizacionales e institucionales y los mecanismo de coordinación de las diferentes instancias de financiamiento, organización y provisión de servicios, factores relevantes en la definición de la trayectoria del proceso de cambio y de sus resultados en materia de equidad, eficiencia y calidad.

En todos los casos, los módulos -dada su integración- se vinculan y retroalimentan necesariamente, condición favorecedora de la metodología en uso (MOUSE), que permite que ninguno sea exhaustivo en el contenido que aborda, sino con características de complementariedad, para dar cabida a la concepción interdisciplinaria.

Este módulo y la serie a que pertenece constituyen el material didáctico básico del Curso de Gestión Local de Salud, que desencadena el desarrollo del aprendizaje significativo en el proceso de trabajo.

Este esfuerzo se concreta en el conjunto de 12 módulos elaborados por grupos de autores procedentes de los servicios de salud, tanto de la CCSS como del Ministerio de Salud y de la Universidad de Costa Rica, asesorados técnica y metodológicamente por la Escuela de Salud Pública.

Alcira Castillo Martínez
Directora
Escuela de Salud Pública
Facultad de Medicina
Universidad de Costa Rica

Introducción

La Gestión Clínica es un campo de conocimientos y de prácticas aplicado a los servicios de salud, bastante novedoso en nuestro medio institucional, tanto hospitalario como en el primer nivel de atención.

En este módulo abordamos algunos aspectos estructurales y no estructurales relacionados con la Gestión Clínica, con el propósito de iniciar una discusión sobre las acciones asistenciales, preventivas y de promoción de la salud, características del primer nivel de atención de la salud.

Se mencionan aspectos estructurales de la Gestión Clínica, en tanto se considera que la buena atención centrada en la efectividad social, la eficiencia y la ética social, imponen revisar mecanismos como la referencia médica, en razón de que este es el medio para dar continuidad a la atención individual del usuario en los diferentes niveles de atención de la salud.

Los aspectos no estructurales se centran en la relación equipo de salud-usuario, la cual está determinada por cuestiones afectivas, de representación social de la salud y la enfermedad y de la viabilidad institucional que influyen en la prestación de los servicios. Se considera que uno de los ejes fundamentales para el mejoramiento de la calidad es la comunicación, en la cual está incluida la educación para la salud. Estos aspectos logran su potencialización a través de una adecuada relación equipo de salud-usuario.

En este sentido es que se enfatizan en este módulo aspectos relevante en la gestión clínica, como los temas: relación equipo de salud – usuario y el de la referencia médica como instrumentos para garantizar la atención de la salud de las personas.

Claves

**Objetivo
específico**

O

Ejemplo

Ej.

**Resumen
parcial**

Res.

**Conclusión
parcial**

Concl

Objetivo General del Módulo Diez

Sistematizar y relacionar algunos elementos sustantivos que contribuyen a la gestión clínica, en el nivel local para incrementar la calidad técnica y humana del equipo de salud.

PRIMERA

UNIDAD

INTRODUCCIÓN A LA GESTIÓN CLÍNICA

Objetivo general de la primera unidad

Analizar los distintos elementos que intervienen en la gestión clínica, particularmente su aplicación en el primer nivel de atención.

I. ENTORNO DEL CONCEPTO DE GESTIÓN CLÍNICA



Analizar en su significación particular las conceptualizaciones básicas de la Gestión Clínica

A. CONSIDERACIONES CONCEPTUALES

El término gestión clínica tiene múltiples definiciones, pero la más acertada ante la creciente demanda de los ciudadanos, lo limitado de las partidas presupuestarias, los cambios en la relación médico paciente, la variabilidad de la práctica clínica, el avance tecnológico y el uso inadecuado de los recursos, es la siguiente:

1. Gestión Clínica M. Berchd, 2001 (Concepto)

Es el uso adecuado de los recursos humanos, profesionales, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de los pacientes.

Desde este punto de vista, es el uso del conocimiento clínico, desde la perspectiva gerencial del profesional y del establecimiento de salud para optimizar el proceso asistencial, con la búsqueda de nuevas estrategias tecnológicas, nuevos procesos de atención que mejoren la salud individual y colectiva; sobre todo, que se incorpore el conocimiento del equipo de salud en la capacidad de decidir y de tomar la iniciativa, tanto asistencial como de gestión. Por otro lado, el reconocimiento de los valores y la cultura del equipo de salud para actuar como motor en la gestión actual y futura, bajo la autonomía de la gestión del equipo.

Para ampliar la definición de gestión clínica es importante enmarcarla con otros conceptos como el relacionado con los procesos basados en la evidencia científica y con la gestión descentralizada de los recursos.

**2. Gestión Clínica
(intervenciones
seleccionadas)**

La gestión clínica debe partir de la definición y evaluación de resultados que se quieren alcanzar sobre una población usuaria y no usuaria en un periodo de tiempo definido, seleccionando las intervenciones clínicas más apropiadas, a la luz de la evidencia científica disponible, para la consecución de esos resultados, previendo y evaluando también impacto económico de las intervenciones clínicas seleccionadas, para estudiar su adaptación a los recursos disponibles y necesarios para su ejecución, subordinando las formas de organización de la actividad al desarrollo de las intervenciones y al alcance de los resultados. (Martín, A., 2000)

**3. Gestión Clínica
Objetivo
(Vielmas, C., 2001)**

El objetivo de la gestión clínica es ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica diaria (efectividad). Esto acorde con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar en forma favorable el curso de la enfermedad (eficacia), considerando los menores inconvenientes y costos para el usuario y para la sociedad en su conjunto (eficiencia).

4. Fuerzas impulsoras de la gestión clínica

La gestión clínica está presente en mayor o menor grado en el ejercicio profesional de cada uno de los equipos de salud, se desarrolla debido a una serie de fuerzas impulsoras las cuales son:

**a. Cambio del
modelo de
atención**

El cambio en el modelo de atención implica un cambio en la administración del nivel local, situación que no ha ocurrido. Eso se demuestra en una serie de estudios, los cuales indican que el cambio del modelo no ha tenido la penetración que se esperaba. Ello por la falta de una orientación en el proceso administrativo, para que la necesidad se encause en un proceso de gestión clínica, por parte de los equipos de salud.

b. Variabilidad clínica

Los nuevos tratamientos, los métodos diagnósticos, el desarrollo tecnológico y una comunicación de los hallazgos a través de métodos electrónicos, han hecho que la atención a los pacientes sea cada día más variable. Por esto el equipo debe de mantenerse informado a través de los insumos de la medicina basada en la evidencia, así como por la revisión constante de los protocolos clínicos.

c. Orientación hacia el usuario

El usuarios “cliente” juega cada día un papel más relevante en la atención de la salud de las comunidades. Cada vez más, se involucran la participación ciudadana en salud, la calidad percibida por el usuario, los derechos del consumidor que cada día se hacen más evidentes con la inclusión de las contralorías de servicio. La mercadotecnia social de la salud permite al equipo de salud conocer las expectativas de los usuarios y la modificación de los procesos, para buscar, a través de la gestión clínica, la satisfacción plena del usuario o paciente.

d. Cambio en los perfiles

El cambio demográfico, morbi mortalidad, patología crónica, envejecimiento de la población, aumento de accidentes y el deterioro social de la familia con la violencia intrafamiliar en aumento, hacen que la atención de la población varíe sustancialmente hacia una eficacia clínica, efectividad y eficiencia en la atención.

B. PRINCIPIOS DE LA GESTIÓN CLÍNICA

En un primer término, la base ética de la gestión clínica es el **principio de la beneficencia**, que procura el bienestar de los pacientes. El **principio de la autonomía** o autodeterminación de los pacientes, en el que cada individuo con su capacidad e información adecuada, es el dueño absoluto de las decisiones que adopta respecto de su propio cuidado. El **principio de la Equidad**, que considera los aspectos de accesibilidad, disponibilidad y de una relación equipo de salud – usuario, en el marco del respeto y la ética profesional. Además, el **principio de integralidad** de la atención, en el cual se basa el nuevo modelo de atención.

C. NIVELES DE LA GESTIÓN CLÍNICA

En este contexto, se puede delimitar la gestión clínica en tres niveles de actuación.

1. Gestión de la atención individual

Se refiere a la **elección de una intervención** en un paciente con una patología determinada, por medio de un protocolo o guías de prácticas clínicas, como de otras herramientas existentes.

En este nivel, se logra la eficacia de la atención, la cual se entiende, como los beneficios obtenidos por un paciente cuando sobre él se aplican las condiciones ideales de conocimientos clínicos.

2. Gestión de los procesos

Se refiere a la **efectividad clínica** y mide los beneficios obtenidos de un paciente o grupo de pacientes, es el logro de los objetivos planteados durante la fase de la planeación, y a través de una adecuada gerencia y dirección se logra este tipo de gestión.

3. Gestión de la unidad

Se refiere a la **eficiencia**, esto es, la relación de los beneficios obtenidos y los costos empleados, para lo cual la administración es el enfoque fundamental de este tipo de gestión.

Los equipos de salud y los profesionales que participan en la gestión clínica, deben plantearse cómo, a través de la dirección, la gerencia, la administración y del conocimiento clínico, se deben de optimizar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de sus acciones para lograr obtener mejores resultados en la salud de su comunidad.

Ej.

Uno de los ejemplos que mejor se ajustan a la buena gestión clínica es el caso del DENGUE, en el cual se puede definir:

Gestión de la atención individual:

El dengue es una enfermedad en la cuál se han escrito los protocolos de atención y de intervención a nivel preventivo con educación individual y colectiva. Tanto es así, que existen las **clínicas de dengue**.

Gestión de los procesos: Cada EBAIS debe tener su estrategia formulada, sus controles epidemiológicos de la enfermedad y ejecutar cambios importantes en los elementos de riesgo de la población para producir, por consiguiente, el cumplimiento de sus objetivos a través de la gestión de los procesos.

Gestión de la unidad: En la formulación de los medios de control. Cada EBAIS ha determinado los insumos necesarios y los costos de las acciones emprendidas, para poder determinar su eficiencia en el manejo del DENGUE.

II. INTRODUCCIÓN A LA GESTIÓN CLÍNICA PARA EL EQUIPO BÁSICO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD



Analizar la relación entre Gerencia, administración, dirección y Gestión Clínica.

A. GERENCIA

Para muchos de los actores del primer nivel de atención el uso de los términos de gerencia, administración, dirección y gestión clínica le son ajenos, según la creencia de que son aspectos que no les corresponde ejecutar, sino, que es a nivel de la Dirección del Área a la que le competen esas funciones. Se visualizan como un equipo para la atención de pacientes, sin tener ingerencia en los aspectos de la gestión. Esta falsa idea es la que determina que los EBAIS se desliguen de la gestión del primer nivel de atención, con la consiguiente ineficiencia del sistema.

Por lo anterior es importante dejar claro que tanto la Gestión Clínica, como la administración, la dirección y la gerencia, están íntimamente relacionadas con el trabajo diario del EBAIS. De esa forma se logra mejorar la efectividad, eficacia y eficiencia para conducir a una atención de la salud de la población con un alto grado de satisfacción y cumplimiento de expectativas, así como que los servicios de salud sean de alta calidad.

El análisis conceptual de cada uno de estos elementos permitirá ver su relación en la gestión clínica.

El primer elemento por analizar es la **gerencia**, la que con frecuencia se le atribuye el éxito de los procesos de un servicio o una empresa; sin embargo, esta se complementa con la administración y la dirección con esos propósitos.

1. Gerencia (Concepto)

Su función consiste en dar direccionalidad a las organizaciones, en este caso, de salud. En este contexto tiene como elemento básico para su concreción práctica el liderazgo, la negociación, la promoción del cambio, la creatividad y la innovación.

Lo anterior quiere decir que el equipo de salud debe ser líder (desde la perspectiva empresarial), negociador, promotor de cambios y gestor de proyectos innovadores y, sobre todo, tomador de decisiones en las cuestiones que le competen.

El concepto general de gerencia implica una simbiosis entre los conceptos específicos de dirección y administración.

B. ADMINISTRACIÓN

1. Administración (Concepto)

Es un proceso en el que se aplican las funciones fundamentales como la planeación, organización, ejecución y control para el logro de los objetivos planteados en la organización.

En el programa de atención integral del escolar, se aplican las funciones de la administración:

Planeación: se definen todos los objetivos y actividades por realizar con los insumos que se necesitan.

Organización: se organizan las actividades en coordinación con las autoridades de la escuela.

Ejecución: se llevan a cabo las actividades para cumplir los objetivos planeados.

Control: se confronta por medio de un control definido las actividades realizadas con lo planeado en el programa.

Ej.

C. DIRECCIÓN

1. Dirección (Concepto)

La dirección se refiere al manejo del recurso humano en aspectos como: motivación, comunicación, toma de decisiones, capacitación, promoción, innovación, principios de autoridad, enriquecimiento del puesto de trabajo y desarrollo del individuo dentro de su equipo de trabajo.

Ej.

El ejemplo más claro de una Dirección adecuada se nota en la ejecución del compromiso de gestión, con un EBAIS. Si existe una adecuada Dirección se tendrá funcionarios **motivados** en el cumplimiento de las metas, las que se logran por la **comunicación** oportuna y eficaz de las estrategias por ejecutar para el logro de los objetivos. Esta comunicación permite la buena información y la **toma de decisiones** acertada que posibilita, a la vez, realizar la **innovación** en el trabajo con una base creativa, logrando que el compromiso de gestión se convierta en un instrumento fácilmente ejecutable.

Tomando como referencia lo expuesto, la gestión clínica se relaciona con la **gerencia** de problemas específicos de salud, en la que se conducen las acciones a través del **liderazgo, la creatividad y la innovación** de los miembros del EBAIS. Se realiza la **Administración** de los recursos en que se toman los insumos, se planifican, se organizan, se conducen y evalúan, para el logro de los objetivos planteados. Todo esto se hace a través una **Dirección**, en la cual se requiere de la toma de decisiones y de una comunicación interna adecuada.

Ej.

En un área de salud se obtuvo una calificación muy baja en el Compromiso de Gestión. El cuerpo gerencial al analizar la problemática que se estaba produciendo, encontró que había ausencia de gerencia, administración, dirección y gestión clínica.

La ausencia de la gerencia, se notó en la desmotivación de los funcionarios del equipo, en la falta de líderes. No se buscaba ni se permitía la innovación.

La ausencia de administración se notó en la falta de insumos, de planificación local y, sobre todo, en la ausencia de controles que permitieran la detección de desviaciones en los procesos.

La dirección en el nivel local era nula, debido a una inadecuada comunicación y una falta de información, lo que llevó a la toma de decisiones inadecuadas.

La ausencia de estos elementos y la falta en el cumplimiento de las normas de atención, resultó que la gestión clínica fuese deficiente, esto se refleja en la evaluación de los compromisos de gestión.

Es importante resaltar que no solo el médico es el encargado de la ejecución de la gestión clínica, sino que, esta es responsabilidad de todo el equipo, cualquier miembro del equipo puede tener la responsabilidad de poner en función la solución de la problemática que se presenta en su espacio de trabajo.

Concl.

Para realizar una adecuada gestión clínica, se requiere de integrar la práctica clínica, con la optimización de los recursos, buscar mejorar los resultados asistenciales de forma integral, a través de la evaluación de la producción, la calidad y los costos.

D. DESARROLLO DE UN MODELO DE GESTION CLÍNICA

Para el desarrollo de un modelo de gestión clínica en un equipo de salud, se debe tener presente el cambio que se debe de ejercer en la organización, en el estilo gerencial y en la prestación de servicios; además debe quedar claro que no es una lucha de poderes, sino una reorganización de los procesos en forma más eficiente y eficaz. Se debe de entender que la gestión clínica es la relación íntima entre el rol social de la organización y la atención primaria.

