

Os Sistemas de Referência e Contra-Referência de pacientes na América Latina: Mecanismos de Coordenação Assistencial e papel da Medicina de Família e Comunidade

Referral and Counter-Referral Patient Management Systems in Latin America: Care Coordination Mechanisms and the role of Family and Community Medicine

Los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en América Latina: Mecanismos de Coordinación Asistencial y el rol de la Medicina Familiar y Comunitaria

Miguel Ángel Fernández Ortega. Faculdade de Medicina Universidade Nacional Autônoma do México (UNAM); Subregião Meso-América da Confederação Ibero-Americana de Medicina de Família (WONCA Ibero-Americana-CIMF). Cidade do México, México. miguelaf03@live.com
(Autor correspondente)

Jacqueline Beatriz Roo Prato. Faculdade de Medicina, Universidade Nacional Autônoma do México (UNAM). Cidade do México, México. jroop3@gmail.com

Arnulfo Emanuel Irigoyen Coria. Faculdade de Medicina, Universidade Nacional Autônoma do México (UNAM); Academia Nacional de Medicina do México. Cidade de México, México. coriaaa@unam.mx

Sofía Blanco Lara. Associação de Medicina de Família da Costa Rica. Costa Rica. sifiablanco@yahoo.com

Alan Edward Barrell. Ex Assessor da Faculdade de Medicina, Universidade Autônoma de Guadalajara. México. aebarrell@yahoo.com

Víctor Manuel Juárez Téllez. Faculdade de Medicina, Universidade Nacional Autônoma do México (UNAM); Instituto Mexicano do Seguro Social (IMSS); Representante por Waynakay. México. victorjt82@gmail.com

Equipe de Trabalho

Alexis Correa Taja (Nicarágua); Ana Margarita Muñoz Roque (Cuba); Ana Lucía Meyer (República Dominicana); Ariel Cruz Igartua (Porto Rico); Cecilia Llorach (Panamá); Guillermo Franco Gil (México); Grace Bethel Aparicio (El Salvador); Mariela Rodríguez (Chile); Miguel Ángel Fernández Ortega (México); Sofía Blanco Lara (Costa Rica); María Alicia Macedo Cantero (Paraguai); Neimaru Abreu (Venezuela); Víctor Salvador Narcizo Zarate (Peru); Paulo Poli (Brasil); Miguel Ángel Suárez Cuba (Bolívia); María del Rosario Caballé (Argentina); Víctor Manuel Juárez Téllez (México); Jorge López Gálvez (Chile); Daniel Ulate Gómez (Costa Rica); Karla Patricia Jiménez Ríos (Costa Rica); Ma. Alicia Macedo (Paraguai); Pablo Armijos Peña (Equador); Ysabel María Díaz Brito (República Dominicana); Flavia Solórzano Morera (Costa Rica); Melba Váques Escalante (Costa Rica); Adriana Villafranca Brenes (Costa Rica); Willy Loria Quiros (Costa Rica); Roberto Cerda (República Dominicana); José Adalberto Mejía (Honduras); Ada Alicia López (Honduras); Aron Hernández Cervantes (Costa Rica); Joao Werner Falk (Brasil); Ricardo Fabrega (Chile)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:

A pesquisa foi considerada sem risco. Os autores declaram que os procedimentos seguidos foram realizados conforme as normas éticas da Associação Médica Mundial e da Declaração de Helsinque.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 15/08/2016.

Aprovado em: 15/09/2016.

Como citar: Fernández MA, Roo JP, Irigoyen AC, Blanco SL, Edward AB, Juárez VT. Os Sistemas de Referência e Contra-Referência de pacientes na América Latina: Mecanismos de Coordenação Assistencial e papel da Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):37-45. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1384](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1384)

Resumo

São apresentados os resultados do diagnóstico situacional de 16 países da América Latina em relação aos seus Sistemas de Referência e Contra-Referência de pacientes entre os três níveis de atenção médica. Os resultados da pesquisa foram analisados por representantes dos países membros da WONCA Ibero-Americana CIMF no âmbito da VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família em San Jose, Costa Rica em abril 2016.

