



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**REFERENCIAS NO JUSTIFICADAS Y TIEMPOS DE ESPERA
PARA UNA CONSULTA MÉDICA EN EL SERVICIO DE
ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL
SOLOGUREN 2014**

**PRESENTADA POR
FERNANDO FRANZ NAMUCHE OJEDA**

**ASESOR
MGTR. LUIS HERCILLA VÁSQUEZ**

TESIS

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN GERENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD**

**LIMA – PERÚ
2016**



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**REFERENCIAS NO JUSTIFICADAS Y TIEMPOS DE ESPERA
PARA UNA CONSULTA MÉDICA EN EL SERVICIO DE
ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL
SOLOGUREN 2014**

TESIS

PARA OPTAR

**EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN GERENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD**

**PRESENTADA POR
FERNANDO FRANZ NAMUCHE OJEDA**

**ASESOR
MGTR. LUIS HERCILLA VÁSQUEZ**

**LIMA, PERÚ
2016**

JURADO

Presidente: Juan Carlos Velasco Guerrero, doctor en Salud Pública

Miembro: Manuel Jesús Loayza Alarico, maestro en Salud Pública

Miembro: Zoel Aníbal Huatuco Collantes, maestro en Política y Planificación en Salud

A Vanessa, a mis padres y hermano,
por el inagotable apoyo a lo largo de estos años

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	3
1.1 Antecedentes	3
1.2 Bases teóricas	6
1.3 Definición de términos básicos	9
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	14
2.1 Formulación de la hipótesis	14
2.2 Variables y su operacionalización	14
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	15
3.1 Tipos y diseño	15
3.2 Población de estudio	15
3.3 Características del lugar o institución donde se ejecutó la investigación	15
3.4 Instrumento y procedimientos de recolección de datos	16
3.5 Procesamiento y análisis de los datos	18
3.6 Aspectos éticos	18
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	19
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	25

CONCLUSIONES 28

RECOMENDACIONES 29

FUENTES DE INFORMACIÓN 30

ANEXOS

1. Screenshots del software Institucional de referencias y contrarreferencias

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la asociación entre el número de referencias no justificadas y los tiempos de espera que toma obtener una consulta médica en el servicio de Oncología en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren en el período 2014.

Metodología: Los datos fueron obtenidos de los registros de la oficina de referencias y contrarreferencias (ORC) y de la base de datos de citas del Hospital Alberto Sabogal Sologuren. Se utilizaron los criterios establecidos para aceptar una referencia en la especialidad de Oncología Médica del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, validados para toda la Red Asistencial Sabogal. Se empleó una ficha para recabar los datos en base a las Normas para el proceso de referencia y contrarreferencia de EsSalud.

Resultados: Se descubrió que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias del tiempo para obtener una cita en consultorio externo de oncología. Lo que determina que la existiría relación entre el número de referencias no justificadas y los tiempos de espera que toma obtener una consulta médica en el servicio de oncología en el hospital Alberto Sabogal Sologuren en el período 2014. El Hospital que hizo más referencias fue el APP Alberto Leopoldo Barton, con 898 (30.4%). Sin embargo, el que tuvo mayor porcentaje de referencias no justificadas fue el Hospital Marino Molina con 67 (34%) referencias. Las patologías oncológicas más frecuentemente referidas fueron la gastrointestinales seguidas por las ginecológicas.

Conclusiones: Debe considerarse implementar un plan de seguimiento a los centros de salud con mayor porcentaje de referencias no justificadas y tomar medidas correctivas para disminuir esta situación.

Palabras clave: Referencia, contrarreferencia, tiempos de atención, oncología, consultorio externo

ABSTRACT

Objective: The purpose of the investigation was to evaluate the relationship among the number of unjustified referrals and waiting times for medical consultation at the oncology department at the hospital Alberto Sabogal Sologuren in the 2014 period.