Con el fin de tener una mejor comprensión el modelo se divide en tres apartados para su desarrollo:

- Encuentro entre los intereses del equipo y el usuario.
- Orientación a los resultados y decisiones clínicas basadas en evidencia.
- Entorno organizativo.

1. Encuentro entre los intereses del equipo y el usuario.

Como actores de la prestación de los servicios a una población, que ha estado acostumbrada a la atención individual con una caracterización biológica, en la cual se inserta un nuevo modelo que cambia los procesos de la atención, obliga a que el equipo tenga que legitimar socialmente su actividad para obtener resultados de impacto sobre ella.

Los usuarios y el equipo de salud están relacionados por una misma preocupación: la salud, los resultados de la prevención, el tratamiento de las enfermedades y sus consecuencias. La relación esta guiada por una correcta aplicación del saber, es decir, por la calidad asistencial. El reconocimiento del valor científico del equipo y capacidad de orientación, es la base que sustenta la seguridad y confianza del usuario.

La sociedad actual valora los aspectos de organización, comunicación, el trato, el confort, el tiempo de dedicación y espera, lo cual conforma un insumo importante de información para que el equipo pueda legitimar su actuación dentro de un nuevo modelo de atención.

2. Orientación a los resultados y decisiones clínicas basadas en evidencia

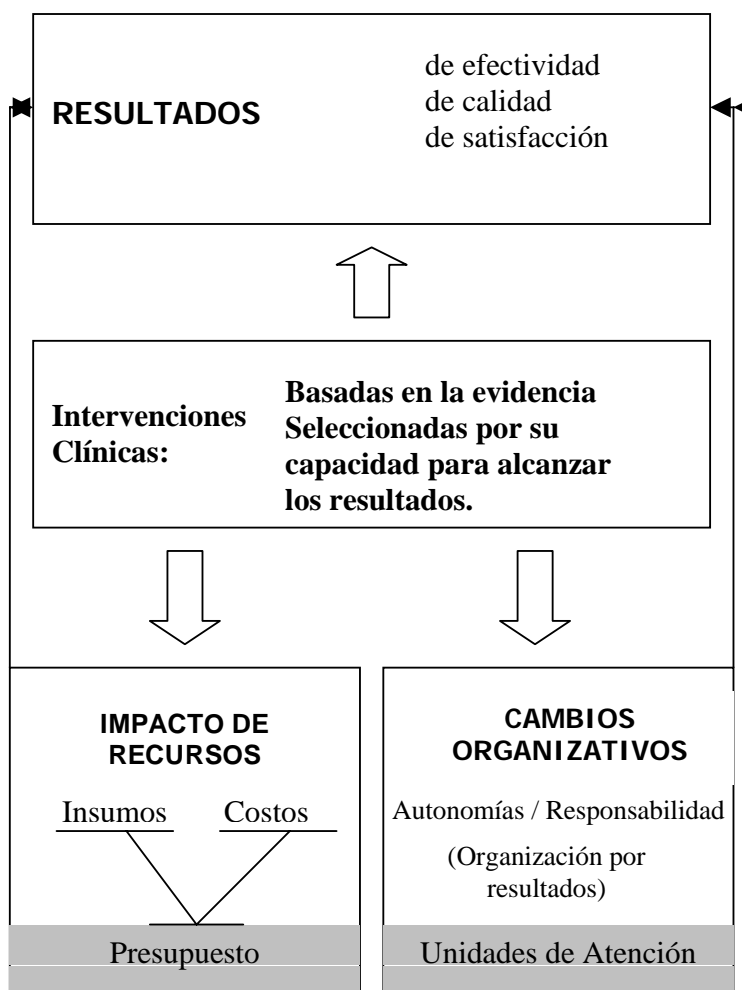
Todo proyecto de Gestión Clínica debe tomar en cuenta dos elementos importantes: **el desarrollo profesional del equipo y otro que busca la legitimación ante la comunidad**, para lo cual se debe buscar obligatoriamente resultados de efectividad, calidad y satisfacción al usuario. Esto se logra con la aplicación de herramientas metodológicas como la medicina basada en la evidencia, la epidemiología, instrumentos informatizados como la historia clínica, el sistema de recolección de datos y el desarrollo de encuestas de usuarios.

Este enfoque de la gestión redefine la estructura de dirección, organización y repercute en los costos. Los resultados de efectividad, de calidad y de satisfacción, se obtienen a través de las intervenciones clínicas basadas en la evidencia y seleccionadas para alcanzar los objetivos y los resultados esperados.

Estas intervenciones clínicas deben tener como soporte un presupuesto formulado con base en los insumos necesarios y costos; y con los cambios organizativos claros, que reflejan la autonomía y responsabilidades del equipo de salud (Ver figura 1).

FIGURA No. 1

ESQUEMA CONCEPTUAL BÁSICO PARA EL DESARROLLO DE LA GESTIÓN CLÍNICA. (Acera, M., 2000)



3. Entorno organizativo

El impacto organizativo obedece a cuatro condiciones que deben ejecutarse en el proceso de la gestión clínica:

- a. Provisión de los servicios
- b. Evaluación de los servicios prestados
- c. Nueva forma de relación entre la dirección y sus profesionales
- d. Cambios en la regulación y contratación de los servicios

a. Provisión de servicios

En primer término, el equipo de salud debe asumir la responsabilidad y tener la capacidad de ejecutar la prestación de los servicios. Para ello debe contar con la información necesaria, por ejemplo determinar los tiempos de espera, los recursos básicos y otros elementos necesarios para su trabajo y, sobre todo, tener la autonomía para la toma de decisiones.

Para asumir la gestión clínica, el equipo debe tener ingerencia en materia de recursos humanos y en la definición de la oferta de servicios.

Ej.

El equipo de salud decide sobre la selección, la organización, la formación y la capacitación de los recursos humanos. Debe buscar a los funcionarios interinos que participarán en la cobertura de puestos por vacaciones incapacidades y otros permisos, configurando su equipo de trabajo.

Ej.

El equipo de salud debe tener autonomía en materia de captación de pacientes, estableciendo nuevas ofertas, definiendo los especialistas interconsultantes, y todo aquello que incremente su capacidad de resolución de problemas de la gestión.

b. Evaluación de los servicios prestados

Se inicia de común acuerdo entre el equipo de salud y la Dirección; debe caracterizarse por los siguientes lineamientos:

a1. Carácter clínico

Se basa en las coberturas que los compromisos de gestión formulan y otros que el equipo considere necesario desarrollar de acuerdo con la problemática definida en el Análisis de Situación de Salud (ASIS).

b1. Carácter regulador

Está dado por el cumplimiento de los objetivos y las políticas institucionales.

c1. Carácter evaluador

Permite desarrollar una evaluación de cada uno de los equipos de salud.

d1. Carácter funcional

Sin cargas administrativas para los equipos de salud, ya que esta debe ser responsabilidad de los centros directivos, que deben aportar toda la información necesaria.

c. La nueva forma de relación entre la Dirección y los profesionales

El éxito de la gestión clínica está en que el equipo de salud tome sus decisiones y se responsabilice de sus resultados, para lo cual las estructuras directivas, deben reorientar la formulación de instrumentos operativos para el apoyo de la gestión clínica. En este proceso la Dirección debe buscar la información, procesarla, monitorear y evaluar los cumplimientos de las regulaciones establecidas, y agilizar las acciones para adaptarse a las necesidades de recursos existentes.

d. Cambios en la regulación y contratación de servicios

La gestión clínica presupone un cambio en los paradigmas institucionales existentes, de modo que los niveles directivos centren su dedicación en el establecimiento de criterios de asignación de recursos; además, en el control de centros intermedios de apoyo y en la evaluación de los equipos, según las condiciones pactadas previamente.

Deben implantarse nuevos modelos de planificación que sean más funcionales y motivacionales.

Concl.

Este entorno organizativo y sus cuatro condiciones deben de cumplirse a cabalidad ya que es la base de la organización la que permite que se desarrolle la gestión clínica.

El nuevo modelo de prestación de servicios marca un cambio profundo en la atención del usuario. Ofrece a las unidades de atención, la capacidad de formular sus propios objetivos a través de un instrumento de planificación y regulación conocido como Compromiso de Gestión. Sin embargo la ejecución de este ha tenido una serie de limitantes producto de la falta del cambio del modelo administrativo y, sobre todo en materia de gerencia y dirección, es la Gestión Clínica la que aporta ese nuevo rumbo a la gestión de la salud de las comunidades, a través de un equipo básico de salud con mayor autonomía clínica y siempre en busca de la eficacia, efectividad y eficiencia del sistema.

E. LA INFORMACIÓN: CLAVE PARA LA GESTIÓN CLÍNICA

1. Requisitos

La información es el insumo principal para el desarrollo de la gestión clínica, debe cumplir con varios requisitos:

a. Oportuna	La información debe ser oportuna para la planificación y el control. Esto es adecuada al nivel en que se encuentra el usuario y en el momento en que se necesita. El sistema de información debe ser “amigable”, para que el usuario interno pueda utilizarlo para tomar decisiones.
b. Confiable	Este requisito se refiere a la calidad de la información; es de suma importancia para que genere confiabilidad. Se debe conocer siempre la fuente que permitirá validar la calidad de los datos.
c. Accesible	Este requisito al igual que el de oportunidad, debe estar disponible a los usuarios en el momento en que la necesiten, ya sea, para la toma de decisiones, para evaluar o para planificar. Los instrumentos de recolección de datos deben ser sencillos, sea en medios informatizados o no.
d. Frecuencia	La frecuencia de la información es un requisito de suma importancia, porque marca el proceso de control de las acciones y la orientación al éxito. Contribuye con la retroalimentación del sistema para corregir los desaciertos y mejorar la gestión del equipo de salud. La frecuencia de la entrega de los datos y su procesamiento debe de ser definida por el equipo de salud, quien es el que finalmente realiza los ajustes al sistema.

2. Propósitos

La información en la gestión clínica cumple varios propósitos fundamentales, que conforman la base de la formulación del proceso de gestión clínica.

Propósitos de la información en la Gestión clínica

- Satisfacer positivamente en un tiempo óptimo, la necesidad de conocer la realidad, el impacto de las decisiones y de las acciones.
- Facilitar el ordenamiento y el análisis permanente de los procesos, permitir el logro y alcance de misión.
- Impulsar la dinámica que relaciona al profesional con la gestión clínica y proporcionar soporte a las decisiones.

La consulta de niño sano es un ejemplo del uso de la información en la gestión clínica, para establecer estrategias de atención de los usuarios y logro de éxitos.

- **Oportunidad:** el dato sobre los niños ausentes en la consulta de niño sano reduce el indicador de la concentración por consulta, existe al respecto una norma que debe cumplirse. Además, afecta la atención del niño pues no se conoce oportunamente de su ausencia y la pérdida de la cita.
- **Confiable:** al realizar la visita domiciliar para dar seguimiento a la atención de la salud, el ATAPS (Asistente de Atención Primaria en Salud), debe contar con información pertinente sobre los niños que asisten o no a las citas médicas.
- **Accesibilidad:** La información debe procesarse en un sistema que permita extraerla diariamente en forma fácil, como en el caso del auxiliar de enfermería que lleva un registro individual y confecciona una boleta de reporte al ATAPS, para que realice la visita domiciliar.
- **La frecuencia:** los datos de los niños ausentes a las consultas de niño sano deben obtenerse con la misma frecuencia con que se ofrece ese tipo de atención, para controlar a tiempo y abordar el problema por parte del equipo de salud.

Ej.

Concl.

La gestión clínica desde su definición y, posteriormente, en su conceptualización, de enmarca en un sistema de información, que es la base de la construcción en este proceso de prestación de servicios, con una dinámica de orientación al cliente, basado en la información del usuario, con una toma de decisiones que fluye de ésta información, con la cual se actualizan y desarrollan los sistemas de atención, en procura de la salud de las comunidades.

SEGUNDA

U N I D A D

LA RELACIÓN EQUIPO DE SALUD – USUARIO: ELEMENTO DE LA GESTIÓN CLÍNICA

Objetivo general de la segunda unidad

Analizar los elementos que determinan la relación usuario-equipo de salud, a fin de aplicarlos en la práctica de la atención de la salud de las personas.

I. BASES CONCEPTUALES DE LA RELACIÓN EQUIPO DE SALUD-USUARIO



Caracterizar y contextualizar las bases distintivas de esta relación en la gestión clínica.

A. ELEMENTOS FILOSÓFICO – IDEOLÓGICOS

El marco conceptual de la Gestión Clínica, tal y como se enunció en la unidad introductoria, la visualiza como un campo de acción y señala que la idea tradicional de atención cambia con las nuevas concepciones de salud. Se incorporan conceptos como efectividad social, eficiencia y ética social. Se dice que debe haber una colaboración de parte del beneficiario, y eso sitúa la relación equipo de salud - usuario, como fundamental para lograr la atención integral de la salud. El encuentro clínico entre equipo salud y usuario tiene, por tanto, importantes consecuencias en el resultado de la Gestión Clínica en el primer nivel de atención.

Para efectos del tema que trata esta unidad, retomamos **los valores** que establecen "el deber ser" de la Gestión Clínica como marco esencial en la relación equipo de salud usuario.

1. Valores fundamentales en la Gestión Clínica

- Atención centrada en las necesidades del enfermo.
- Participación del usuario.
- Involucramiento de los profesionales.
- Calidad asistencial
- Resolución del problema.

B. EQUIPO DE SALUD - USUARIO

1. Su origen en la Salud Pública

Con el surgimiento de la Medicina Social a principios del siglo XX el carácter de la relación usuario equipo salud ha sido cuestionada, como señala en su concepto de Medicina Social. (Milton Terris, 1980)

Medicina Social (concepto)

Es la práctica que estableció una relación más equitativa con el usuario porque la Medicina Social va más allá de un enfoque biológico e incorpora variables del individuo y el grupo social. (Terris, M.)

La revalorización de esta relación, efectivamente surge y toma mayor protagonismo con los planteamientos de la Atención Primaria de la Salud. Así como con la definición de los niveles de complejidad en los servicios de salud .El primer nivel de atención según el modelo de salud de la CCSS, define al equipo de atención integral de salud (EBAIS) como la estructura humana para establecer el primer contacto con el paciente, la familia y la comunidad en el marco de la atención integral de la salud.

Por tanto, esta relación equipo de salud–usuario debe ser revalorizada ya que "la historia de la medicina no puede limitarse a la historia de la ciencia, las instituciones y los caracteres de la medicina, sino que debe incluir la historia del paciente en la sociedad, la del médico y la historia de las relaciones entre médico y paciente". (Rodríguez, M., 1981)

Según Terris, (1975) la atención de la salud como parte del sistema social está dominada por valores tecnológicos, que por mucho tiempo han considerado que para lograr una adecuada atención de la salud, sólo es necesario tener las mejores herramientas técnicas de diagnóstico y de terapia para que el paciente cumpla con las recomendaciones que se le indican.

En relación con el párrafo anterior se tiene que agregar que la realidad es otra y que y a pesar de las herramientas diagnósticas, es evidente que hace falta identificar otros aspectos determinantes en la relación que se establece entre el equipo de salud y el usuario y que influyen en el resultado de la atención de la salud.

I. ENFOQUES DE LA RELACIÓN EQUIPO DE SALUD - USUARIO



Conocer algunos aportes de las Ciencias Sociales en la construcción de la relación equipo de salud-usuario.

A. CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN

Las disciplinas de las Ciencias Sociales: la sociología, la antropología, la psicología social y la psicología de la salud, son las que más contribuyen en el análisis de la relación equipo de salud-usuario.