Palavras-chave:

Integração Primária/Secundária
Sistemas de Saúde
Atenção Primária de saúde
Medicina de Família

Abstract

The results of the Situational Analysis among their various levels of healthcare of 16 countries in Latin America related to their Referral and Counter-Referral Patient Management Systems are presented in this document. The research results were analyzed by WONCA Latin America country member representatives at the VI Ibero-American Family Medicine Summit in San Jose, Costa Rica in April 2016.

Keywords:

Primary/Secondary Integration
Health Systems
Primary Healthcare
Family Medicine

Resumen

Se presentan los resultados del diagnóstico situacional de 16 países de América Latina, en cuanto a sus Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes entre los tres niveles de atención médica. Los resultados de la investigación fueron analizados por representantes de los países miembros de WONCA Iberoamérica CIMF, en el marco de la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en San José de Costa Rica en abril de 2016.

Palabras clave:

Integración
Primaria/Secundaria
Sistemas de Salud
Atención Primaria de salud
Medicina Familiar

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os governos de todo o mundo têm a responsabilidade de garantir que os seus sistemas de saúde respondam às necessidades da sua população com eficácia e eficiência, baseando os seus modelos de saúde na Atenção Primária (APS). Em função disso, os Estados Membros se comprometeram em 2005 a desenvolverem os seus sistemas de financiamento sanitário, de tal modo que todas as pessoas tenham acesso aos serviços sem sofrerem dificuldades financeiras quando pagarem por eles; este objetivo foi definido como “Cobertura Universal”.¹

Segundo Margaret Chan, diretora da OMS, “entre 20% e 40% do gasto em saúde é perdido pela ineficiência nos sistemas de saúde”. A falta de planejamento na prestação de serviços, a duplicidade de recursos, o ineficiente sistema de registro e informação, a falta de recursos humanos devidamente formados e capacitados levam à ineficácia das redes de prestação de serviços, gerando graves problemas de inequidade, acesso e cobertura que conduzem muitas pessoas à morte a cada ano.¹

A OMS diz que um sistema de saúde “consiste no conjunto de organizações, pessoas e ações cuja finalidade é promover, restabelecer ou manter a saúde”.²⁻⁴

Em 2011, na 64ª Assembleia Mundial da Saúde da OMS, no tocante a Modelos de prestação integrada de serviços, o acordo final foi redigido da seguinte forma:

“A organização da atenção sanitária está adotando a forma de “redes de prestação integrada de serviços”. Adaptando a experiência adquirida no desenvolvimento de sistemas de saúde distritais aos sistemas de saúde pluralistas, as redes de prestação integrada de serviços se organizam como redes de provedores de atenção primária próximas ao cliente - públicas, privadas ou mistas, respaldadas por hospitais e serviços especializados. Estas redes se responsabilizam pela saúde de uma população definida, oferecendo serviços de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, controle da morbidade, reabilitação e assistência paliativa...”^{1,5}

Neste sentido, a OMS, menciona no documento “A Renovação da Atenção Primária de Saúde nas Américas”, de 2007:

“Os serviços de atenção primária devem ser apoiados e complementados por diferentes níveis de atenção especializada, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, como também pelo resto da rede de proteção social. Portanto, os sistemas de atenção de saúde devem trabalhar de forma integrada mediante o desenvolvimento de mecanismos de coordenação da atenção ao longo de todo o espectro de serviços, incluindo o desenvolvimento de redes e de sistemas de referência e contra-referência....”⁶

Os sistemas nacionais de saúde, em muitos dos países do mundo, foram organizados sob a estratégia de níveis de atenção médica ou escalonamento dos serviços dentro dos quais encontramos as unidades operativas de primeiro nível (clínicas, unidades de Medicina de Família ou Saúde de Família, centros de saúde, etc.), que oferecem atenção específica e de carácter ambulatorio, resolvem de 80 a 85% dos problemas de saúde mais frequentes, com tecnologia de baixa complexidade.⁷⁻¹⁶