Methodology: Data were obtained from the records office references and counter (ORC) and the database of consultation from Alberto Sabogal Hospital Sologuren. The criteria used to accept a reference in the specialty of medical oncology at the oncology center that was assessed was the one validated for all Sabogal Healthcare Network. A tab data collection based on the Standards for the process of referral and EsSalud was used.

Results: It was found that there is statistically significant difference between the average time for an appointment in outpatient oncology. What determines the relationship exist between the number of unjustified referrals and waiting times for medical consultation at the oncology center that was assessed in the period 2014. The Hospital was made more references APP Alberto Leopoldo Barton, 898 (30.4%). However, that had the greatest percentage of references was not justified Marino Molina Hospital with 67 (34%) references. Oncological diseases were most frequently referred to the gastrointestinal followed by gynecologic.

Conclusions: It should be considered to implement a monitoring plan to the health centers with higher percentage of unjustified referrals and take corrective measures to reduce this situation.

Key words: Reference, counterreferral, time care, oncology, outpatient care

INTRODUCCIÓN

No hay información suficiente sobre la relación entre las referencias no justificadas y los tiempos de espera que toma obtener cita médica en EsSalud. Existe la necesidad de verificar esta posible relación y determinar en qué magnitud se presenta.

En el Perú, al igual que en todo el mundo, los programas sanitarios y de salud son siempre objeto de mejora, optimización y reforma. De esta manera, se ajustan a trabajar bajos sus posibilidades y poder manejar de la mejor manera las necesidades de sus respectivas poblaciones. Es por esto que deben ser uno de los puntos más importantes para tener en cuenta en la administración de los sistemas de salud, ya que estos serán los conductos que ayudarán a llegar a la meta trazada. Para optimizar la utilización adecuada de estos sistemas, es de vital importancia poder contar con una buena comunicación entre los diferentes niveles que tendrá dicho sistema, así como un buen sistema de retroalimentación para una constante mejora ⁽¹⁾.

Uno de los principales problemas de los hospitales de la seguridad social es sin duda el tiempo que demora en dar una cita en cualquier área. Por ello, es vital encontrar las causas que podrían dilatar dicha espera. El número de referencias que se dan desde los hospitales de niveles inferiores a sus centros de referencias es bastante alto, con el objetivo que el paciente referido obtenga la mejor atención posible ⁽²⁾.

Sin embargo, no todo el tiempo las referencias son sobre patologías que el centro de salud que las hace no las pudiera solucionar. Esto satura el sistema del hospital de referencia, que termina atendiendo casos de baja complejidad, quitando tiempo y recursos a paciente que requieren atención de mayor complejidad para el cual fue hecho el hospital.

También se debe considerar que no todas las referencias son automáticamente atendidas en el centro al que fueron referidas. Tenemos la contrarreferencia, que realiza un médico al ver que el paciente no requiere seguir siendo tratado en el hospital

de mayor complejidad y puede ser tratado o terminar el tratamiento en su centro de salud de origen. Al mes, el Hospital Alberto Sabogal Sologuren atiende seis mil referencias y contrarreferencias en promedio.

Se debe determinar si el número de referencias es una de las causas de la demora en entregar citas a los pacientes es complejo y requiere de una investigación concreta.

De persistir esta falta de información, se seguiría trabajando pasando por alto una posibilidad para mejorar los tiempos de espera de los pacientes y los costos de servicios del hospital.

El problema principal de la presente tesis es conocer de la existencia de la relación entre las referencias no justificadas y los tiempos de espera para una consulta médica en el servicio de oncología en el hospital Alberto Sabogal Sologuren en el período 2014. El objetivo general es evaluar está relación con la ayuda de objetivos específicos tales como determinar la incidencia de referencias no justificadas, Evaluar el tiempo de espera promedio para obtener una consulta médica en el servicio de oncología, hallar la incidencia de referencias no justificadas por centro de salud de origen y determinar las patologías más frecuentes que son referidas en el servicio de Oncología en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren en el año 2014.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