Talcott Parsons, Sociólogo norteamericano, aporta conceptos centrales para comprender esa relación. Este autor, fue uno de los primeros en estudiar este tipo de relación humana como parte del sistema social en el marco de la teoría sociológica, superando el enfoque en que se analiza sólo como un proceso interno, entre los individuos.

Con respecto al concepto de salud, este autor considera la salud como una necesidad de los miembros de la sociedad, por tanto un nivel bajo de salud sería disfuncional. La atención de la salud es una forma de restablecer el equilibrio de la sociedad. (Citado por Rodríguez, 1981)

Las características más destacadas en la relación equipo de salud-usuario son:

- Es la interacción de miembros de diferentes sistemas de la sociedad, el médico o equipo de salud y el usuario.
- Por su naturaleza dicha relación es asimétrica, **cada cual desempeña un rol.**
- El prestatario del servicio tiene más poder o el poder dentro del marco de la relación.
- Los actores en esta relación tienen niveles de expectativas diferentes, pero deben llegar a un acuerdo ó equilibrio.
- El paciente espera que lo curen o lo atiendan en su demanda, pero, además, que la relación sea satisfactoria.

- El miembro del equipo de salud espera utilizar adecuadamente sus conocimientos y que el paciente cumpla con las recomendaciones, que se le han dado para restablecer y fomentar la salud.
- En este encuentro es fundamental que se dé una relación de confianza mutua, y que esté mediada por la palabra en donde ambos miembros expongan sus pensamientos.

1. Bases de la relación según Parsons

- Es el primer sociólogo que analiza la relación dentro de un contexto social y en el marco de la sociología. Insiste mucho en que la relación se da entre miembros que proceden de sistemas diferentes.
- Hace mucho énfasis en el buen desempeño de los roles dentro de la relación. El paciente está enfermo, pero no tiene la responsabilidad de esa situación, es involuntaria. Su enfermedad le justifica no cumplir con las tareas que habitualmente desempeña. Por eso, debe buscar ayuda, asumir su rol y cumplir con las normas y recomendaciones que el sistema, a través del profesional que lo atiende, dicta para curar ó fomentar su salud.

2. Críticas a la concepción de Parsons

Del modelo de Parsons se desprenden una serie de críticas importantes que han sido planteadas por diversos autores entre ellos Freidson. (Freidson, citado por Rodríguez, 1981)

Según este autor, el aporte de Parsons, es un modelo muy apropiado para la sociedad norteamericana de los años 50, por su carácter pragmático, pero no es aplicable para otras sociedades. Al respecto dice:

Freidson

El aporte de Parsons es una abstracción de la realidad, por que no se toma en cuenta el contexto en donde se produce la interacción. Esta relación varía según la describe Parsons, de acuerdo con el tipo de enfermedad y no por el tipo de paciente que está consultando.

De acuerdo con este enfoque el énfasis se da al individuo. El profesional de salud o el médico, según Parsons, tendrá que hacer solamente un ajuste de sus conocimientos clínicos cuando cambia de usuario.

En esta concepción el paciente es pasivo; su única participación es cooperar y cumplir con las recomendaciones del profesional que lo atiende.

Algo muy importante que señala Freidson, es que Parsons toma en cuenta en el análisis de esta relación, solamente al médico e ignora totalmente al paciente y sus expectativas, sus necesidades y concepciones, de lo que padece o su opinión en relación con el servicio que está recibiendo. Este modelo que ignora el conflicto en la relación, no habla de cómo influye la comunicación en este encuentro.

Concl.

Respecto de Parsons hay que rescatar que analiza la relación dentro del marco de la estructura social. Pero es un modelo que se basa más en "un conjunto abstracto de expectativas institucionalizadas que en la observación sistemática de la conducta humana"

El análisis no incorpora los aspectos en el contexto psicosocial y cultural del enfermo, que es fundamental en la atención de salud.

El objetivo de la relación médico u otro profesional de salud con el paciente es: dar un resultado positivo y gratificante para ambas partes. "Ambos forman parte de un sistema más amplio, determinan intereses diferentes basados en la estructura de cada rol, y no intereses comunes, necesidades recíprocas de un sistema combinado profesional cliente". Como vemos este autor está incorporando la idea de conflicto y negociación en ambos subsistemas, y no un encuentro regido exclusivamente por las normas institucionales y capacidad técnica científica del profesional.

III. CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN ASISTENCIAL



Analizar los principales roles y categorías de comunicación que se representan en la relación equipo de salud – usuario.

A. REQUISITOS PARA UNA BUENA RELACIÓN

La relación equipo de salud paciente debe analizarse en el marco de los establecimientos de salud, hay aspectos centrales que deben cumplir entre los que se destacan los siguientes:

- Debe ser una interacción entre el profesional de salud y el usuario, que tienen que tomar posiciones estratégicas para sacar ganancias y lograr sus expectativas.
- Continuidad en la asistencia, que es un aspecto muy importante sobre todo en la atención primaria, porque permite el conocimiento del paciente y su entorno familiar y comunitario.
- Alto nivel de satisfacción de parte de ambos miembros, identificando en la forma más precisa la demanda o necesidad del paciente.

Los aspectos señalados anteriormente pueden ser factores condicionantes para que el usuario no sólo esté satisfecho sino que cumpla con las recomendaciones del acto clínico. Además es necesario el cumplimiento o colaboración del paciente y una adecuada intervención del profesional. Por esa razón, es tan importante, en el marco de la formación del profesional sanitario, el análisis de su relación con el paciente, ya que se puede afirmar que este encuentro se convierta en uno de los factores más determinantes de la satisfacción del usuario y garantiza la continuidad de la atención.

Para cumplir con los objetivos de la relación asistencial hay dos fenómenos que garantizan una buena calidad.

1. La forma como se asumen los roles en cada uno de los sistemas y
2. La calidad de la comunicación

Res.

El encuentro de un usuario con el Sistema de Salud aparentemente es una relación asistencial de tipo cooperativo, dos personas se encuentran para solucionar o promocionar la salud de una de ellas, parece algo muy sencillo. Pero cada miembro o actor en esta relación aporta muchos aspectos o situaciones que deben analizarse

B. DESEMPEÑO DE ROLES Y TIPO DE COMUNICACIÓN

Hay roles dentro del sistema salud, que condicionan un determinado tipo de comunicación.

Entre estos roles pueden distinguirse los siguientes:

1. Rol Paternalista

Hay un alto control por parte del profesional y un papel muy pasivo del paciente. Este es uno de los roles más tradicionales en el ámbito de la atención médica.

Ej.

A una mujer con problemas cardíacos, el médico le dice en su consulta, "tenemos que hacer algunos exámenes de laboratorio porque tiene las **enzimas** altas. En este rol el médico toma decisiones importantes y le da a la persona las indicaciones necesarias, pero no le explica sobre la gravedad de su padecimiento. Por lo tanto la paciente se angustia por la falta de información.

El paternalismo es bueno en algunos casos y en algunos momentos de la atención, por ejemplo pacientes que están muy enfermos y son muy vulnerables. Ejercer este rol no es negativo para la relación en tales casos. Pero es conveniente como en toda relación dejar un espacio para escuchar lo que expresa el paciente.

2. Rol clientelista

Se invierte la relación de poder, el paciente se impone al profesional, y es muy común en la práctica liberal; es decir, se debe escuchar al **cliente** y no al **paciente**. Cuando el paciente plantea la necesidad de hacerse exámenes de rutina, quizás el médico pueda sugerir que no es necesario, pero el marco de la relación hace que el médico acceda, aunque en muchos casos no corresponde.

3. Rol de ausente

Corresponde al profesional que casi no emite palabras frente al paciente.

Ej.

Es mi primera consulta de control del niño y la enfermera casi no me dijo nada; por eso, no me atreví a preguntar”.

Puede decirse que este rol paraliza la relación, y aunque cumpla con el control del niño, la madre en este caso no conoce esa información. Este tipo de relación es muy negativo cuando el nivel cultural de la persona es muy bajo, pertenece a otra cultura y está aprendiendo el idioma o por características de personalidad en el caso una persona muy tímida.

4. Rol mutualista

Están presentes los intereses de ambos en materia de expectativas; el profesional expresa lo suyo y el usuario se siente en libertad de preguntar.

Byrne y Long (Marín, 2000): Concluyen que a pesar de las variantes que existen en estos roles y que de hecho permiten mantener el status profesional y que además como lo demuestra el análisis posterior llevan implícitas un tipo de comunicación, las posiciones dominantes son básicamente dos :

- a) Relación centrada en el profesional: Se caracteriza porque el profesional plantea preguntas en donde necesita respuestas breves. No hay posibilidad que el paciente exponga otras inquietudes con relación a su problema o demanda.
- b) Relación centrada en el paciente. Aquí es posible establecer una comunicación satisfactoria en la relación. Generalmente el profesional formula preguntas abiertas y le permite al usuario exponer otros temas que si bien en algunas ocasiones no aportan datos para la elaboración del diagnóstico, si aportan información de la forma como la persona percibe su estado de salud, así como aspectos

relacionados con su ambiente familiar y que influyen en el resultado del tratamiento. De acuerdo con los planteamientos del sistema sanitario, la opción **b** es la ideal para los objetivos que se plantea en Gestión Clínica en el marco de la atención sociedad costarricense, por cuanto es posible aplicar los conocimientos técnicos científicos en el marco de las necesidades del paciente de acuerdo al grupo social a que pertenezca, para lograr un servicio que tenga un resultado satisfactorio.

Concl

- Es preciso considerar en este encuentro aspectos que van más allá de lo técnico científico. Los determinantes psicosociales y culturales están presentes en ambos miembros antes de que se establezca la relación; es decir, ambos miembros del sistema se presentan con una historia previa que influye en la relación. Estos aspectos favorecen u obstaculizan el resultado de la atención. Los que obstaculizan obviamente deben ser analizados y modificados en el marco de esta relación.
- El equipo de salud tiene un objetivo: cumplir con la atención del paciente en forma satisfactoria. Utiliza una serie de estrategias para obtener un buen resultado, que no necesariamente son siempre las más adecuadas.

Dentro de las más utilizadas:

Dar al paciente información sobre la intervención, de tal forma que favorezca su participación.

Usar la recompensa como mecanismo para que el usuario se motive a colaborar en el tratamiento o programa. Se le dice que si cumple con las recomendaciones se le da algo a cambio; para esto generalmente se pide la colaboración de los grupos de referencia como la familia.

Se utiliza también, en el marco de la institución, para legitimar sus recomendaciones; por último, emplea medidas de coerción, que llevadas al extremo, muchas veces amenazan al paciente con referirlo a otro servicio o a otro colega.

Cualquiera que sea la estrategia aplicada si no hay una comunicación satisfactoria puede que no se obtengan buenos resultados.

IV. LA COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN EQUIPO DE SALUD – USUARIO

0

Reconocer la importancia de los tipos de comunicación para establecer la relación equipo de salud-usuario.

A. ACERCA DEL CONCEPTO DE COMUNICACIÓN

Comunicación es una expresión a la que se le dan significados muy variados; muchos piensan que es simplemente decir algo, informar.

**Comunicación
(Concepto)**

La comunicación se establece cuando el otro expone lo que piensa y siente a través del lenguaje verbal y no verbal. Debe tener una función informativa, promotora y evocadora.

Ej.

Se le comunica al paciente la importancia y necesidad de cambiar su estilo de vida en lo que se refiere a la alimentación. En este caso, si el paciente reacciona y no aporta su discurso, no se está frente a una comunicación, podría tratarse simplemente de una recomendación que el paciente recibe.

1. Algunas formas de comunicación

Argyle citado por Rodríguez, 1983, se refiere a formas muy comunes no de comunicación, sino de pseudo-comunicación de parte del profesional sanitario.

**Habla
egocéntrica,
dirigida al yo
mismo**

Muchos profesionales cuando atienden al paciente hablan para sí mismos. Generalmente no miran al paciente y hacen las recomendaciones como si las estuvieran dictando.

Ej.

Debe bajar el consumo de sal, "Le voy a mandar estas pastillas", habla mientras escribe sin levantar la vista. Sustituye la despedida, con una frase "que pase el siguiente".

2. Otras formas de comunicación son las siguientes:

- La que **da órdenes** e instrucciones que pueden ser persuasivas y autoritarias. "Usted lo que debe hacer es...." Este estilo se puede usar siempre y cuando se le permita al usuario decir algo, entrar en el discurso
- Está también el profesional que **solo hace preguntas** y al final hace un diagnóstico o recomendaciones. Como es sabido la pregunta es necesaria para orientar el diagnóstico. Pero el usuario debe tener un espacio para hacer un comentario y plantear sus interrogantes.
- También algunos profesionales comienzan con una **charla muy informal**, y hace algunos chistes. Puede ser conveniente, cuando el paciente está muy ansioso. Pero si es un paciente muy rígido se puede bloquear la información.
- La que solo **aplica rutinas sociales**, como son saludar, disculparse y despedirse pero con un carácter muy formal.
- Los que utilizan demasiado el **lenguaje no verbal**. Por ejemplo, gestos, movimientos de las manos y pocas palabras.

El siguiente cuadro resume una serie de categorías de comunicación que se usan frecuentemente con los pacientes en cualquier nivel de atención.

Categorías de la comunicación verbal en la interacción equipo de salud-usuario (Rodríguez, J.)

	Usuario	Equipo de salud
Dar Información	Contar síntomas, contestar preguntas, responder a instrucciones, sugerir, opinar, etc.	Dar información, opinar, sugerir, instruir, aconsejar, persuadir, intentar motivar, dar instrucciones, enseñar, explicar, orientar, plantear problemas, discutir la solución de problemas, contestar preguntar, dar causas, síntomas, diagnóstico, tratamiento, autocuidado, prevención, pronóstico, gravedad, etc.
Pedir información	Pedir orientación, opinión, instrucciones, sugerencias, preguntar en general, preguntar sobre la medicación, tratamiento, estilo de vida, prevención, autocuidado.	Preguntar, pedir información, hacer la historia clínica, preguntar sobre el cumplimiento, hacer preguntas abiertas no directivas.
Conversación social	Intercambio social, comentarios sociales, presentarse, conversación social no médica, conversación social/familiar.	Saludar, mostrar cortesía, presentarse, hablar de temas no médicos, dar información personal, discutir temas familiares y personales.
Charla Positiva	Reír, mostrarse amigable, mostrar solidaridad, relajar tensión, mostrar acuerdo y aprobación.	Mostrar acuerdo, mostrar aprobación, reír, usar humor, relajar tensiones, mostrar solidaridad, dar seguridad.
Charla negativa	Mostrar antagonismo, mostrar desacuerdo, mostrar tensión.	Mostrar desacuerdo/criticar, antagonismo u hostilidad, tensión, afecto negativo, generar tensión, ansiedad/nerviosismo, cometer errores de lenguaje, interacción negativa, aburrimiento.
Construcción de camaradería		Pedir opinión a los pacientes, comprender, hacer sugerencias, preguntar, dar ideas, hacer interpretaciones, reflejar los enunciados de los pacientes, facilitar las respuestas de los pacientes.

Sucedo que, en la mayoría de las veces, estas formas operan en forma inconsciente, y no se considera la realidad interna del paciente, para seleccionar la dinámica de la comunicación más adecuada que debe utilizarse con la persona que se está atendiendo.

Si el profesional identifica qué estilo o estilos son los más adecuados, entonces puede unir la faceta técnica con la faceta humana de la relación, que es todo un arte, sobre todo si se toma en cuenta que, además de otras interferencias, existe un tiempo limitado para atender el paciente.