Os hospitais gerais, clínicas de especialidades ou policlínicos que correspondem ao segundo nível, são responsáveis de resolver entre 10 e 15% dos problemas de saúde referidos pelo primeiro nível de atenção ou consultados espontaneamente através dos serviços de Urgências e requerem tecnologia de mediana complexidade.¹⁴⁻¹⁶

O terceiro nível de atenção é conformado pelos Institutos Nacionais de Saúde e Centros Médicos de Especialidades os que são desenhados para resolver 5% dos problemas de saúde, requerendo tecnologia de alta complexidade...¹⁴⁻¹⁶

A integração entre níveis de atenção, funcionando como rede coordenada de serviços de saúde, favorecem a continuidade e integralidade na prestação de serviços, que na maioria dos países se traduzem em Sistemas de Referência e Contra-Referência de Pacientes (SRCRP).¹⁷

O SRCRP é definido como o processo de coordenação entre as unidades operativas dos três níveis de atenção médica a fim de facilitar o envio e recepção de pacientes, com o objetivo de dar atenção médica oportuna, integral e de qualidade, que ultrapassa os limites regionais e os âmbitos institucionais para garantir o acesso aos serviços de saúde em benefício do paciente referido.^{7,8,11-14}

O SRCRP está organizado de acordo com as necessidades de cada país basicamente em duas formas: geográfica ou institucional, embora possa haver uma mescla de ambas. Poderia ser dito que existem diferentes níveis de estrutura organizacional, que vão do nível nacional ou federal; estatal e local (municipal), variando a eficácia e eficiência do Sistema, principalmente na execução dos processos, principalmente de contra-referência.^{7,8,11,12,17-20}

Objetivo

Determinar a situação que guardam os Sistemas de Referência e Contra-referência de pacientes nos sistemas de saúde dos países de Ibero-América, com o intuito de identificar estratégias que permitam fortalecer a coordenação assistencial vinculada à prática da Medicina de Família nos países da Região.

Material e Métodos

Estudo exploratório, transversal, com fins de diagnóstico situacional, realizado entre os meses de outubro de 2015 e março de 2016. Foram convocados para participar os presidentes das sociedades científicas de Medicina de Família dos 20 países membros da WONCA Ibero-Americana-CIMF, através de um ou dois representantes expertos neste tema. Dentre seus participantes, foram identificados acadêmicos, pesquisadores, clínicos e membros das juntas diretivas das sociedades científicas nacionais, aos quais foi dada a tarefa de responder a um questionário de 33 perguntas relacionadas com o Sistema de Referência e Contra-Referência nos seus respectivos países. Tal questionário foi previamente revisado e validado no seu conteúdo por professores de diferentes instituições educativas do México e da Costa Rica, e numa segunda instância pelo grupo de participantes no estudo. O questionário foi enviado via correio eletrônico para cada um dos participantes e integradas as respostas por país. Finalizada a integração do relatório final, ele foi enviado a todos os integrantes do grupo para sua revisão e aprovação da informação, a qual

foi apresentada nas mesas de trabalho durante a VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família em San José de Costa Rica no mês de abril de 2016 para sua análise e discussão.

Resultados

Foi obtida resposta de 16 dos 20 países: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Porto Rico, República Dominicana e Venezuela. Não participaram: Equador, Espanha, Portugal nem Uruguai.

A seguir são descritos os resultados encontrados.

Os modelos de saúde que contam com especialistas em Medicina de Família

Os 16 países participantes responderam que consideram o médico de família nos seus modelos de atenção, em alguns com maior grau de consolidação como são os casos de Cuba, Brasil e México. Em outros como Panamá, Peru, Paraguai, Costa Rica, República Dominicana e Colômbia, são observados avanços consideráveis em função das novas reformas nos sistemas de saúde, que consideram o modelo de Medicina de Família e Saúde da Família como pedra angular dos seus Modelos de Saúde.

Os níveis de atenção nos países da América Latina

Dos 16 países, cem por cento disse contar com três níveis de atenção classificados conforme o grau de complexidade, onde o primeiro nível de atenção corresponde à atividade assistencial com menor infraestrutura, de maior cobertura e de tipo generalista. No caso da Colômbia o sistema de saúde também descreve três níveis de atenção, porém, no ambiente assistencial se fala de “um quarto nível”, que na verdade corresponde ao terceiro nível de atenção.