En 2000, Bowling et al. realizaron un estudio, prospectivo, transversal, en la región Norte de Thames (Londres) ⁽³⁾. Aplicaron encuestas a los pacientes ambulatorios, a los médicos generales y especialistas. Concluyeron que una gran cantidad de trabajo se lleva a cabo en la práctica general antes de la derivación hospitalaria de los pacientes y que los médicos generales tienen acceso directo a algunas tecnologías y servicios que pueden actuar para reducir la carga hospitalaria. La discrepancia entre los médicos generales y especialistas, las percepciones acerca del potencial para un mayor trabajo de investigación previo a la referencia de los pacientes merecen más investigación.

Pardo et al., en 2008, llevaron a cabo un estudio que describía a partir de las historias clínicas del triaje de las interconsultas de los policlínicos de atención primaria hacia neuropediatría, neumología y gastroenterología realizados en la Policlínica Pediátrica General de Referencia desde 2005 hasta el 2006. Se estudiaron las transferencias realizadas hacia el servicio de Emergencia del Centro Hospitalario Pereira Rossell desde septiembre a diciembre de 2006. Concluyeron que, al analizar los traslados pediátricos a especialistas, cerca al 69% de los pacientes provenían de Montevideo. Posterior a la evaluación inicial, la mayoría de las interconsultas llegaron con derivación al policlínico de mayor capacidad resolutive ⁽⁴⁾.

En un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, elaborado por Liddy et al., en 2015. para identificar los sistemas actuales de consulta y referencia electrónica (eConsultation & eReferral) y profundizar en el desarrollo, ejecución y seguimiento de los sistemas existentes. Se utilizó un método de exploración del medio ambiente, que consiste en una revisión sistemática de la literatura y entrevistas semiestructuradas dirigidas a informantes clave. Concluyeron que, a pesar de la actual falta de sistemas eConsultation y eReferral en funcionamiento en Canadá, varias provincias se encuentran en distintas etapas de la ejecución de sus propios sistemas eReferral ⁽⁵⁾.

Las lecciones aprendidas de estos proyectos deben difundirse con el fin de optimizar los recursos y fuerza de trabajo. La mejora de la interoperabilidad de los sistemas de Registros Médicos Electrónicos (RME) se está convirtiendo en una prioridad mayor. Como obtener datos de los RME en los sistemas eReferral se hace más fácil, el diseño de sistemas eReferral será más práctico y el convencimiento del médico probablemente aumente. Se necesitan mejoras en el proceso de referencia de especialidades y los sistemas de eConsultation y eReferral ofrecen el potencial para satisfacer estas necesidades.

En 2015, Aeenparast et al. desarrollaron un estudio transversal, descriptivo, prospectivo, cuya población objetivo fueron especialistas y subespecialistas de Teherán. Toda la población (5475 casos) fue estudiada; sin embargo, el 43.4% de ellos no fue accesible. Los casos accesibles fueron 3098 médicos que fueron incluidos. De acuerdo con sus hallazgos, el nivel de atención; tipo de especialista, ser un miembro de la facultad y la localización del consultorio médico estuvieron relacionados al tiempo de espera. Este también estuvo correlacionado con el número de consultorios de pacientes ambulatorios y clínicas de cada médico, así como también con el número de horas de trabajo a la semana. Se concluyó que el tiempo de espera estimado fue aceptable, pero el rango de estos parámetros fue muy amplio. Esta situación fue más severa para algunas especialidades ⁽⁶⁾.

Ballini et al., en 2015, elaboraron un metanálisis para estudiar la eficacia de las intervenciones, cuyo objetivo fue reducir los tiempos de espera para la atención electiva. Concluyeron que, dado que solo algunos de los estudios de baja calidad están actualmente disponibles, no se pudo obtener conclusiones firmes sobre la eficacia de las acciones evaluadas en la disminución de los tiempos de espera. No obstante, las acciones que implican el proceso de realizar los servicios más asequibles (acceso abierto o de reserva / referencia directa) muestran cierta promesa a mejorar el problema ⁽⁷⁾.