Unas de las observaciones que se escuchan con frecuencia es que hay muy poco tiempo asignado ya sea para la consulta o trabajo con otros grupos de la comunidad, por lo tanto no es posible identificar el estilo más adecuado para comunicarse con el usuario.

Balint y Norell (1979), estudiaron dentro de muchos aspectos la relación del factor tiempo y calidad de la comunicación, y cuya obra tiene un título que es muy ilustrativo para esta unidad "Seis minutos con el paciente":

Concl

Es posible una buena comunicación, en un período corto de tiempo. En este caso el profesional de la salud debe ejercitarse en el difícil arte de la comunicación.

B. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

1. El Marco de la Interacción

Por su naturaleza la relación humana es difícil para ambas partes, equipo de salud-usuario. Ambos actores tienen expectativas sobre el encuentro, que varían según el tipo de demanda y las características tanto del usuario como del profesional y del marco institucional.

El usuario espera, resolver un problema o recibir un servicio y el médico u otro profesional del equipo de salud debe dar una solución o respuesta adecuada.

Todo esto debe realizarse en el marco de la institución que plantea sus regulaciones y sus normas.

Ej.

Si la madre trae al niño para el control de crecimiento y desarrollo, en este caso el niño no tiene ningún problema de salud. Si bien, el usuario puede sentir algún grado de ansiedad, esta no obstaculiza la relación Médico-Paciente. El médico da algunas recomendaciones, que tendrán resultado de acuerdo con el nivel de comunicación que exista, como lo analizaremos más adelante. En este caso el profesional no tiene la presión de emitir un diagnóstico, que aunque sea un acto aparentemente tan técnico científico siempre genera ansiedad en el profesional.

Otro escenario sería los padres que traen al niño enfermo. Se trata de una enfermedad corriente como un resfrío, y aunque no sea grave, demanda otro tipo de atención y una solución adecuada. Por otro lado, el médico debe emitir un diagnóstico y una serie de recomendaciones. En esta situación el nivel de expectativas de la madre es diferente y hay mayor ansiedad, que en el ejemplo anterior.

Pero si los padres se presentan con un niño, con una enfermedad grave como neumonía y tienen temor de que lo hospitalicen, la carga de ansiedad del usuario es mayor y el nivel de expectativas es muy alto, por lo que existe menor tolerancia a la frustración, y mayor ansiedad. Por lo tanto, aquí el contexto de la interacción también varía. Los ejemplos anteriores ilustran como en cada caso el tipo de demanda hace que varíe el marco de interacción entre el médico y el paciente.

Res

Condiciones que se dan en la interacción entre el equipo de salud y el usuario:

- Esperanzas de encontrar una solución o beneficio en el consultante.
- Temores del consultante, angustia por su estado de salud.
- Esperanzas del equipo de salud de dar una buena respuesta a la demanda del paciente y temores de no responder adecuadamente, sobre todo si se trata de un diagnóstico.

Esto determina en gran parte el tipo de comunicación y el resultado de la intervención.

a. Las características del sistema de salud público.

En la red pública estos determinantes interfieren en forma diferente.

- El profesional de salud es evaluado por el número de actos médicos que realiza. Tiene que atender y cumplir con un número determinado de paciente que le asigna la institución
- Tiene un tiempo definido para atender a cada paciente. Esto influye en la calidad de la consulta y de la comunicación.

El marco de interacción no permite expresar en muchas ocasiones la carga emocional que significa para ambos la relación.

**Clyne
(1979)**

Al referirse al marco de la interacción se basa en un estudio sobre diagnóstico, realizado por Boyle que es ilustrativo para el tema. En el marco de la interacción con los pacientes, hacer un diagnóstico no es un ejercicio meramente intelectual, sino que tiene connotaciones emocionales tanto para el médico como para el paciente, que influyen en el resultado de la intervención y en el nivel de satisfacción de ambos.

b. La conducta del profesional de salud

Los aspectos anteriormente señalados pueden ayudar a comprender por qué el profesional de la salud tiene serias dificultades para acceder al mundo del paciente.

Se dice que el profesional de salud está muy preocupado por el diagnóstico, también por el encargo que le hace la institución. Que debe cumplir con la consulta y, en la mayoría de las veces, no se percata de la participación del otro, del destinatario de sus servicios. Por esa razón atiende su consulta con formas de comunicación bastante estandarizada.

Formas de comunicación del profesional de salud

- El profesional sanitario suele usar la jerga profesional para comunicarse con el paciente, por ejemplo en el caso del hipertenso, a quien muchas veces se le dice que disminuya la ingesta de **sodio**. Esta palabra en algunas ocasiones no la entiende el paciente.
- Se diagnostica una **flebitis severa**. El paciente no sabe qué es **flebitis**, esto, obviamente le provoca angustia sino se le explica en forma adecuada.

Algunos autores como Balint, Clayne (1970) han encontrado en sus investigaciones que las expresiones aparentemente simples no son, a veces, asimiladas por el paciente o que tienen significados diferentes en el marco de la cultura. Se utilizan porque se subestima el nivel cultural del paciente y no se considera que una explicación menos técnica la puedan entender.

- La utilización de la jerga también puede estar destinado a demostrar poder y así mantener el status dominante.
- También muchos profesionales sanitarios piensan que el paciente no debe saber con exactitud lo que le pasa, para evitar el **stress**.
- El uso de un lenguaje técnico bloquea la comunicación que es fundamental para que se realice una adecuada actividad clínica.

Con este lenguaje se llega a un trato impersonal que muchas veces es utilizado para que el paciente no intervenga en el diagnóstico.

c. La conducta del paciente

El paciente puede colaborar o no con las indicaciones. Eso depende de sus propias características, de la relación que el profesional establece y del marco de la institución.

Dimensiones importantes de conocer en el paciente para mejorar la comunicación

- **Sociodemográficas:** Edad, sexo, su estado civil, condición de clase, etnicidad condiciones económicas y nivel instrucción
- **Culturales:** Costumbres, religión, percepciones ante los fenómenos, representaciones mentales sobre las cosas
- **Psicológicas:** No sólo solo incluye las conductas, sino que también su historia de vida y la subjetividad.

Las características señaladas determinan su forma de pensar y sentir. Explican los fenómenos personales y los de los grupos de referencia. Interesa conocer cómo esta serie de determinantes influyen en la percepción de la salud y la enfermedad de los usuarios cuando utilizan un servicio. Estas dimensiones pueden ayudarnos a entender cómo el paciente interpreta sus síntomas. Por esa razón, en muchas ocasiones la forma cómo una persona expresa sus síntomas ó necesidades no guarda relación con su enfermedad. Esas son las dificultades que tiene el profesional para dar una respuesta a la necesidad del usuario.

Eisemberg (Fitzpatrick R., 1984)

Señala, cuando se refiere a la distinción entre enfermedad y mal: "los pacientes sufren males, los médicos diagnostican y tratan enfermedades". "Los males son experiencias de cambios menguantes en estados de ser y en función social: las enfermedades son anomalías en la estructura y en función de órganos y sistemas del cuerpo." Por consiguiente, la enfermedad, es un trastorno corporal que es "explicado por parte del paciente utilizando factores culturales que rigen la percepción, el nombre y la explicación de la experiencia desagradable"

2. La condición de clase

Cultura de la pobreza

Según este modo de ver las cosas, las comunidades que sufren de pobreza y subdesarrollo, en respuesta a su situación, tienen la sensación de impotencia, pasividad y fatalismo. En algunas versiones de esta tesis, la cultura de la pobreza puede estar tan extendida en una comunidad que domina por completo las opiniones de los individuos sobre el mundo, aun cuando mejoren sus circunstancias económicas. Acepta los bajos niveles de salud, desconfía de la medicina moderna, y es particularmente incompatible con el concepto de salud preventiva, orientada hacia el futuro.

Los siguientes son aspectos que ilustran como la estructura de la pobreza, determina la percepción de la salud-enfermedad:

Blaxter y Paterson

Las madres en muchas ocasiones aceptan como normales ciertos tipos de síntomas en ellas o en un miembro del grupo familiar por ejemplo, infecciones periódicas en el oído y toses fuertes.

La pérdida de la salud, en el caso de los adultos solo tiene significación funcional, mientras el individuo pueda seguir yendo a trabajar.

La gente mayor aceptaba una serie de síntomas como normales de la edad.

La condición de clase marca una forma de relacionarse con los servicios de la sociedad.

Unido a la condición de clase está la etnicidad que se ha estudiado en las sociedades en donde el fenómeno migratorio es intenso, en el caso de Costa Rica es un tema que está tomando interés. Los grupos minoritarios en un país están en desventaja no solo en lo económico sino que también en lo cultural.

Concl.

Sobre las condiciones de clase y la relación usuario sistema de roles.

Como en otras esferas la condición de clase define un determinado acceso a los servicios. Esta condición tiene influencia en la relación que establece el profesional con el paciente. Para algunos profesionales por sus propios prejuicios y estereotipos puede que tengan la idea de que la gente de clase baja tendrá más dificultad de entender ó seguir el tratamiento. Otros pueden pensar que la gente de clase baja es más demandante y que no pueden responder a su demanda.

Lo recomendable es ubicar al paciente y ver como influye dicha condición en la relación que se establece, porque tanto el individuo como el grupo no siempre responden de igual forma a un tratamiento o trabajo de promoción de su salud.

3. Características socio-culturales: el papel de representación social

El ser humano es ante todo un sujeto práctico. Su relación primaria con la realidad no es teórica o especulativa sino práctica - utilitaria. Necesita de alguna forma explicarse la realidad. (Jiménez A, 1996).

En esta relación con la realidad construye un "**conjunto de representaciones sociales, imágenes, etc.**", que le permitan orientarse en la realidad, e intentar interpretarla (comprenderla y hacerla suya) desde la posición histórico-social que ocupa.

Produce representaciones sociales que en el ámbito individual las denominamos mentales, y la utiliza para relacionarse con las cosas y los otros sujetos. (Jiménez A, 1996)

El usuario trae consigo entonces un conjunto de saberes – creencias – técnicas y, como está señalado anteriormente, un poco de ciencia.

4. Funciones de la representación de las cosas en los individuos y la salud

La representación que el individuo tiene de las cosas, o los fenómenos cumple fundamentalmente tres funciones:

- Posibilitar a los individuos a dominar y dar sentido al mundo.
- Facilitar la comunicación con sus semejantes.
- Transformar el conocimiento científico en sentido común

Las representaciones sociales son una forma de interpretar y de pensar la realidad cotidiana.

Esta producción se produce en relación estrecha con la cultura y sus formas de producción.

No sólo somos estímulo-respuesta, sino que tenemos un lenguaje simbólico para comunicarnos. Estos símbolos le permiten al individuo ordenar el mundo en que vive y dar respuesta en la comunicación.

Res

Hay un ordenamiento por la palabra.

Un campo de significaciones.

Un discurso que tiene que ser tomado en cuenta en el momento en que el usuario toma contacto con el sistema de salud y, más concretamente, con un miembro del equipo de salud.

Las representaciones sociales que tiene el individuo determinan en gran medida la percepción que tienen de la salud y de la enfermedad y de los factores de riesgo.

Este tema ha sido estudiado por los antropólogos culturales y sociales.

Creencias culturales y salud

Concretamente se parte de que las creencias culturales influyen profundamente en la forma como el individuo se explica la salud y la enfermedad. Estas percepciones influyen en la forma como identifiquen los factores de riesgo.

En relación con este tema existe una concepción errada en cuanto que las creencias sólo influyen en grupos minoritarios, como es el caso de los grupos indígenas, donde generalmente se ubica el trabajo de los antropólogos. Pero en cualquier grupo social existe una influencia de su cultura y de los conceptos mágico - religiosos que manejan y son parte del mundo interno de cada uno de los individuos, sobre todo cuando cumplen el papel de usuario ó paciente.

Ej.

Helman citado por Fitzpatric han estudiado el concepto de frío y caliente en relación con la enfermedad y han destacado aspectos muy similares.

Algunos individuos asocian la enfermedad a un desvío de la temperatura del cuerpo. Una enfermedad caliente es aquella que nos causa fiebre. Los enfriamientos o resfríos se asocian a enfermedades frías.

Enfriamientos y resfrío tienen que ver con la relación existente entre el individuo y el medio (es un acto – irresponsable), el individuo es quien tiene la responsabilidad. Generalmente se suministran al individuo bebidas calientes para restablecer la temperatura del cuerpo.

Las fiebres se asocian a entidades invisibles, concretamente gérmenes. En este caso, el individuo no tiene responsabilidad ha sido invadido; generalmente se le suministran bebidas para que, a través del sudor y la orina, el individuo los expulse.

Ej.

En algunos casos, los trastornos depresivos se manifiestan en síntomas físicos. El lenguaje es rico y tiene muchos conceptos para explicar síntomas físicos, pero escasos para factores psicológicos.

Ej.

Pill y Stott, encontraron que mujeres Londinenses de clase media en edades comprendidas entre los 30-45 años, asociaban sus enfermedades a gérmenes e infecciones y en muy pocos casos hacen referencia al ambiente y estilos de vida.

El sentir popular de los “nervios”, se usa con frecuencia para explicar algunas enfermedades como por ejemplo la, hipertensión, los aspectos relacionados con el corazón. Por lo general se puede relacionar con un determinado problema.

Así, la actividad clínica dentro de la gestión clínica tiene la tarea de identificar el lado oscuro del síntoma; es decir, aquello que se expresa a través de otros símbolos y que intervienen en la comprensión y solución del problema, ó necesidad planteada.

Se dice que el sistema de salud se preocupa mucho por los factores relacionados con la organización del servicio de salud . Pero muy poco por la calidad de la relación paciente ó usuario y el equipo de salud; aspecto que en la gestión clínica se le da mucha importancia ya que determina en gran medida una buena atención y ayuda a que se logro continuidad en la atención.

La siguiente tabla resume los factores determinantes la comunicación

5. Factores que influyen en la comunicación entre profesional y paciente

El marco de la interacción La estructura del sistema sanitario La conducta del profesional sanitario La conducta del paciente Las características personales y sociodemográficas del paciente y del profesional.
--

Como vemos la tabla resume las dimensiones fundamentales que se deben considerar al analizar este encuentro en donde se ponen en juego tanto el sistema de salud como el bienestar del individuo. La relación del individuo con el médico u otro profesional de la salud, generalmente ha sido analizada, pero en este momento se tiene muy clara su importancia. Por ejemplo en “El I Congreso de Derecho Médico, realizado en San José de Costa Rica, se le dio mucha importancia al fenómeno de la relación Médico paciente y de sus objetivos se desprende la preocupación por la práctica médica” (Solano P., 1998)

Son muchos los aspectos que se deben considerar con respecto a la relación del equipo de salud y el usuario. La investigación actual en el Sistema Sanitario esta incorporando en el análisis de la calidad de los servicios de salud desde la perspectiva del usuario.

La respuesta del Sistema Sanitario basada en las necesidades en salud del individuo y su comunidad demanda una mayor calidad en la comunicación, en ese espacio de interacción que se establece cuando un individuo toca la puerta del sistema de salud y se convierte en usuario.

Se tiene como propósito o ideal que el resultado de este encuentro sea satisfactorio para ambas partes.

Se parte que la satisfacción genere una actitud positiva en el usuario en las diferentes dimensiones del cuidado de la salud y no solo se quede en la atención de la enfermedad. Lo ideal es entonces desarrollar en el usuario una conducta de cumplimiento que sólo es posible si el individuo esté satisfecho con el servicio que se le brinde.

Lo anterior puede garantizar la continuidad en el uso de los diferentes servicios que le son ofertadas.

Lograr este nivel de participación es uno de los objetivos de la Atención Primaria y que permiten mejorar la respuesta institucional frente a las necesidades en salud del individuo y la comunidad.