Função do Médico de Família nos níveis de atenção

Os especialistas em Medicina de Família nos 16 países desenvolvem suas tarefas principalmente no nível primário. Cuba, Brasil, Panamá e Venezuela reportam uma participação clínica e administrativa quase exclusiva no primeiro nível de atenção. Os outros 11 países como a Argentina, Bolívia (*Caixa Nacional de Saúde*), Chile, Colômbia, El Salvador, México, Nicarágua, Paraguai, Peru e República Dominicana, reportam um predomínio da designação assistencial do médico de família no primeiro nível de atenção, embora também possa ser localizado no segundo, dedicado à atenção de urgências hospitalares, atenção de doenças crônicas degenerativas, cuidados paliativos e funções administrativas. Só nos casos da Costa Rica e Porto Rico, referiram-se como principal ambiente de trabalho, as tarefas administrativas e de gestão médica (Tabela 1).

Tabela 1. Inserção dos médicos de família segundo suas funções nos Níveis de Atenção à Saúde

1º nível (clínica e de gestão)*	Cuba, Brasil, Panamá, Venezuela
1º e 2º nível (clínica, gestão e plantões em hospitais e urgências)*	Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, El Salvador, México, Nicarágua, Paraguai, Peru, República Dominicana.
1º, 2º e 3º nível (atividades administrativas e de gestão médica)*	Costa Rica e Puerto Rico
Docência	Todos (exceto Nicarágua)
Investigação/Pesquisa*	Nenhum

*como atividade prioritária.

Existência do SRCRP

Os 16 países questionados possuem o SRCRP, entre eles, em 13 está bem definido em nível nacional, encontrando quatro denominações como as mais frequentes: *Sistema de Referência e Contra-referência de pacientes* (Bolívia, Brasil, Colômbia, Chile, Cuba, El Salvador, México, Paraguai, Peru, Puerto Rico, República Dominicana, Venezuela) e no Panamá é conhecido como *Sistema Único de Referência e Contra-referência* (SURCO). Argentina, Colômbia e Peru não possuem um sistema consolidado de caráter nacional, funcionando no nível institucional. No caso da Costa Rica, Argentina e El Salvador não contam com um enquadramento jurídico preciso, porém, os Ministérios da Saúde trabalham na conformação de redes integradas de serviços de saúde que permitam de forma controlada o fluxo de pacientes através dos diferentes níveis de atenção.

O papel do Médico de Família como “porta de entrada” no Sistema de Saúde de cada país

No caso dos 16 países, só nove referiram que a passagem obrigatória para o acesso a médicos especializados e outros serviços hospitalares, é através do Médico de Família e/ou Geral. Nos casos da Argentina, Colômbia, El Salvador, Nicarágua, Peru, Paraguai e Venezuela, foi indicado que os pacientes podem ter acesso a outros serviços médicos especializados sem que necessariamente participe o médico de família ou geral (Tabela 2).

Tabela 2. O Médico de Família como Porta de Entrada do Sistema de Saúde

Obrigado a passar pelo 1º Nível de Atenção	Bolívia, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Panamá, Puerto Rico e República Dominicana
Podem acessar diretamente a outras especialidades	Argentina, Colômbia, El Salvador, Nicarágua, Peru, Paraguai e Venezuela

A regionalização e cadastro por consultório de Medicina de Família ou Geral

Em referência à regionalização e cadastro da população para cada médico de família ou geral, encontramos que 11 dos 16 países questionados (Bolívia, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Paraguai, Porto Rico, República Dominicana e Venezuela), declararam ter cadastrada sua população por consultório, de acordo com uma distribuição geográfica, variando dos 1500 pacientes em Cuba; 2500 no México e República Dominicana e no caso da Bolívia é superior a 10,000 nas diferentes instituições de saúde. Nos casos da Argentina, Colômbia, Nicarágua, Panamá e Peru, não foi possível fazer a regionalização, ou ela foi feita parcialmente.