Se desarrolló una revisión sistemática de las barreras a los óptimos servicios de especialidades en consulta externa para individuos con enfermedades crónicas prevalentes, en 2015, por Fadgley et al. evaluaron una amplia gama de obstáculos para un buen servicio, estos fueron: de alojamiento y de accesibilidad causados por la organización del servicio o estructura física, como aparcamiento y la programación; comunes: creadas por la mala coordinación de la atención dentro del equipo de salud; y las individuales: como resultado de prácticas inadecuadas de evaluación de la necesidad de atención y de referencia.

En 2000, Gandhi T.K et al. realizaron una investigación sobre el proceso de referencia ambulatoria. Concluyendo que los problemas sustanciales estaban presentes en el proceso de referencia. Los principales temas fueron la insatisfacción del médico, la falta de puntualidad y el contenido de la comunicación inadecuada entre médicos. La información obtenida de la encuesta general y encuesta de referencia específica era congruente. Los esfuerzos para mejorar el sistema de referencia podrían mejorar, tanto en la satisfacción del médico y la calidad de la atención al paciente ⁽⁸⁾.

WU CH, et al., en 1996, elaboraron un análisis de referencias fallidas en consulta externa. Mostraron que la mejora de la eficiencia administrativa, la mejora de la comunicación entre los médicos y entre médicos y pacientes, la evaluación de la voluntad de los pacientes a seguir a través del proceso de una referencia y el método utilizado para iniciar la remisión por parte del médico puede reducir la tasa de fracaso de referencia ⁽⁹⁾.

Se ejecutó un estudio donde se evaluó la relación entre las tasas de referencia y de admisión de prácticas generales electivas al hospital en 1990, desarrollado por Coulter et al. Encontraron que las tasas de admisión electiva al hospital varían sistemáticamente entre las prácticas generales. Las variaciones en las derivaciones de pacientes ambulatorios son un determinante importante de las variaciones en las tasas de ingreso ⁽¹⁰⁾.

En 2015, Karemere H. et al. desarrollaron un estudio donde evaluaron las referencias de los hospitales en la República democrática del Congo como un complejo sistema adaptativo. Concluyeron que, mediante el estudio de dos primeros hospitales de referencia a través de la lente de un Sistema adaptativo complejo, su desempeño en un contexto de ayuda al desarrollo toma un significado diferente. El éxito no solo se mide a través de una mayor producción del hospital, sino a través de un proceso significativo de adaptación de la red de agentes hospitalarios. El proceso esperado no es necesariamente un cambio. Fortaleció el equilibrio y el arreglo institucional existente, para que se dé el resultado preferible mucha más atención se debe dar en el futuro, especialmente a nivel internacional. Se debe ayudar a la correcta comprensión de las capacidades de adaptación del hospital ⁽¹¹⁾.

Reville et al., en 2015, elaboraron un estudio sobre educación y criterios de referencias y su impacto en oncología en referencias de tratamiento paliativo. Concluyeron que un proyecto de mejora de la calidad que apoye el uso de criterios de educación y de referencia para influir tanto la frecuencia como razones para la remisión de cuidados paliativos por los proveedores de oncología podría mejorar el cuidado en estos pacientes ⁽¹²⁾.

1.2 Bases teóricas

De las referencias y contrarreferencias hospitalarias

La referencia es el proceso administrativo por medio del que un paciente recibirá atención de servicios de salud en un centro asistencial de mayor complejidad del que está siendo transferido, es en consecuencia un acto médico de la consulta externa u hospitalización, debido a la complejidad de su enfermedad que no puede ser tratada en su centro asistencial de origen.

El Sistema Nacional de Referencia y Contrarreferencia (SNRC) es el conglomerado de procedimientos con variables homogenizadas e indicadores ordenados, que posibilitan la articulación del usuario dentro del sistema de salud con la finalidad de

garantizar constancia en la atención de manera adecuada con todas las características que la normatividad de un buen servicio de salud prestacional debe contar: el traslado desde el punto A (establecimiento de menor capacidad resolutive) hacia el punto B (establecimiento de mayor capacidad resolutive) ⁽¹³⁾.