TERCERA


U N I D A D

LA “REFERENCIA MÉDICA”: ELEMENTO DE LA GESTIÓN CLÍNICA

Objetivo General de la tercera unidad

Analizar la práctica de la referencia de la referencia médica, en su papel de vincular la continuidad de atención de las personas, a fin de caracterizar su funcionamiento como instrumento para la gestión clínica en el primer nivel de atención.

I. REFERENCIAS MÉDICAS EN LOS SISTEMAS DE SALUD *

	Analizar las principales características de algunos estudios nacionales e internacionales sobre referencias médicas, con el fin de detectar su funcionamiento dentro del sistema de salud.
---	--

A. ESTUDIOS INTERNACIONALES

Luis García Olmos en 1993, realizó un estudio sobre las referencias médicas que se produjeron en España. En dicho estudio participaron médicos que ejercían tanto en el sector público como en el privado.

A continuación se presenta un resumen de los principales hallazgos de este estudio, que incluye tanto características de las referencias como sobre los profesionales que las emitieron:

Parámetros sobre referencias médicas

Con respecto al porcentaje de referencias médicas, en función del número de consultas externas, se encontró que es de 5.58%. Se considera que un médico que refiere poco lo hace en un 3%; el que refiere moderadamente lo hace en un 5% y uno que refiere mucho lo hace en un 10 % aproximadamente.

Características de los profesionales

El estudio involucró 242 médicos y médicas generales. Se encontró que existe una mayor tendencia a referir por parte de las profesionales médicas (6.7% más que los profesionales varones). No se demostró que la edad de los profesionales y que la antigüedad laboral o los años de experiencia fueran un factor importante o influyente en la referencia.

Comportamiento por especialidades

Existe un patrón de referencia con predominio de especialidades quirúrgicas (oftalmología, otorrinolaringología, cirugía general y traumatología).

* En el apartado II de esta unidad, se aportan varios conceptos sobre referencia.

Características del paciente

Las mujeres y los jóvenes ejercen mayor presión por la referencia que otros grupos etáreos. El grupo que más se refiere es el de 25 a 44 años, el porcentaje de referencia desciende hacia los extremos, de modo que los grupos de menor referencia son el de 1 a 4 años y el de 65 y más. Existe una mayor tendencia a referir más a los hombres que a las mujeres, sin embargo, las diferencias sólo fueron significativas en el grupo de 75 años y más.

Características estructurales de las referencias

Dentro de los factores estructurales que afectan la variabilidad en la referencia se encuentran la carga de trabajo que tiene el médico, la distancia a los servicios de salud, el tamaño de la población asignada, el número de médicos que componen el equipo, la acreditación docente, la localización de la consulta y el modelo asistencial. La accesibilidad es la variable que mejor predice la referencia.

Parámetros sobre referencias médicas

Olmos en su estudio también presenta otros indicadores, entre ellos los porcentajes de referencia para diferentes países de Europa: Noruega, Italia, Dinamarca, Francia, Hungría, Suiza y Holanda, el rango oscila entre 2.6% y 8.2%. Para Canadá entre el 5% y el 7%, para el Reino Unido entre 3.6% y 6.6%. Además hace presente que en un estudio estadounidense el porcentaje de referencia fue de 4.3%.

En la década de los 60, K. White (Reino Unido, White referido por Olmos, 1993) realizó un estudio y demostró que la capacidad del médico general para atender los problemas de salud es del 90% aproximadamente; o sea, que el porcentaje de referencia es de un 10%. Dicho estudio ha sido realizado en varias ocasiones y se han encontrado resultados similares.

En el Sistema Nacional de Salud de Costa Rica, se conocen pocos estudios sobre este tema, así como al interior de la red de servicios de las regiones de salud.

B. INFORMACIÓN NACIONAL

1. Área de Salud Turrialba - Jiménez

En uno de esos estudios realizado en el período Enero 98-99 en el Área de Salud de **Turrialba-Jiménez** de la Región Central Sur; se encontró un promedio de 500 referencias de un total de 10.000 consultas mensuales. Lo cual corresponde a un 5%.

A continuación se presentan algunos de los hallazgos:

Origen de las referencias

En relación con la procedencia de las referencias se encontró que un 54% proceden de los EBAIS; un 7%, del médico de empresa; un 8%, de medicina mixta y un 8% proceden de urgencias; el resto corresponde a referencias enviadas de otros niveles al primer nivel de atención.

Referencias según edad

Las referencias según edad del paciente se distribuyen de la siguiente manera: de 0 a 9 años 22%, de 20 a 59 años 58% y de 60 y más 20%.

Especialidades de referencia

En relación con las referencias para especialidades y exámenes especiales destaca con un 13% la especialidad de ortopedia; un 10%, gastroscopía y se mantienen en igual nivel oftalmología, otorrinolaringología, ginecología, optometría, psiquiatría y cirugía programada (5% en cada una).

2. Área de Salud del Guarco

En la clínica de Guadalupe de Cartago existe “la consulta filtro” que revisa y gestiona las referencias enviadas de los EBAIS al Hospital de Cartago. Dicha actividad es realizada por un médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

En el período de enero 1998-99 se encuentra que debido a esta actividad de filtro a que son sometidas las referencias, únicamente un 49% de estas se elevan al hospital. El porcentaje de referencia corresponde a un 2% del total de consultas del Área de Salud del Guarco.

Seguidamente, se presentan algunos hallazgos de este estudio:

Pertinencia de las referencias

Según el criterio del Médico Familiar, del total de referencias revisadas en este período, se estiman justificadas el 54% e injustificadas el 46%. Injustificadas son aquellas que están incompletas en cualquiera de sus aspectos o cuando el manejo del paciente no ha sido agotado con los recursos existentes en el nivel local.

Referencias según edad y sexo

Según la edad, el mayor número de referencias se produce en el grupo de pacientes de 0-9 años (23%), seguido por los grupos de 30-39 (15%), el de 40-49 (13%) y en igual porcentaje el de 10 a 19 (13%). El 71% de los pacientes referidos revisados son mujeres y un 29%, hombres.

Motivo de la referencia

Según el motivo de la referencia el 7.9% de los pacientes se refieren por trastornos del pie (sobre todo pie plano), 6% por várices y le siguen con similar porcentaje la Mastopatía, Pterigión y Miopía.

Las justificaciones que se dan en torno a estos principales motivos de referencia en el primer nivel de atención, es porque no existen los recursos necesarios para su intervención.

Especialidades de referencia

Por otro lado, vemos que las especialidades demandadas son: ortopedia 15%, oftalmología 12%, ginecología 10% y con un porcentaje similar dermatología, vascular periférico, pediatría y otorrinolaringología, 5%.

De acuerdo con la percepción de los profesionales coordinadores de estas experiencias, las causas más relevantes relacionadas con la emisión de las referencias podrían ser las siguientes:

La formación del médico es muy irregular en las diferentes universidades y, sobre todo, está orientada al tercer nivel de atención.

La morbilidad referida requiere de tecnología muy especializada, con la que no se cuenta en el primer nivel de atención.

Ej.

- La restricción del médico general a recetar algunos medicamentos.
- El hecho de que una embarazada adolescente debe ser referida al ginecólogo aunque curse con un embarazo normal.

Aspectos relacionados con la gestión de los servicios de salud: materiales, equipo, planta física y normativa institucional entre otros.

3. Variaciones geográficas

Con respecto al porcentaje de referencia, existen variaciones muy importantes entre países y las puede haber también entre regiones y áreas de un mismo país; este se relaciona con las diferentes características del sistema de salud y con el área geográfica donde se ubican los servicios. Para nuestros efectos, en el cuadro siguiente se resumen los datos de algunas áreas de salud de tres regiones:

**Porcentaje de Referencias Médicas emitidas
por Región según Áreas de Salud de
tres Regiones de Salud
1998**

Región / Áreas	No. Referencias	No. Consultas externas	% * Referencia
Chorotega			
Santa Cruz	3.226	77.646	4.1
Cañas	1813	49.808	3.6
Tilarán	2224	45.393	4.9
Nicoya	1113	82.071	1.4
La Cruz	1538	35.341	4.3
Región Central Sur			
Turrialba - Jiménez	6278	105.827	5.9
El Guarco	2262	63.082	3.6
Puriscal -	2338	59.735	3.9
Turrubares			
Aserrí	6.384	95.934	6.6
Central Norte			
Poás	2.748	41.694	6.6
Atenas	2.669	56.820	4.7

Fuente: Informe Estadístico Mensual de Servicios de Salud, Sección de Información Biomédica. CCSS 1998. * Calculado con base al No. total de consultas externas

Los porcentajes de referencia varían entre un 1.4% y 6.6% de un área de salud a otra, los cuales pueden ser considerados bastante favorables.

II. CONCEPTO Y TERMINOLOGÍA DE LA REFERENCIA

0

Conceptualizar la referencia médica y deslindarla de otras concepciones afines.

A. DIFERENTES CONCEPCIONES DE LA REFERENCIA MÉDICA

En el Primer Nivel de Atención de nuestro sistema de salud, el beneficiario consulta con el Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS) sobre sus problemas de Salud. Cuando este nivel de atención se agota, el usuario es enviado en forma documentada a niveles de salud de mayor complejidad de resolución, con el fin de obtener el apoyo técnico, terapéutico y/o de diagnóstico de un especialista. A ésta acción se le denomina **referencia médica**. Existen distintos términos y concepciones al respecto. A continuación veremos algunos de ellos:

1. Referencia D.B. Shires (Concepto)

Es el proceso mediante el cual un paciente con determinada enfermedad recibe diagnóstico y manejo enteramente por parte del consultor (especialista) durante todo el curso de la enfermedad.

Se entiende que cuando el paciente es derivado o referido a otro médico, retorna al referente. Según sea el padecimiento, el especialista asumirá el manejo del paciente durante todo el curso de la enfermedad (ejemplo 1), o parte de ella (ejemplo 2), o simplemente realiza únicamente un procedimiento (ejemplo 3).

Ej.1

Paciente con diabetes en el embarazo que es referida para ser atendida por un profesional más especializado (obstetra) durante todo el embarazo y luego dicha paciente regresa al médico que la refirió (médico general), regresa con la referencia emitida por el especialista

Ej.2

Paciente con hipertensión arterial, que no responde al tratamiento disponible en el primer nivel de atención y es referida para que se le proporcione el medicamento.

Ej.3

Paciente que requiere de una citología del cérvix, pero no quiere ser atendida por un médico varón, por lo tanto se refiere a la ginecóloga para que realice el procedimiento y luego regresa a continuar su control con el médico general.

2. Demanda Derivada, (Concepto)* (Olmos L., 1993)

Se conoce como demanda derivada o derivación a la utilización por parte del Médico General de recursos ajenos a él, en beneficio del paciente.

Existe la tendencia de restringir la utilización del concepto a las situaciones en las que el médico pierde la responsabilidad de la atención del paciente parcial, total, temporal o permanentemente.

En aquellos casos en que el paciente es enviado a otro profesional para someterlo a una prueba diagnóstica exclusivamente, se habla de solicitud de pruebas diagnósticas y no de referencia.

En el sistema de salud colombiano (1972) a la referencia se le conoce como “remisión de pacientes”.

3. Remisión de pacientes (Concepto)

Es el proceso por medio del cual, se envía a un paciente para su atención de un nivel a otro, “dentro del mismo nivel, o de una institución a otra con mayores recursos para el diagnóstico y el tratamiento. (Normas generales)

La remisión se realiza desde la atención domiciliaria hacia el nivel institucional (puestos, centros de salud u hospitales). Su diligencia está a cargo de los promotores de salud y auxiliares de enfermería, en el área rural o marginal urbana. Existe también la remisión a nivel interinstitucional, diligenciada por el médico u odontólogo a partir del puesto de salud.

Llama la atención en relación con este concepto que la referencia puede ser emitida por personal no médico: los promotores de salud y los auxiliares de enfermería.

* En España, la referencia médica se conoce con el nombre “derivación”.

4. Transferencia
D.B. Shires
(Concepto)

Es el proceso mediante el cual el médico transfiere la atención total de su caso a un especialista, porque la complejidad o situación particular del caso así lo requiere.

Ej.1

El paciente hipertenso que sufre de una insuficiencia renal y es enviado al servicio de nefrología, ya que requiere de un manejo especializado y probablemente hemodiálisis.

Ej.2

Paciente hipertenso que sufre de un infarto agudo al miocardio el cual es enviado a un nivel superior para su respectivo manejo.

En la práctica, en el momento en que el paciente no regresa al médico que lo refirió, la referencia se transforma en **transferencia**.

Otro procedimiento mediante el cual se solicita apoyo para resolver las necesidades de salud de un paciente es la **interconsulta**.

Interconsulta
D.B. Shires
(Concepto)

La interconsulta es el proceso mediante el cual se busca un consultor respecto de un problema de determinado paciente, ya sea a causa de su complejidad, oscuridad o seriedad en materia de la atención requerida. Involucra la comunicación de dos individuos con diferentes áreas de experiencia.

El médico que hizo la interconsulta conserva la responsabilidad del paciente; el consultor responde aconsejando al médico sobre el problema específico, pero no conserva la responsabilidad del seguimiento de ese paciente.

Ej.

Doña Elvira es una paciente de 63 años que consulta porque “desde hace un mes tiene una alergia”. Cuando el médico la valora encuentra lesiones generalizadas en la piel compatibles con una Escabiosis que por su distribución inusual es considerada como atípica, lo cual es común de observar en el adulto mayor. Se le prescribe el tratamiento convencional, se le dan las indicaciones del caso y se le da una cita de control para 15 días. Cuando la paciente regresa aun presenta algunos focos activos del padecimiento por lo cual el médico decide pedir consejo al dermatólogo correspondiente, el que le aconseja utilizar otro medicamento que se emplea en los casos resistentes al tratamiento convencional y le indica otros aspectos del manejo en este tipo de pacientes.

El concepto de interconsulta en la actualidad, se aplica en la búsqueda de consejo en una variedad de consultores profesionales de la salud de carácter más amplio, lo cual implica, principalmente, obtener consejos sobre un problema de salud del usuario y no necesariamente requiere la presencia de un paciente.

La interconsulta puede llevarse a cabo por escrito o verbalmente, ya sea por teléfono o personalmente. De acuerdo con la organización de los servicios de salud, donde el primer y segundo nivel comparten el mismo espacio físico, con frecuencia se utiliza esta modalidad.

Ej.

En la Clínica de Coronado el médico especialista se desplaza al consultorio del médico general, donde se realiza la interconsulta personalmente en presencia del paciente.

III. ENFOQUE SISTÉMICO DE LA REFERENCIA

0

Identificar desde una perspectiva sistémica la función de la referencia.

A. CONCEPTO DE SISTEMA

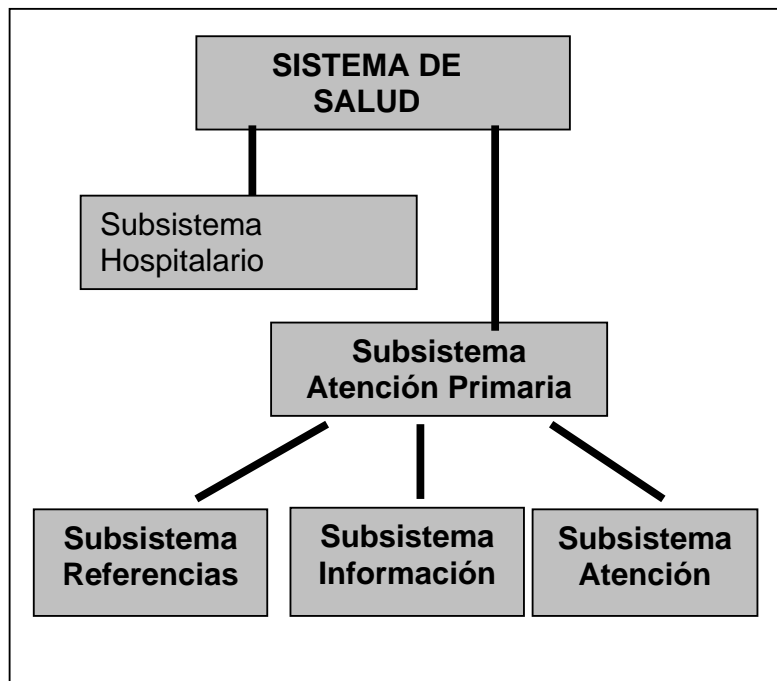
El sistema es un instrumento analítico que permite descubrir y explicar fenómenos de la realidad.