O SRCRP no nível interinstitucional

Em três dos 16 países não podem ser realizadas as referências de pacientes interinstituições (Bolívia, El Salvador e República Dominicana). Nos outros 13 países, se pode realizar a referência interinstitucional através de diferentes mecanismos administrativos como convênios de cooperação ou pagamentos sub-rogados pelos serviços prestados (Tabela 3).

Em 15 dos 16 países, exceto na Colômbia, os processos são bem semelhantes, e consistem na necessidade de enviar a um paciente do primeiro nível de atenção para um centro hospitalar, seja para atenção médica ou para a realização de estudos com equipamento não existente nesse nível de atenção. Exceto a Venezuela e El Salvador, todos os países manifestaram a necessidade de preencher um formulário, impresso ou eletrônico com os dados do paciente, motivo de envio e especialidade de referência. No caso do Paraguai, o paciente se apresenta via telefônica pelo médico solicitante ao de referência hospitalar. No caso do México, é indispensável que os pacientes sejam enviados ao especialista com estudos de laboratório e gabinete que procedam conforme os protocolos diagnósticos de cada especialidade, e em todos os casos, as referências devem ser autorizadas (justificadas) pelo chefe da consulta.

Tabela 3. Descrição geral dos Sistemas de Referência e Contra- Referência (SGRCR) de Pacientes na América Latina

País	Níveis de Atenção em América Latina	Inserção do MF Nãos Níveis de Atenção	Docência	SGRCR	Marco Jurídico	MF como Porta de Entrada ao Sistema de Saúde	População adscrita por consultório	SGRCR Inter-institucional	Prontuário Clínico Eletrônico
Argentina	3	1º e 2º	Sim	Não em todo o país	Não	Não		SIM	Não
Bolívia	3	1º e 2º	Sim	Sim	Sim	Sim	5000	Não	Não
Brasil	3	1º	Sim	Sim	Sim	Sim		SIM	Alguns locais
Chile	3	1º e 2º	Sim	Sim	Sim	Sim		SIM	Sim
Colômbia	3	1º e 2º	Sim	Sim	Sim	Não		SIM	Alguns locais
Costa Rica	3	1º, 2º e 3º	Sim	Sim	Sim	Sim		SIM	Alguns locais
Cuba	3	1º	Sim	Sim	Sim	Sim	1500	SIM	Não
El Salvador	3	1º e 2º	Sim	Sim	Não	Não		Não	Não
México	3	1º e 2º	Sim	Sim	Sim	Sim	2500	SIM	Sim
Nicarágua	3	1º e 2º	Sim	Sim	Sim	Não		SIM	Não
Panamá	3	1º	Não	Sim	Sim	Sim		SIM	Sim
Paraguai	3	1º e 2º	Sim	Sim	Sim	Não		SIM	Não
Peru	3	1º e 2º	Sim	Sim	Sim	Não		SIM	Não
Porto Rico	3	1º, 2º e 3º	Sim	Sim	Sim	Sim		SIM	Sim
República Dominicana	3	1º e 2º	Sim	Sim	Sim	Sim	2500	Não	Alguns locais
Venezuela	3	1º	Sim	Sim	Sim	Não		SIM	Não

Os profissionais responsáveis pela referência médica

Nos 16 países, o profissional responsável pela referência é o médico generalista, com ou sem especialidade em medicina de família. É importante mencionar que na Bolívia, no Chile, Cuba, México, Paraguai, Porto Rico, República Dominicana e em algumas regiões do Brasil, existem profissionais responsáveis para validar e autorizar a solicitação da derivação do paciente para um segundo nível de atenção.

Mecanismos de controle do SGRCR nas unidades de atenção médica

Só em quatro países dos 16 informados, puderam ser observados mecanismos bem definidos de controle das referências recebidas no hospital e das contra-referências feitas às unidades médicas de origem. Chile, Cuba, México e Panamá apresentam mecanismos estruturados que, de modo geral, são resumidos a seguir:

Chile: toda referência deve ser colocada na plataforma SIDRA o que implica uma transcrição de dados. Este sistema permite realizar um monitoramento do processo de referência e contra-referência em relação aos tempos de espera e designação de horas de atenção por parte do nível 2º ou 3º. Além disso, são realizadas reuniões de integração onde participam diretos da APS e da atenção secundária e nelas é analisada a qualidade da referência e contra-referência.