Del tiempo de espera para consultas médicas

Tiempo de espera en consulta externa es la media cuantificada en minutos desde el momento en que el usuario inicia su solicitud a la atención en el servicio de urgencias y el inicio de esta por el médico ⁽¹⁴⁾.

Del nivel prestacional

Este nivel cuenta con establecimientos de salud de diferente complejidad y capacidad resolutive como institutos especializados, hospitales (I, II, III), centros y puestos de salud. El establecimiento de salud es la unidad operativa prestacional, encargada de la ejecución de referencias y contrarreferencias, dentro de los cuales tenemos:

Institutos especializados y hospitales I, II, III

Por ser los centros de salud de mayor capacidad resolutive, manejan una mayor responsabilidad con la meta de garantizar la atención de salud constante en los usuarios por niveles (ya sea por regiones o a nivel nacional), y utilizan los servicios y procedimientos de las unidades de seguros y de referencias.

Las unidades de referencia se encargan del proceso y ejecución de todo lo correspondiente a procedimientos de referencia y contrarreferencia de los usuarios y su conformación se dará por un grupo de personas que variará en número según lo complejo que sea cada centro de salud. En la cabeza, tendrá a un coordinador o encargado quien será personal de salud a tiempo completo para el servicio, este será seleccionado por la dirección ejecutiva. Se contará también con un técnico de salud encargado de informática para la conducción del software que se usará.

Del nivel administrativo

Nivel nacional

Es controlado por la Dirección General de Salud de las personas - Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, coordinador nacional del Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC) y el comité nacional de referencia y contrarreferencia. Es el órgano técnico normativo y de control del SRC a nivel nacional.

Las funciones a este nivel son: establecer las normas técnicas para poder implementar y poner en funcionamiento el SRC en el escenario nacional, determinar los campos de acción de los diferentes niveles dentro del SRC, concretar convenios de intercambio a nivel de prestaciones que se puedan considerar dentro de la referencia y contrarreferencia de pacientes dentro del sistema de salud, emitir y aprobar la normatividad modificatoria o complementaria.

Nivel regional

Integrado por la Dirección Regional de Salud quien será, el coordinador regional del SRC y el comité regional del SRC.

Sus funciones son: Ayudar a las normas determinadas a nivel nacional del SRC para ajustar y optimizar su capacidad de operación y función de acuerdo con la realidad sanitaria de su escenario. Realizar la planificación, organización y conducción de forma estratégica el SRC dentro de su campo de acción, elegir y formalizar a las personas responsables y/o comités de la conducción del SRC dentro del escenario regional, realizar convenios con otras instituciones de salud.

Nivel de dirección de salud y dirección de red de salud

Es la dirección encargada de organizar, coordinar, conducir y controlar el SRC en su campo de acción mediante la dirección ejecutiva, coordinar con prestaciones sanitarias y referencias según corresponda y según el comité encargado en gestionar dichos procesos dentro de la dirección de salud.

Sus funciones incluyen: observar el apego a las normas y disposiciones del SRC, transmitidas por los niveles superiores, en su campo de acción. Designar a los responsables del SRC en los diferentes escenarios según su ámbito. Asegurarse por los medios pertinentes que los sistemas financieros abonen los recursos necesarios para las actividades originadas por el SRC.

1.3 Definición de términos básicos

Sistema de referencia y contrarreferencia: Grupo de procedimientos utilizados para estructurar el consentimiento de prestaciones sanitarias entre diferentes unidades de salud de las redes de EsSalud para asegurar la continuación del servicio de prestación de salud, según las posibilidades y el nivel y logística con el que cuenten los servicios de los respectivos centros de salud.