Sistema (Concepto)

Conjunto de elementos solidarios, interrelacionados e interdependientes, con vinculaciones en su entorno (Castillo, A., 1999)

Un sistema está formado por subsistemas (Villalobos L.). La construcción por bloques, es básica para desarrollar los sistemas. Los subsistemas tienen generalmente estructuras jerárquicas, esto es lo que sucede en los sistemas de salud.

Ej.



En la jerarquía, un subsistema (Atención Primaria) es un elemento de un suprasistema (Sistema de Salud).

El sistema de referencias se considera como un sistema abierto (Cordera, A., 1993), que permite el intercambio de información, materiales y energía con el medio ambiente, incluyendo el azar y entradas no definidas, por consiguiente, tiende a tener forma y estructura que le permite adaptarse a los cambios de su entorno, en tal forma que puede continuar su existencia. Es “auto-referente”, o sea auto organizado, en el sentido de que modifica su organización en respuesta a las condiciones cambiantes.

Ej.

Las organizaciones en los sistemas de salud constituyen sistemas abiertos; una característica crítica de su existencia es su capacidad para adaptarse y afrontar los cambios de la competencia, del mercado, según de lo que se trate, etc.

Un sistema abierto implica que tiene entradas y salidas; por lo tanto, cambio de elementos en su interior; recibe insumos (materiales, equipo, información, etc.), esto hace que el sistema se mantenga en equilibrio. En cuanto mayores son los insumos, mayor es el crecimiento. Este concepto es importante en los Sistemas de Salud, que necesariamente guardan una constante relación con el medio, pero que, de centrarse en la organización interna y perder el contacto con la realidad pueden pasar a un estado en que no necesariamente mejoren, por ello el “feed back” o retroalimentación es importante como insumo para volver a un estado de equilibrio.

**Retroalimentación
(Concepto)**

Propiedad de ser capaz de ajustar la conducta futura en razón de la actuación pasada, por lo tanto en los sistemas abiertos una exacta repetición de lo sucedido es absolutamente imposible (Citado por Cordero, 1993).

El estudio del medio ambiente es fundamental para ubicar el sistema en una totalidad y para entender sus interrelaciones con otros. El sistema debe ser considerado en relación con su medio; el sistema tiene influencia sobre el medio y el medio sobre él, o sea, que están en continua relación.

Contexto ambiental

- Espacio social en el que se encuentran los sistemas de salud, están sufriendo cambios continuos como resultado de la interacción de los valores sociales, por lo que su estudio constante es obligado.

Un sistema involucra la presencia de múltiples elementos interrelacionados, por lo que cualquier cambio en sus partes afecta a la totalidad, lo cual quiere decir que tiene un carácter dinámico, adaptable y ajustable. El sistema se relaciona externamente con el ambiente e internamente con sus componentes. Ello obliga a la necesaria coordinación entre sus elementos.

Partes del sistema: Figueroa, R., 1989)

- Entradas o insumos.
- “Caja negra” o proceso de conversión.
- Salidas, productos o resultados.
- Retroalimentación.
- Medio ambiente, contexto o entorno.

Los sistemas normalmente se representan por medio de modelos. El modelo para el Sistema de Referencia se muestra en el anexo No. 2.

En el sistema de referencia se pueden considerar como insumos o entradas: el recurso humano, el recurso físico, el equipo y los materiales. A continuación se enumeran algunos elementos que los conforman:

Recurso humano

- Formación profesional.
- Antigüedad y experiencia de los médicos.
- Conocimiento de la red de servicios y su capacidad instalada.
- Actores involucrados (médicos, recepcionistas, etc).
- Satisfacción (Complacencia por parte del médico)

Recurso físico

- Adecuabilidad de la infraestructura.
- Ubicación.
- Tamaño.
- Calidad.
- Acceso.

Equipo

- Tecnología apropiada
- Disponibilidad
- Capacidad
- Cantidad
- Calidad

Materiales

- Papelería para procedimientos médicos
- Para el Examen físico
- Disponibilidad
- Cantidad

Una vez que los insumos ingresan al sistema, estos son procesados para producir la referencia.

**Proceso
(Concepto)**

Se entiende por tal el conjunto de fases sucesivas que tipifican a un fenómeno sistémico.
(Castillo, A., 1999)

Algunos elementos por considerar en el proceso son los siguientes:

Proceso

- Normativa técnica (protocolos, resolutividad del Primer Nivel según oferta básica)
- Normativa administrativa
- Procedimientos
- Instrumentos (Registros de Referencia médica)

El producto final o resultado de este proceso es la emisión de la referencia, de la cual se habló ampliamente en los apartados anteriores.

El sistema de referencia, también está influido por la estructura y la organización de la red de servicios en cada sitio. Algunos de los eventos que la conforman son los siguientes:

Red de Servicios

- Coordinación con otros niveles
- Cultura organizacional
- Clima laboral
- Legitimidad o reconocimiento del trabajo de los EBAIS
- Horario de la consulta en los EBAIS (consulta vespertina, nocturna) y frecuencia
- Número de EBAIS
- Número de médicos
- Número habitantes por sector
- Supervisión del sistema referencias
- Sistema de citas, plazo
- Sistema de interconsulta
- Programa Educación continua y capacitación
- Compromisos de gestión
- Sistema de filtro para las referencias

Otro aspecto por considerar en la emisión de las referencias son las características del usuario, las cuales están determinadas en cuanto forman parte de las características y la dinámica de la población del área de atracción.

Elementos del contexto

- Edad
- Sexo
- Aspectos culturales (machismo, creencias)
- Policonsulta
- Dinámica de la población
- Educación
- Actividad laboral

Algunos elementos del contexto que pueden influir en la emisión de las referencias son los siguientes:

- Morbilidad de la zona
- Seguridad ciudadana
- Transporte colectivo
- Accesibilidad geográfica
- Tamaño de la población asignada
- Idioma
- Dinámica y características de la población

Concl.

El sistema de referencia esta determinado por un conjunto de partes (subsistema) las cuales están en continua relación y retroalimentación, tanto internamente con sus componentes y la red de servicios, como externamente con el medio ambiente. La emisión de las referencias es un proceso determinado multifactorialmente.

IV. FUNCIÓN DE LA REFERENCIA



Analizar la referencia, desde la perspectiva de sus requisitos fundamentales para su adecuada aplicación.

A continuación se presentan brevemente los elementos por considerar en la emisión de las referencias: el médico, el paciente y el sistema. Además se conceptualiza la **contratransferencia**.

A. EL MÉDICO:

El médico debe hacerse las siguientes preguntas claves antes de referir: ¿A quién? ¿Por qué? ¿Para qué? y ¿Cómo? se refiere al paciente.

1. ¿A quién?

Se debe establecer con claridad, cuáles son los recursos con que se cuenta en los diferentes niveles de atención en una región, a fin de que el paciente tenga el acceso al recurso óptimo para su situación.

2. ¿Por qué?

Una vez que se han agotado todos los recursos existentes en el primer nivel de atención, se plantea la necesidad de referir al paciente a niveles más complejos.

3. ¿Para qué?

La referencia se realiza para solicitar a niveles más complejos apoyo técnico terapéutico y diagnóstico, con el fin de resolver la necesidad específica de salud que requiere el paciente.

4. ¿Cómo?

Para lograr una buena comunicación entre los diferentes niveles de atención la referencia debe ser confeccionada en la forma más completa y clara posible.

a. Contenido de la referencia

En la CCSS (1,2) la fórmula que se utiliza para la referencia al médico especialista es la fórmula 4-70-04-0140 (Anexo No. 1). Dicha fórmula incluye datos de identificación y cita, solicitud de envío y resultados del informe del médico consultado. La solicitud de envío consta del resumen médico, el motivo del envío y la terapia empleada.

A continuación se describen los siguientes apartados:

a¹.Identificación

Se registran datos que identifican al paciente, al establecimiento que refiere y al establecimiento de referencia. Los datos relacionados con la identificación del paciente son: apellidos y nombres completos; número de registro en salud, fecha de nacimiento, sexo y dirección. Para ambos establecimientos deberá registrarse el nombre completo y la dirección.

b¹.Resumen Médico:

Incluye la fecha, motivo de la referencia, la especialidad a la que se refiere, un breve resumen de la anamnesis, examen físico, tratamiento y evolución; exámenes de laboratorio, rayos X, etc. Y las fechas en que fueron realizados; el diagnóstico provisional o definitivo y la firma del médico tratante. De su exactitud depende la agilidad y continuidad de la atención que el paciente recibe.

c¹. Resultado del Tratamiento:

Se registran las observaciones clínicas, los resultados de laboratorio, radiología, etc. Y las fechas en que fueron realizados; los diagnósticos establecidos, los tratamientos instituidos, las recomendaciones para la atención futura del paciente, la firma del médico consultado y la fecha del informe.

b. Problemas de llenado de la referencia

Ej.	No se anotan los resultados de los últimos exámenes de laboratorio realizados al paciente, por lo cual el especialista se los envía nuevamente. Esto generaría por lo menos una semana de atraso en el manejo del paciente, además de la duplicidad de los servicios de laboratorio.
------------	--

Otro aspecto que debe tomarse en cuenta es que el contenido de la referencia debe ser lo más claro posible. Los datos que se anoten tienen que ser escritos en forma legible para que la comunicación sea eficiente, de lo contrario, el especialista tendría que iniciar desde cero con el manejo de ese paciente.

Si bien es cierto que generalmente el resumen clínico contiene la información necesaria para ubicarse en la problemática del paciente, es importante anotar el motivo de la referencia, con el fin de informar específicamente al médico que lo recibe, por qué se está refiriendo paciente. Este aspecto es, además, de vital importancia para el sistema de información, ya que generar la información requerida por el sistema sobre los motivos de referencia.

En el estudio de referencias que se realizó como parte del Curso Especial Posgrado de Gestión Local de Salud, algunos ejemplos de motivos de referencias poco claros o imprecisos detectados son los siguientes:

a¹.Abreviaturas	Cuando se utilizan abreviaturas no convencionales, no son reconocidas por el personal de salud y de los registros de salud (REDES).
-----------------------------------	---

Ej.	“Cambios CDDS”
------------	----------------

b¹. Terminología utilizada

Al anotar el motivo de referencia se debe hacer dentro del marco de la terminología médica aceptada.

En el caso del ejemplo, si se quiere anotar el motivo de referencia tal y como lo indica el paciente, se debe poner entre comillas y ubicarlo dentro del resumen clínico y no en el motivo de referencia.

Ej.

"Trauma a horcadillas"
"pelotas en la espalda"

c¹. Motivo o diagnóstico incompleto

Se debe anotar el motivo o diagnóstico de referencia de la manera más específica posible de tal forma que se indique, el tipo de lesión, el aparato, sistema y parte del cuerpo y lado afectado.

Ej.

"Lesión polipoide, lesión en dedo, sangrado moderado, lobulitis derecha"

d¹. Motivo o diagnóstico mal definido

En lugar de la impresión diagnóstica o motivo de referencia, con frecuencia se anota lo que se quiere del especialista o la especialidad de referencia y no el motivo de referencia. En otras ocasiones se anotan estados normales del organismo como es el embarazo, en lugar de anotar el motivo de referencia (alto riesgo)

Ej.

"Descartar, observación, valorar, foniatría, embarazo, gesta 5".

e¹. Problemas de registro y Sistema de Referencia

Cuando el motivo de referencia se anota de cualquiera de las formas antes mencionadas, al clasificarlo de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), por la poca especificidad y claridad que tiene, probablemente va a ser incluido en códigos poco específicos como los siguientes:

Ej.

“Causas de morbilidad desconocida y no especificada”.

“Persona que teme estar enferma a quien no se le hace diagnóstico”.

f¹.Carácter de urgencia de la referencia

Otro aspecto que se debe anotar es el carácter de urgencia de la referencia. Cuando la referencia se debe tramitar en forma inmediata tiene que especificarse, o al igual si la valoración debiera realizarse en un plazo determinado o con antelación a una cita preestablecida para ser valorado el paciente.

g¹. Varios motivos de la referencia

Con frecuencia se anotan dos o más impresiones diagnósticas o problemas que tiene el paciente.

Ej.

Hipertensión Arterial
Diabetes Mellitus
Disminución de la agudeza visual.

En este caso, si la referencia se dirige al servicio de oftalmología para valorar el problema de agudeza visual, se recomienda anotar únicamente “Disminución de la agudeza visual” como motivo de referencia y respecto de los otros problemas podrían anotarse en el resumen médico como parte importante del padecimiento. Si se anotan tres motivos de referencia el personal de REDES anota uno de ellos, posiblemente el primero, lo cual conduce a que en el sistema de información haya incongruencia entre la especialidad y el motivo de referencia.

B. EL PACIENTE

El usuario debe asumir su estatus y sus respectivos roles dentro del sistema, porque de acuerdo como éste se produzca, así va a ser la respuesta del paciente ante el proceso terapéutico. Este aspecto se trató en las unidades II y III.

C. EL SISTEMA DE REFERENCIA

Una vez que la referencia haya sido emitida, para que ésta cumpla con su objetivo, requiere de una buena respuesta del sistema en los niveles más complejos. Debe haber una fluida coordinación y comunicación entre las partes para asegurar la continuidad en el manejo y tratamiento que requiere el paciente. Lo anterior también implica la definición de responsabilidades en los diferentes niveles.

D. LA CONTRARREFERENCIA

Para asegurar la buena comunicación y coordinación entre los distintos niveles y profesionales, existe la **contrarreferencia**.

El proceso de referencia genera un sistema que funciona con el paso de pacientes en una dirección y la información o el propio paciente en sentido contrario, por lo tanto la contrarreferencia es una parte esencial dentro del sistema para mantener la continuidad en la atención del paciente. Se podría decir que la referencia se perfecciona, se completa y se finiquita con la contrarreferencia.

Contra- referencia (concepto)

Implica el reenvío del paciente por parte del especialista a su nivel de origen, con una indicación clara del diagnóstico definitivo, tratamiento realizado y conducta por seguir.
--

La cara posterior de la fórmula 4-70-04-0140 (Anexo No. 1) de la CCSS contiene el espacio para que el médico consultado o especialista, envíe al médico general el informe del paciente que fue referido. El especialista anota en el reverso de la fórmula el resultado de la consulta en el que se debe registrar el visto bueno del médico director, del centro donde se atendió la consulta antes de enviarlo de regreso al centro médico que la solicitó, en el cual se archivará en el expediente del paciente para sus atenciones futuras.

El informe médico del especialista consultado o contrarreferencia debe incluir lo siguiente:

**Partes de la
contra-referencia**

Diagnóstico
Síntesis de la evolución
Tratamiento instituido
Recomendaciones por seguir
Incapacidad cuando se requiera

Concl.