Cuba: existem duas instâncias, uma é através do Comitê de Avaliação da Qualidade em APS e Hospitais, e a outra consiste em reuniões de integração na qual participam diretos da APS e da atenção secundária, onde é analisada a qualidade da referência e a contra-referência dos pacientes.

México: existem nas diferentes instituições de saúde, áreas de controle do Sistema de Referência e Contra-referência que monitoram o registro dos pacientes no que diz respeito à sua chegada e também à sua saída quando são contra-referidos para suas unidades de origem, ao mesmo tempo em que verificam o adequado preenchimento da folha de contra-referência e da entrega do manejo farmacológico hospitalar para aqueles pacientes enviados de volta para as clínicas de Medicina de Família.

Além disso, são incluídos indicadores de qualidade do Sistema de Referência e Contra-referência de pacientes nas unidades de primeiro, segundo e terceiro nível de atenção, indispensáveis para a certificação e recertificação das unidades médicas.

Panamá: se confirma que a referência, realizada pela medicina de família ou medicina interna, tenha sido recebida no hospital através do Departamento de Registros Médicos e Estatísticas em Saúde.

O controle do prontuário clínico eletrônico nas unidades de primeiro nível

Dos 16 países analisados, sete reportaram não possuir essa ferramenta de trabalho para o primeiro nível de atenção (Argentina, Bolívia, Cuba, El Salvador, Nicarágua, Paraguai e Venezuela). Os outros nove países dizem ter diferente grau de desenvolvimento na utilização generalizada de tal instrumento, os mais consolidados parecem ser o Chile, México, Panamá e Porto Rico. Brasil o inclui em algumas regiões do país, assim como Peru, Colômbia, República Dominicana e Costa Rica.

Os sistemas eletrônicos de gestão de referência e contra-referência de pacientes

Os sistemas eletrônicos de referência e contra-referência de pacientes para a gestão e controle de consultas e posteriormente a contra-referência, são uma ferramenta dos serviços de saúde atualmente desenvolvida em vários países da região. Até hoje, nenhum país o tem em uso generalizado, dos 16 países estudados, só cinco referem seu uso de modo parcial, o Chile através do *Sistema de Informação da Rede Assistencial (SIDRA)*, o Panamá com a *Caixa do Seguro Social (CSS)* em todo o país, e no Ministério de Saúde só em alguns centros de saúde da capital do país. No México é operacionalizado atualmente pelo *Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)*. E no caso do Peru, só o *Seguro Social de Saúde (EsSalud)*.

Utilização de protocolos diagnósticos ou guias de prática clínica para a referência de pacientes

Dos 16 países, só 10 reportaram contar com protocolos diagnósticos ou guias de prática clínica a Bolívia, o Chile, Cuba, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, México, Nicarágua, Panamá e República Dominicana.

Eficácia do SRCRP, entendido como percentagem de pacientes contra-referidos em relação ao número de referidos

Em geral, a maior parte dos países não tem os dados precisos quanto à percentagem de pacientes contra-referidos; o que é observado é que os países que têm mecanismos de controle das referências e contra-referências nas unidades médicas, são aqueles que referem as maiores percentagens de retorno de pacientes para as unidades emissoras, tal é o caso do Chile, Cuba e México.

Comitês de Vigilância do SRCRP nas unidades médicas

Encontramos que 10 dos países possuem Comitês de Vigilância do SRCRP, em diferentes instituições de saúde, em alguns países de forma generalizada como é o caso de Cuba, México, Porto Rico e Peru (Seguro Social). Outros países como Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Nicarágua e Panamá contam com eles de forma irregular.