Centro asistencial de origen: Unidad sanitaria de menor nivel resolutivo que se ve en la necesidad de referir al paciente por motivos de prestaciones que superan su campo de acción hacia un centro de salud de mayor nivel resolutivo.

Centro asistencial de destino: Centro de salud con un nivel de resolución mayor que recibe la referencia de la unidad sanitaria de menor nivel. Cuenta con una capacidad resolutiva necesaria para ejecutar prestaciones más avanzadas que el centro asistencial de origen.

Comité de referencia y contrarreferencia: Es el grupo de personas encargados de evaluar la pertinencia de las referencias realizadas, arbitrar en casos controversiales, según la necesidad o características de la referencia y contrarreferencia. Determinar los pilares y criterios médicos que se usarán para evaluar las atenciones de interconsulta, mediante una segunda opinión según requiera el caso. Existe un comité en todos los establecimientos de salud que aceptan referencias. Ellos dan apoyo técnico para poder cumplir la norma de EsSalud ⁽¹⁵⁾.

Referencia: Es el proceso administrativo utilizado para notificar de la necesidad de trasladar a un paciente de un establecimiento a otro, consecuencia de un acto médico de la consulta externa. Requiere el desplazamiento del paciente a otro centro asistencial de mayor nivel de resolución, debido a la complejidad de la patología que lo aqueja y que no puede ser tratada en su centro asistencial de origen.

Contrarreferencia médica: Procedimiento a través del cual se devuelve la responsabilidad de tratamiento y diagnóstico del paciente al director o gerente de Red del Centro Asistencial de Salud (CAS) inicial, el cual a su vez retorna la responsabilidad de manejo al director o gerente del centro asistencial de origen cuando está en condiciones de ser atendido en este. También se puede utilizar este recurso en los casos que impliquen el sustento del gasto de pasajes del paciente.

Contrarreferencia administrativa: Procedimiento que anula un trámite administrativo de referencia debido a diversas causas, entre las cuales se encuentra que el paciente deserte de su atención o decida abandonar su tratamiento por un lapso mayor a 90 días o en caso de fallecimiento del paciente ⁽¹⁵⁾.

Deserción de atención: Se presenta si el paciente registrado, a quien se le ha otorgado una cita no se presenta y no realiza los trámites para renovar la referencia otorgada en un lapso mayor a 90 días.

Prioridad I: Se refiere a referencias de pacientes con patología de emergencia, estos necesitan de atención inmediata y entrega de cita.

Prioridad II: Se refiere a referencias de pacientes con patologías que requieren respuestas rápidas, pero no de emergencias. Son consideradas para ser respondidas entre las primeras 48 horas de haber recibido la referencia.

Prioridad III: Se refiere a referencias de pacientes con patologías que requieren respuestas regulares. Son consideradas para ser respondidas luego de las 48 horas de haber recibido la referencia.

Visación: Proceso mediante el cual una referencia se acepta, se niega o se puede redireccionar según sea el caso.

Referencia aceptada: Se refiere a la referencia que ha sido registrada en el centro de destino, ha sido visada y tiene una cita según cronograma.

Referencia observada: Se refiere a la referencia que por diversos motivos no cumple los requerimientos necesarios y solicitados por el lugar de destino. Está sujeta a nueva evaluación si se subsanan las observaciones en su centro de origen.

Referencia en espera: Se dice de la referencia que ha sido registrada en la institución de mayor nivel, pero sin respuesta definitiva ni visado institucional.

Referencia visada: Se dice de la referencia que ha sido registrada y evaluada en la institución de mayor nivel, queda en espera de ejecutar la cita programada para el paciente.

Referencia administrativa: Se dice de la referencia que se da en casos especiales solo para casos de emergencia que requieren una atención inmediata. Esta se debe regularizar con el soporte y coordinación de los jefes de las unidades de referencia de la institución de donde proviene el paciente y la que recibe al paciente.

Referencia/contrarreferencia indebida (no justificada): aquella que se genera obviando los criterios básicos del reglamento, por lo que requieren de ajustes para poder ser procesadas adecuadamente.