El sistema de referencia es un elemento fundamental en la gestión clínica, ya que es el medio de enlace entre los diferentes niveles de atención para asegurar la continuidad y la coordinación de la atención del paciente en el Sistema de Salud.

V. FINALIDAD DE LA REFERENCIA COMO INSTRUMENTO DE LA GESTIÓN CLÍNICA



Identificar el rol que tiene la referencia dentro del sistema de salud y su vinculación a la gestión clínica.

A. EN EL SISTEMA DE SALUD

La referencia es el registro que enlaza las acciones entre los distintos niveles y facilita la eficiencia del Sistema de Atención de la Salud (Castillo, A.). El éxito de cualquier sistema de atención médica depende en gran parte de una comunicación completa y oportuna de información relacionada con la atención del paciente entre los establecimientos y niveles involucrados.

1. Objetivo principal

Solicitar y/o autorizar a otro establecimiento una consulta o tratamiento para el paciente y comunicar la información necesaria sobre la salud de una persona a otro establecimiento para agilizar su diagnóstico, tratamientos prestados o recomendaciones a seguir.

2. Principal Característica

Comunica los niveles de atención del menos complejo al más complejo y viceversa, con lo cual cada persona recibe la atención de salud que se requiere en el nivel correspondiente.

La situación más común es que un paciente se refiera de su establecimiento base a un establecimiento de mayor complejidad. Existen ocasiones, sin embargo, en que el paciente que se encuentra en un centro de mayor complejidad (como resultado de un accidente, por ejemplo) es referido al nivel que le corresponde, para continuar su tratamiento.

La referencia del paciente es de suma importancia para dos características esenciales de la Atención Primaria: la continuidad y la coordinación.

3. Continuidad (Concepto)

Es la existencia ininterrumpida de sucesos, o la existencia de un mecanismo que une los distintos eventos de la atención (Olmos, G., 1993).

Se distinguen dos tipos de continuidad: una se extiende en el **tiempo**, uniendo los eventos sucesivos a lo largo de los días y la otra se extiende en el **espacio**, uniendo los eventos que suceden en los distintos niveles y servicios de salud.

Coordinación (concepto)

Entraña la suma de acciones y los esfuerzos de los servicios de atención sanitaria en beneficio del paciente (Olmos, G., 1993).

B. DOCUMENTO MÉDICO LEGAL

Otro de los usos de la referencia está relacionado con los aspectos legales, es necesario contar con la información adecuada en las referencias, que sirva para fines médicos-legales en los casos que lo ameriten.

La referencia como registro médico forma parte del expediente, por lo tanto debe ser archivado en el expediente clínico del paciente, según se describe en el **Manual para el Uso y Formularios del Expediente Médico de Hospitalización de la CCSS**. Desafortunadamente, en la práctica esto no ocurre, ya que la hoja de referencia por lo general se descarta y por consiguiente tampoco se envía la contrarreferencia. Respecto a este punto, la reglamentación vigente estipula lo siguiente:

Reglamento General del Expediente de Salud de la CCSS (artículo 15)

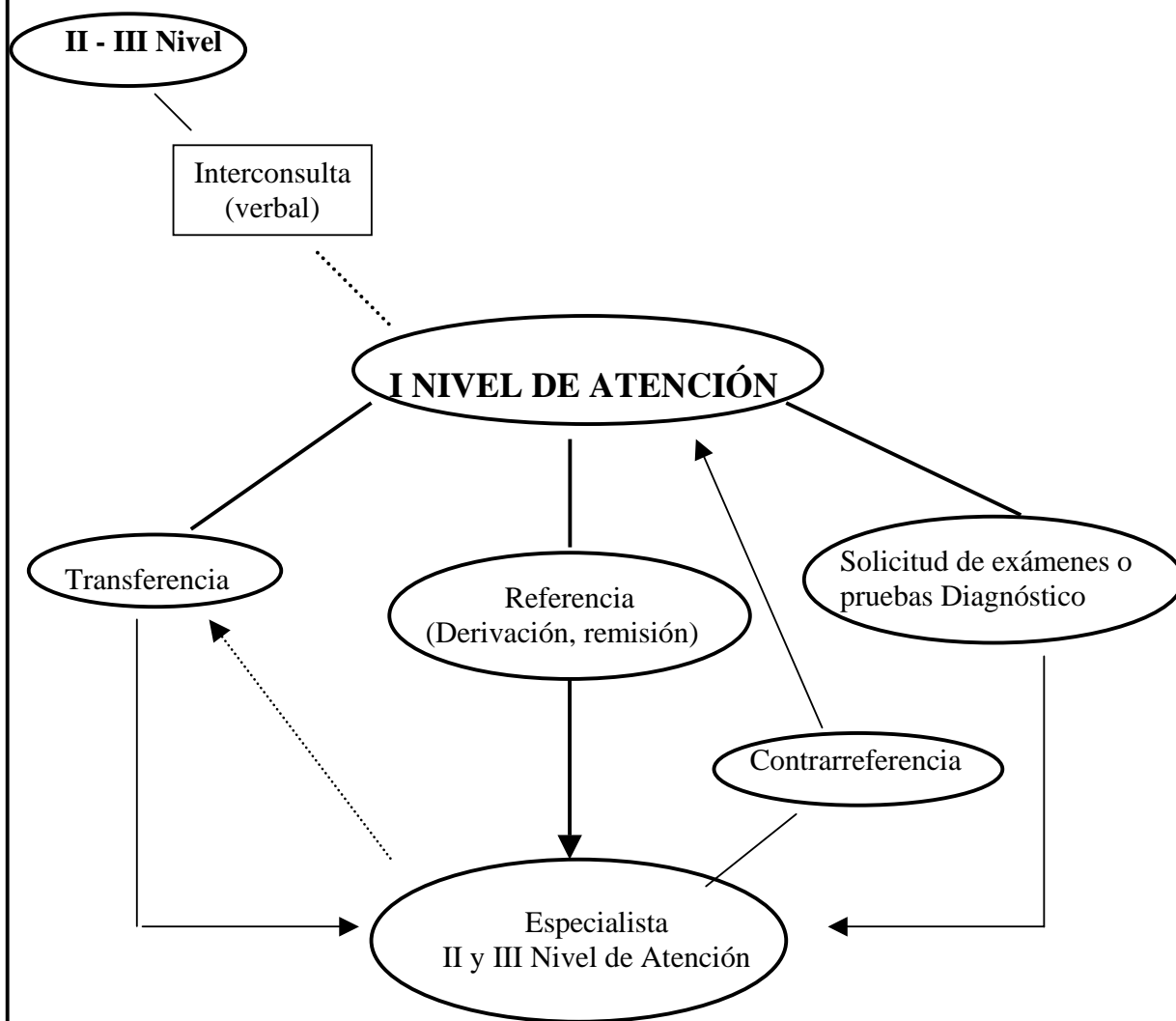
“En su materialidad, el expediente es propiedad de la CCSS y nadie podrá mutilarlo, desecharlo, incinerarlo o donarlo sin autorización expresa de la Comisión Interinstitucional de Selección y Eliminación de Documentos”

Solano, P., menciona que “En Costa Rica los registros médicos son documentos públicos porque emanan de un funcionario público, pertenecen al centro de salud y tienen un limitado acceso a ellos los pacientes. Por lo tanto, se concluye que los registros médicos como son documentos públicos, pueden ser considerados medios de prueba porque en ellos se recopila la historia médica del paciente y las apreciaciones de los miembros del equipo de salud, los cuales justificarán el tratamiento brindado y por ende revelarán la verdad de los hechos según el caso en cuestión”.

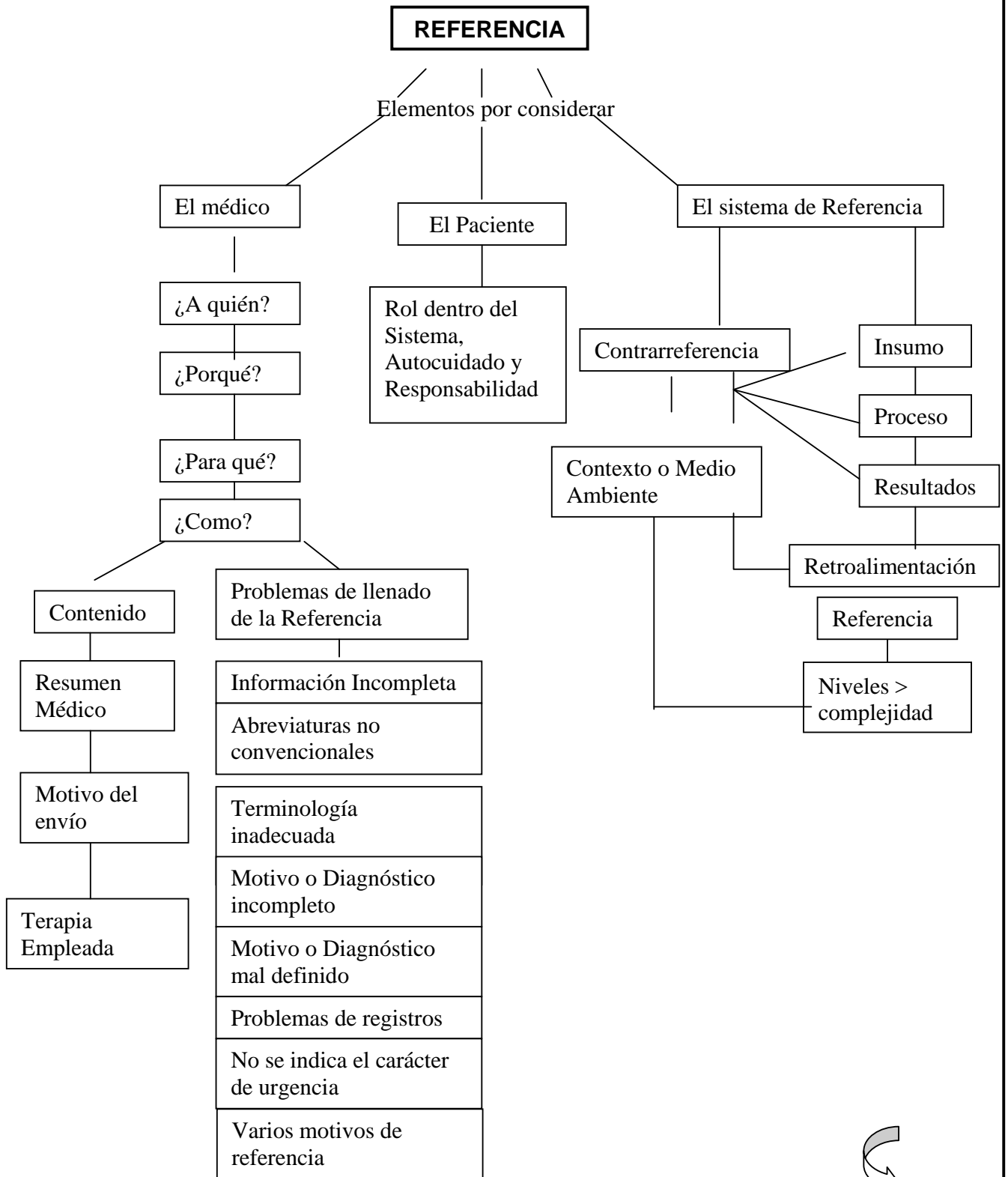
RESUMEN DE LA TERCERA UNIDAD

NIVELES DE ATENCIÓN DE LA REFERENCIA

MAPA CONCEPTUAL

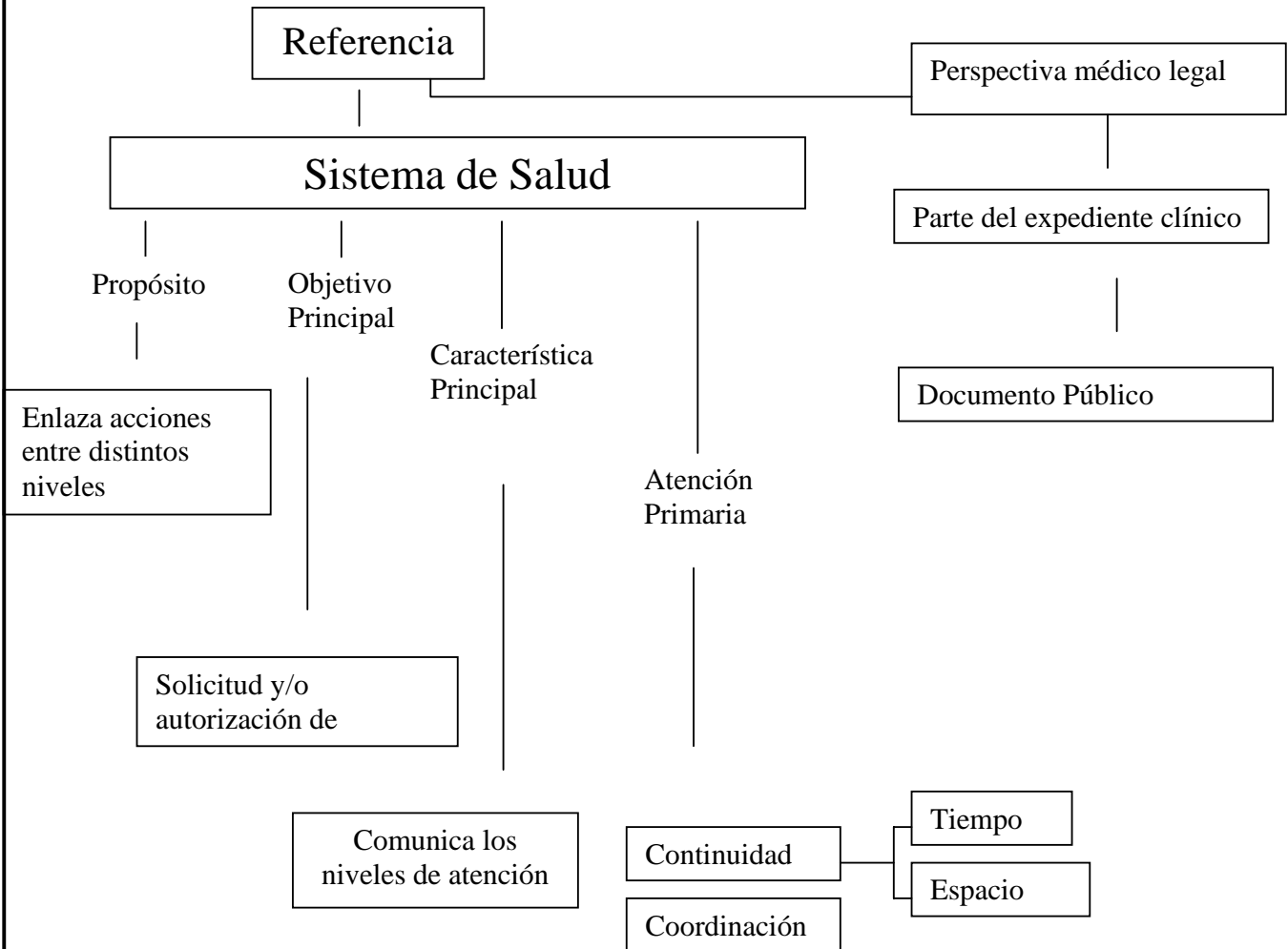


REQUISITOS DE LA REFERENCIA MAPA CONCEPTUAL



FINALIDAD DE LA REFERENCIA

MAPA CONCEPTUAL



De los Autores

Ileana Vargas Umaña

Médico cirujana (UCR), Maestría en Ciencias en Servicios de Salud, Universidad de California en los Ángeles (UCLA). Actual Directora del Programa de Maestría en Salud Pública (UCR), docente de la Escuela de Salud Pública (UCR). Experiencia profesional en el primer nivel de atención.