Perfil dos médicos que compartilham o primeiro nível de atenção nos países da Região

Em países como Cuba, Chile, México e Paraguai, a maior parte das unidades de primeiro nível de atenção é atendida por médicos generalistas, sejam Médicos de Família ou Gerais. Em países como o Brasil e o Peru, a conformação das equipes depende da região geográfica. Nos demais países também podemos encontrar a presença de pediatras, ginecologista obstetras, internistas ou inclusive psiquiatras, oftalmologistas ou dermatologistas, etc., como é o caso da Argentina, Bolívia, El Salvador, Costa Rica, Nicarágua, Panamá, Porto Rico, República Dominicana e

Venezuela. No caso da Colômbia não há Médicos de Famílias no primeiro nível de atenção, podem ser encontrados a partir do segundo nível colaborando igualmente com outros especialistas médicos.

Os processos de credenciamento da qualidade das unidades médicas e o SRCRP

Na presente pesquisa pôde ser observado que só cinco dos 16 países questionados incluem a medição de indicadores de referência e contra-referência nos processos de credenciamento das unidades de saúde (Chile, Colômbia, Cuba, México e Peru).

Os programas de atenção domiciliar pelo Médico de Família e/ou a equipe de Saúde Familiar

É satisfatório saber que, apesar das dificuldades mencionadas, em 15 dos 16 países são desenvolvidas diferentes modalidades de atenção domiciliar, na maioria dos casos outorgada pelo médico de família ou inclusive pelo médico geral, e em outros por diferentes atores da equipe básica de saúde familiar. Nesse sentido, o país que não reporta atenção domiciliar é a Nicarágua.

Discussão e Conclusões

A presente pesquisa permitiu confirmar que a figura do especialista em Medicina de Família está presente nos 16 países pesquisados e nos três níveis de atenção, com diversidade de funções, principalmente nas áreas clínica e administrativa, com menor frequência em atividades docentes e de pesquisa.

É importante salientar que os SRCRP funcionam nos 16 países, encontrando a maior eficiência na referência de pacientes do primeiro para o segundo e do segundo para o terceiro nível de atenção. Porém, as maiores dificuldades são observadas na contra-referência, situação que limita a retroalimentação dos médicos de atenção primária, e inclusive, os do segundo nível.

Resulta preocupante que alguns países possuem modelos de saúde incongruentes, que não correspondem ao discurso político e com as próprias reformas que promovem através dos seus respectivos governos, inclusive, no tipo e quantidade de profissionais de saúde especializados em Medicina de Família e Atenção Primária, tal como é recomendado pelos órgãos internacionais no nível mundial.^{1,5,6}

Como foi mencionado no começo, os processos de avaliação da qualidade das unidades de atenção médica, incluem dentro dos seus indicadores aqueles relacionados com a eficácia e a eficiência do SRCRP. No entanto, nos últimos anos foi impulsionado a partir dos foros mundiais de saúde a Certificação ou Credenciamento da Qualidade dos estabelecimentos de saúde, a fim de permitirem melhorar a prática médica.^{1,2} Os países da América Latina avançaram na sua instrumentação paulatina, incorporando nos seus sistemas de avaliação da qualidade da prática médica, a formação de Comitês de Vigilância; a criação de protocolos de diagnóstico e tratamento; reuniões de retroalimentação entre os diferentes níveis de atenção, a respeito do tipo e qualidade das referências; etc. Os países que têm melhor eficácia e eficiência nos seus sistemas de referência e contra-referência são aqueles que atingiram maior consolidação nos seus processos de credenciamento da qualidade dos seus serviços de saúde, incorporando nele, indicadores do SRCRP.

Finalmente, o grupo de trabalho recomenda as seguintes estratégias de fortalecimento para os SRCRP na Região:

- Incrementar e melhorar a qualidade dos programas de formação de especialistas em Medicina Familiar
- Garantir a presença de especialistas em Medicina de Família trabalhando no primeiro nível de atenção, na área clínica, de gestão, de docência e de pesquisa, o que permitirá incrementar a capacidade resolutiva das unidades médicas.
- Estabelecer Sistemas de Certificação e Recertificação da Qualidade de unidades médicas nos três níveis de atenção, incorporando indicadores de eficácia e eficiência do SRCRP.
- Implantar sistemas de prontuário eletrônico único, que permita sua portabilidade nas diferentes instituições de saúde e que esteja vinculado ao SRCRP nos três níveis de atenção.