Referencia justificada: Aquella referencia recibida que cumple con los criterios indicados por el servicio de medicina oncológica del Hospital Alberto Sabogal Sologuren.

Referencia no justificada: Aquella referencia aceptada en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren que no cumple con los requisitos mínimos de referencia al servicio de medicina oncológica del Hospital Alberto Sabogal Sologuren.

Tiempo de espera: Tiempo en días desde que la referencia llega a la oficina de referencias y contrarreferencias del Hospital Alberto Sabogal Sologuren hasta la fecha de la cita en el servicio de oncología médica que se le entrega al paciente.

Capacidad resolutive: Hace referencia a las condiciones del establecimiento de salud para poder diagnosticar, tratar y rehabilitar las patologías de su población cautiva. Este nivel está determinado tanto por la logística, infraestructura y personal que posea dicho establecimiento.

Extensión de la referencia: Es el proceso mediante el cual una referencia regular visada y aprobada en un determinado establecimiento no puede ser evaluada por diferentes motivos en dicho establecimiento, por lo que se debe redireccionar dicha referencia a otro centro de salud con el mismo nivel resolutivo o superior.

Acreditación: Proceso administrativo mediante el cual el representante de seguros en el centro asistencial de origen coteja y gestiona que el paciente que se tenga una prestación cumpla con los requisitos requeridos, que su seguro esté vigente y que cobertura la patología designada. Esta confirmación se hace mediante los requisitos básicos establecidos por la Gerencia Central del Aseguramiento. Todo esto para poder sustentar toda la prestación que se ofrecerá.

Caso complejo: Se refiere a casos específicos, que por la naturaleza de la patología conllevan atenciones más complejas sean por el tipo de tratamiento o por la estancia.

Se consideran dentro de estas las enfermedades catastróficas, las hospitalizaciones prolongadas que superen los indicadores del establecimiento de salud, así como las patologías de alto costo.

Cartera de servicios: Es el conjunto de herramientas con las que cuenta una institución sanitaria para articular los servicios que ofrece desde el nivel más básico de atención hasta el nivel de instituto especializado de acuerdo con el escenario.

Tiempo de espera para consulta médica: Es la media determinada en minutos desde el momento en que el paciente es registrado en admisión hospitalaria hasta que es evaluado por el profesional médico determinado. Se usa como indicador de calidad de servicios a todo nivel mediante los registros de admisión, así como la historia clínica. Es un factor importante a tener en cuenta, dado que es uno de los pilares en la calidad de atención de salud. Se debe tener en cuenta que hay variaciones del tiempo de acuerdo con el nivel de atención en el que se encuentre el paciente ⁽¹⁶⁾.

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Formulación de la hipótesis

H0: El número de referencias no justificadas no se relaciona con los tiempos de espera para una consulta médica en el servicio de Oncología en el hospital Alberto Sabogal Sologuren en el período 2014.

H1: El número de referencias no justificadas se relaciona con los tiempos de espera para una consulta médica en el servicio de Oncología en el hospital Alberto Sabogal Sologuren en el período 2014.

2.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo de variable por su naturaleza	Definición Operacional	Indicador	Escala de medición	Categoría y sus valores	Medio de verificación
Referencia	procedimiento administrativo mediante el cual se refiere a un paciente, consecuencia de un acto médico de la Consulta Externa, que requiere el desplazamiento de este a otro Centro Asistencial de mayor nivel de resolución	Cualitativa	Evaluación que se le da a la hoja de referencia en la oficina encargada, posterior a la atención del asegurado.	Resolución de Referencias y contrarreferencias del servicio de oncología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren.	Nominal	Justificada No justificada	Base de datos del Hospital Alberto Sabogal Sologuren
Tiempo de espera	El tiempo que el paciente espera para recibir una cita médica desde el día que registra su referencia en el Hospital Sabogal	Cuantitativa	Tiempo en días que demora conseguir una cita al paciente en consultorio externo del Hospital Sabogal	días	De razón	Días	Base de datos del Hospital Alberto Sabogal Sologuren

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño

La presente investigación es analítica, retrospectiva, cuantitativa.