José Miguel Rojas Hidalgo

Médico director de la Clínica Dr. Ricardo Jiménez Núñez, especialista en Gerencia en salud en el Instituto Centroamericano de Administración Pública, Profesor de los cursos de gerencia de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de medicina, profesor de curso de Gestión Local de Salud. Ha desarrollado el modelo readecuado de salud en el área metropolitana y formulado nuevos modelos de atención en el segundo nivel del Área de Salud de Goicoechea 2.

Aurora Sánchez Monge

Licenciada en Psicología con énfasis en Salud Pública. Diplomado en Promoción de la Salud de la Universidad de Autónoma de Madrid. Egresada del Programa de Maestría en Teoría Psicoanalítica de la Universidad Complutense, España. Docente de la Escuela de Salud Pública (UCR) en el campo de la Promoción de la Salud. Miembro del cuerpo docente que imparte y coordina el Curso Especial de Posgrado en Gestión Local de la Salud.

Autoridades Institucionales

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

DR. ELISEO VARGAS GARCÍA
Presidente Ejecutivo

DR. HORACIO SOLANO MONTERO
Gerente Médico

DR. JUAN CARLOS SÁNCHEZ ARGUEDAS
Gerente Modernización

LICDA. NORMA MONTERO GUZMAN
Coordinadora
Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

DR. LUIS ARTURO BOZA ABARCA
Director Ejecutivo
Centro de Desarrollo Estratégico e Información de Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)

DRA. NURIA BAEZ BARAHONA
Coordinadora
Sub Área de Posgrados y Campos Clínicos
CENDEISSS

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Dr. GABRIEL MACAYA TREJOS
Rector

Dra. LEDA MUÑOZ GARCIA
Vicerrectora
M.SC. CLAUDIO VARGAS
Director Sección Extensión Docente
Vicerrectoría de Acción Social

Dra. MARÍA PÉREZ YGLESIAS
Decana
Sistema de Estudios de Posgrado

M.Sc. ALCIRA CASTILLO MARTÍNEZ
Directora
Escuela de Salud Pública

Dra. ILEANA VARGAS UMAÑA
Directora
Maestría en Salud Pública

Referencias bibliográficas

Aceras, M. y otros. **Una forma de entender y desarrollar la Gestión Clínica.** Medicina de Familia. 2000; 2: 186-192.

Arnal Selfa, Rosa. y otros. **Los Equipos de Atención Primaria. Propuesta de mejora. Documento de consenso.** Instituto Nacional de la Salud. Madrid 2001.

Balint, E. y Norell, S. **Seis Minutos para el Paciente.** Editorial Paidós: Buenos Aires, Argentina. 1979. Pág. 72.

Berchd, M. Gestión Clínica en Atención Primaria: alcance, utilidad, oportunidad y amenazas. Medicina General. 2001; 33: 321-326.

Bronfman y colaboradores. La Utilización de los servicios de salud según usuarios. **Revista Salud Pública de México** , Setiembre-octubre. Volumen 39, N°5. 1997

Bronfman y colaboradores. La Utilización de los servicios de salud según usuarios. **Revista Salud Pública de México.** Noviembre-diciembre. Volumen 39, No. 6. 1997.

Castillo M, Alcira y colaboradores. **Participación Social en el Campo de la Salud.** Unidad No. 2. Curso Especial de Posgrado en Gestión Local de Salud. Módulo 3. 1999.

Castillo Martínez, Alcira. **Módulo de Registros de Salud.** Cursos de Auxiliares en Redes. CCSS, UCR, OPS. Págs. 28-29.

CCSS. **Manual para el uso y formularios del Expediente Médico de Hospitalización.** San José, Costa Rica. 1978. Pág. 53-54. 1978.

Cordera, Armando y Bobenrieth, Manuel. **Administración de Sistemas de Salud,** Tomo II. 1993.

Cuevas Urióstegui y colaboradores. Relación Médico-Paciente en la consulta externa. **Revista de Salud Pública de México.** Noviembre – diciembre. Volumen 33, N° 6. 1991.

Ferrero, Carlos y Giacomini, Hebe. **Las estadísticas Hospitalarias y la Historia Clínica.** Editorial El Ateneo: Buenos Aires, 1973.

Ferry George, Stephen Franklin. **Principios de administración.** Editorial Continental. México 1985.

Figuerola, Rethelny y Molina, Carlos. **Organización y Gerencia Pública**. Capítulo 2. ICAP. 1era edición. 1989.

Fitzpatrick R., **La Enfermedad como Experiencia**. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología Fondo de Cultura Económica Pág. 21, 1984

Freidson, citado por Rodríguez, pág. 124

Gestión Clínica: **El nuevo reto para la modernización de la gestión**. [http: www.el-mundo.es/anuncios/GrupoSB/noticias.html](http://www.el-mundo.es/anuncios/GrupoSB/noticias.html). Enero 2000.

Guerrero Mariano, **Gestión Clínica. El estado de la cuestión**. Opinión, El observador. Jueves 10 Abril del 2003.

Hospital General de Ayudas Dr. Teodoro Alvarez. **“Jornadas Municipales de Salud Mental: Neurosis, Psicosis, Perversión**. Lugar Editorial. 1992
Idem. Pág. 8

Jiménez, O. Las Representaciones Sociales del VIH/SIDA en la Población Homosexual Masculina de Madrid. Pág. 7. 1996

Lao Gallardo, W. Cuadros de Referencias. Hospital de Turrialba. 1998

M. Berchd Debdí. **Gestión clínica en Atención Primaria: alcance, utilidad, oportunidad y amenazas**. Medicina General. 2001; 33: 321-326.

Normas Generales sobre Apertura de la Historia Clínica y Manejo de Documentos para la Remisión de Pacientes. Ministerio de Salud de Colombia (documento inédito).

Medicina de Familia. Vol. 1. No. 2 Editorial. Noviembre 2000. **Normas generales sobre apertura de Historia clínica y manejo de documentos para remisión de pacientes**. Colombia. (fotocopia sin más referencias).

Olmos García, Luis. **Análisis de la Demanda derivada en las consultas de medicina general en España**. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina. Madrid, 1993.

Opinión. Creación de las unidades de gestión clínica. [http: www.samiuc.es/opin14.htm](http://www.samiuc.es/opin14.htm). 2002.

Rodríguez, J. **Psicología Social de Salud**. Editorial Síntesis Psicológico. Cap. 7: La relación entre el profesional Sanitario y el Paciente, pág. 119 . 1981

Sánchez Pérez, Javier y colaboradores . **El uso de los servicios de atención prenatal**. Revista Salud Pública de México. Noviembre-diciembre. 1997.

Schermerhom, John. **Administración Editorial Limusa S.A.** 2002.

Shires, D.B. **La interconsulta adecuada.** Capítulo 15. Págs. 326-335.

Solano, P. **El registro Médico Hospitalario de la Caja Costarricense de Seguro Social como prueba.** Trabajo final de Graduación. Facultad de Derecho, UCR. 1998.

Terris, M. **La Revolución Epidemiológica."Segunda parte los alcances de la Medicina Social, La distinción entre la medicina social y la medicina social,** pág. 64. Editorial Siglo XXI, 1980

Terris, M. **La Revolución Epidemiológica.** Editorial Siglo XXI. 1980. Pág. 64.

The Royal College of General Practitioners. **The European Study of Referrals from Primary to Secondary Care. Report to the "Concerted Action Committee of Health Services Research for the European Community.** April, 1992.

Tizón García, J.L. **Componentes Psicológicos de la Práctica Médica: Una Perspectiva desde la atención primaria.** Ediciones DOYMA: Barcelona, España. 1998.

Vielmas, J. **Apuntes de gestión clínica.** Mayo 2001.

Villalobos, L. **Cuadros Consulta Filtro, Clínica de Guadalupe de Cartago.** 1998.

Villalobos, L. Antología Unidad 1, **Organización: Contexto Interorganizativo. Conceptos de Sistemas.** Capítulo 9. Pág. 279. Artículo sin más referencias.

Anexos

ANEXO No. 1
Formulario de Referencia

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
SERVICIOS MÉDICOS**

UNIDAD			FECHA	
NOMBRE DEL ASEGURADO		SEXO	CÓDIGO	
NÚMERO PATRONAL	FECHA DE NACIMIENTO		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
DOMICILIO				
NOMBRE DEL PADRE			NOMBRE DE LA MADRE	
ATENDIDO POR EL MÉDICO	CÓDIGO		REMITIDO AL SERVICIO DE	
CENTRO ASISTENCIAL	FECHA DE LA CITA	HORA	CONSULTORIO	
FIRMA RESPONSABLE UNIDAD QUE SOLICITA			FIRMA RESPONSABLE	

SOLICITUD DE ENVIO

RESUMEN DE DATOS CLINICOS DE LABORATORIO Y GABINETE DE IMPORTANCIA Y RELATIVOS AL CASO	
MOTIVO DEL ENVIO	
TERAPEUTICA EMPLEADA	

INCAPACIDAD DESDE _____ HASTA _____

FIRMA DEL MÉDICO

CODIGO MÉDICO

V.B. DIRECTOR O JEFE MEDICO

**REFERENCIA ESPECIALISTA
(SOLICITUD Y CONCESIÓN DE CITA)**

INFORME DEL MÉDICO CONSULTADO O ESPECIALISTA	
INFORME DE DATOS CLÍNICOS	
DIAGNÓSTICO	
SISTESIS DE LA EVOLUCIÓN	
TRATAMIENTO INSTITUIDO	
RECOMENDACIONES	

INCAPACIDAD DESDE: _____ HASTA: _____

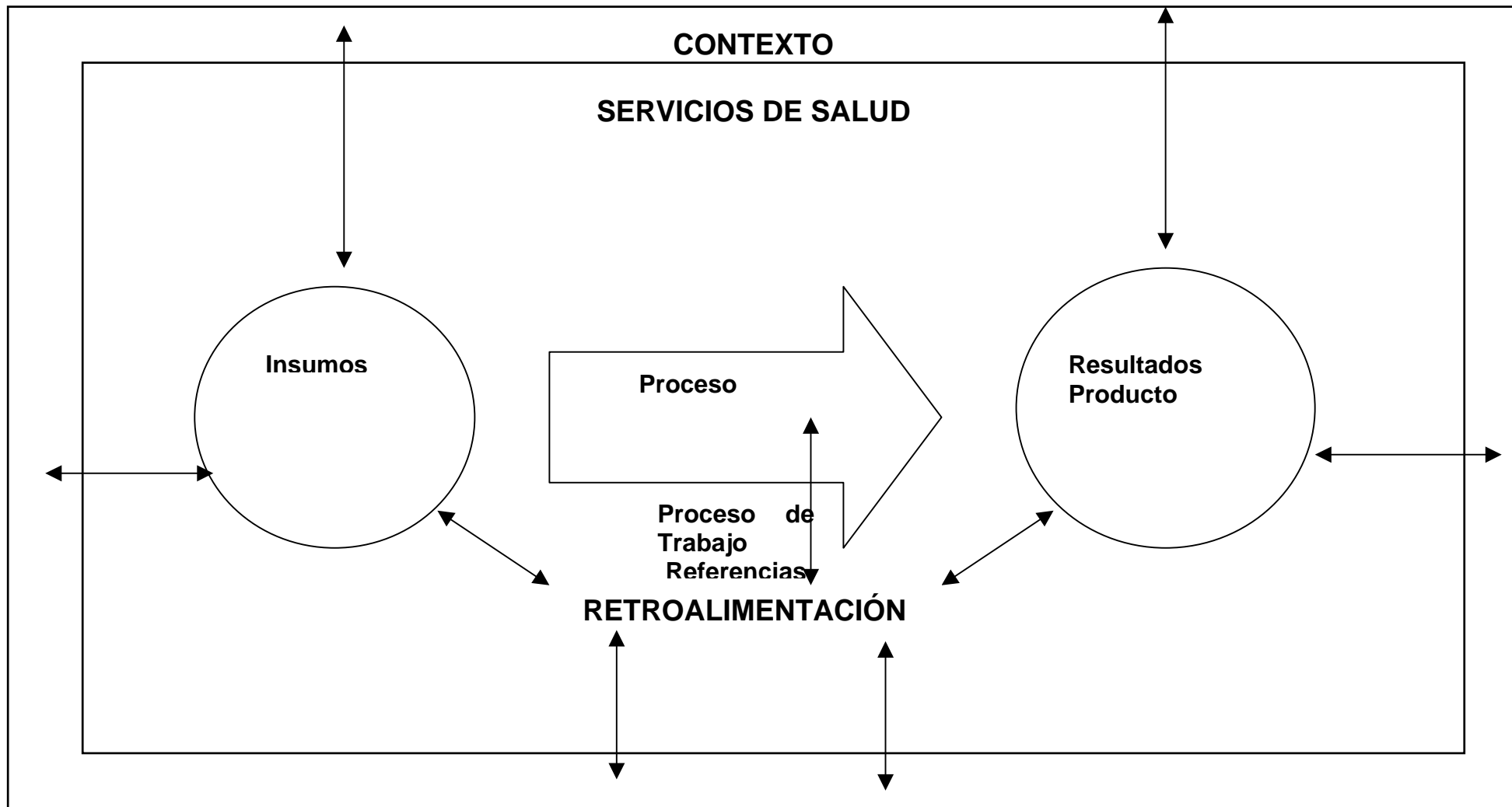
FIRMA DEL MÉDICO

CODIGO MÉDICO

V.B. DIRECTOR O JEFE MEDICO

ANEXO No. 2
Diagrama
Sistema de Referencia

DIAGRAMA



ANEXO No. 3
Referencia de un caso

Urge

UNIDAD		FECHA	
NOMBRE DEL ASEGURADO	SEXO	CODIGO	
<i>Chepi Luis Pérez G.</i>	<i>Masculino</i>		
NUMERO PATRONAL	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	
	<i>Dic 1961</i>	<i>1 900 - 0000.</i>	
DOMICILIO			
<i>Guapinol</i>			
NOMBRE DEL PADRE		NOMBRE DE LA MADRE	
ATENIDO POR EL MEDICO	CODIGO	REMITIDO AL SERVICIO DE	
<i>Ramirez V</i>	<i>2828</i>	<i>H.M.F.</i>	
CENTRO ASISTENCIAL	FECHA DE LA CITA	HORA	CONSULTORIO
FIRMA RESPONSABLE UNIDAD QUE SOLICITA		FIRMA RESPONSABLE	

SOLICITUD DE ENVIO

RESUMEN DE DATOS CLINICOS DE LABORATORIO Y GABINETE DE IMPORTANCIA Y RELATIVOS AL CASO	
MOTIVOS DEL ENVIO	<i>37a Vecino de Guapinol, con antecedentes de periodos del G.O.D por lesión ocasionada por una bamba con lesión del G.O.I.</i>
	<i>Consulta por presentar Trauma Ocular izquierdo "El pié de ayer en estado de ebriedad, no visualizo una columna, con la cual me choque ocasionandose heridas en ojos, asociadas a periodos de la vision"</i>
	<i>E.F: Perforación G.O.I + pérdida de la visual. ambos ojos.</i>
	<i>IDx Trauma Ocular I. con perforación</i>
	<i>→ Evaluación por especialista</i>
TERAPEUTICA EMPLEADA	<i>Voltaren JM #1</i>

Parches en ambos ojos.

INCAPACIDAD DESDE _____ HASTA _____

Urge

FIRMA DEL MEDICO
[Signature]
2828

CODIGO MEDICO

Vº Bº DIRECTOR O JEFE MEDICO

REFERENCIA ESPECIALISTA
(SOLICITUD Y CONCESION DE CITA)