Referências

1. Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la Salud en el Mundo. La financiación de los Sistemas de Salud, El camino hacia la cobertura universal. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra. 2010. Consultado el 17-de marzo de 2016. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf
2. World Health Organization. Everybody's Business: Strengthening Health Systems to improve health Outcomes. WHO Framework for Action. Geneva, 2007
3. Frenk, J. Las dimensiones de la Reforma del Sistema de Salud. En Ruiz Durán, Clemente. Los sistemas de seguridad social en el siglo XXI. México D.F. 1997
4. Gómez A, Pineda F. Sistemas de salud: Definiciones, componentes y evaluación. Monitor Estratégico, Superintendencia Nacional de Salud de Colombia. No. 4 Jul-Dic. 2013. p 85-92
5. Fortalecimiento de los sistemas de salud, Tendencias actuales y retos, 64. A Asamblea Mundial de la Salud, OMS. Documento A64/13. Ginebra: OMS, 2011. Consultado el 17 de marzo de 2016. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_13-sp.pdf
6. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, DC, 2007.
7. Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia. Secretaría de Salud. Alcaldía Mayor de Bogotá. Colombia, 2007. Consultado el Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=27905>
8. Manual Operativo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca. Colombia, 2014. Consultado el 17 de marzo de 2016. Disponible en: [file:///C:/Users/Miguel/Downloads/MANUAL_SIRC_2014%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Miguel/Downloads/MANUAL_SIRC_2014%20(1).pdf)
9. Soberón G. La Reforma de Salud en México. Gac Méd Méx. Vol. 137 No. 5, 2001; 419-4
10. Stoner J, Freeman E, Gilbert Jr D. Administración. 6ª ed. Prentice Hall. 1996; 35-42.
11. Propuesta de Directiva de Sistema de Referencia y Contrarreferencia en la Atención Integral de la Tuberculosis y Enfermedades respiratorias (PAL). Ministerio de Salud de Perú, 2012. Consultado el 17 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www.parsalud.gob.pe/phocadownload/fondomundial/ProductoMaterialIEC/PAL/Directiva%20Sistema%20de%20Referencia%20y%20Contrarreferencia%20version%20final%20validada.pdf>
12. Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes pediátricos de población abierta de la Ciudad de México y área conurbada del Estado de México. Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2002. Consultado el 17 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7455.pdf>
13. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud. Ministerio de Salud de Perú. 2005. Consultado el 17 de marzo de 2016. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/115_NTREFYCON.pdf
14. Barquín M. Dirección de hospitales. 6ª ed. Interamericana Mc Graw Hill. 1992; 25-35.
15. Barquín M. Niveles de complejidad de la atención médica. En: Sociomedicina. 4ª ed. Méndez Editores. 1994; 615-628.
16. Caballero A, et al. Comunicación entre atención primaria y atención especializada: análisis de los contenidos de derivación y retorno de enfermos reumatológicos. Atención Primaria. Vol.12. Núm.5. 30 de septiembre de 1993; 30-35.
17. Silverman M. Optimización del proceso de Referencia y Contrarreferencia entre los niveles de la atención. Evaluación de la implementación de un sistema de comunicación electrónico. Maestría en Salud Pública, orientación en Sistemas Municipales. Universidad Nacional de la Plata. Argentina. 2007. Consultado el 17 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TesisMagisters/7.pdf>
18. Manual de Organización de las Unidades Médicas del Primer Nivel de Atención. ISSSTE. Octubre de 2000; 9-13.
19. Levy S. La modernización del Instituto Mexicano del Seguro Social. Gac Méd Méx. Vol. 137 No.5, 2001; 425-428.
20. Pablo M, Abreu M, Antonietti L, Guillén M, Said M, Montali C. Sistemas de referencia y contrarreferencia entre el segundo y el tercer nivel de salud en una red hospitalaria pediátrica en el conurbano bonaerense. Arch Argent Pediatr 2013; 111 (5):405-411 Consultado 17 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TesisMagisters/7.pdf>