3.2 Población del estudio

Población

La población son los pacientes referidos a consulta externa de especialidades clínicas del Hospital Alberto Sabogal Sologuren durante el período 2014. En el presente estudio, se consideró todas las referencias aceptadas que hicieron un total de 2299. Al evaluar toda la población, no se requirió de hacer un muestreo.

Criterios de inclusión

Pacientes registrados en el sistema de referencias y contrarreferencias del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en el servicio de Oncología durante el año 2014.

Criterios de exclusión

Pacientes, cuya referencia fue evaluada como anulada.

Referencias con datos incompletos.

Pacientes que no pertenezcan a la Red Asistencial Sabogal.

3.3 Características del lugar o institución donde se ejecutó la investigación

Este estudio se ejecutó en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren, que es cabeza de la Red Alberto Sabogal del sistema de EsSalud, que tiene injerencia en la provincia constitucional del Callao y distritos aledaños.

Recibe las referencias de todos los centros de salud de la Red Sabogal, por lo que resuelve patologías de alta complejidad.

3.4 Instrumento y procedimientos de recolección de datos

Se utilizó el sistema de Referencias y contrarreferencias Institucional de EsSalud (software). Los datos se vaciaron en una hoja de Excel y se exportaron al programa SPSS para los respectivos análisis estadísticos.

Se utilizaron los criterios establecidos para aceptar una referencia en la especialidad de oncología médica del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, validados para toda la Red Asistencial Sabogal.

Se utilizó una ficha de recolección de datos basada en las Normas para el proceso de referencia y contrarreferencia de EsSalud.

Para ser referido un paciente a Oncología Médica se deben cumplir los siguientes requisitos:

Conformación del diagnóstico oncológico confirmado con el reporte de anatomía patológica, el cual se debe adjuntar al formato de referencia o en todo caso entregado al paciente para ser traído en la consulta.

Todo paciente con tumoración sospechosa pero aún no biopsiada debe ser enviado a la especialidad diagnóstica correspondiente a fin de evitar demoras innecesarias en el proceso diagnóstico: de ser una tumoración pélvica o mamaria; a ginecología oncológica, de ser una tumoración en cualquier parte de la cabeza y el cuello; de ser una tumoración de partes blandas o de piel o de abdomen, deberá ser referido a cirugía oncológica o cirugía general con la nota de la zona a estudiar. Toda tumoración cerebral debe ser referida primero a neurocirugía.

Todo paciente con tumoración de vías biliares, hepática o pancreática no tributario de estudio diagnóstico deberá ser referido primero a gastroenterología antes de ser enviado para Oncología.

De poseer el paciente estudios imagenológicos estos deben ser adjuntados en la referencia tanto en forma escrita como la orientación al paciente sobre la forma de ser recogidos y traídos a la consulta.

3.5 Procesamiento y análisis de los datos

Se empleó el programa estadístico de SPSS para la elaboración de la base de datos y el procesamiento de estos. Se utilizó estadística inferencial para la asociación de las dos variables estudiadas: referencia (justificada, no justificada) y tiempo de espera (días).

Primero se evaluó si la variable a estudiar seguía la curva de normalidad o no, con la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov. Se definió que la variable de interés no seguía la curva de normalidad por lo que se usó una prueba estadística no paramétrica para comparar las medias. Se utilizó la prueba de Mann-Whitney U para tal objetivo, con un nivel de significancia estadística de $\alpha=0.05$. Este análisis estadístico y el gráfico correspondiente se realizó con el paquete estadístico SPSS 21.

Los demás datos obtenidos, tales como: El número de referencias justificadas vs. no justificadas, las referencias hechas por centro de salud, las patologías más frecuentemente referidas se realizaron con tablas y gráficos realizados en Microsoft Excel.

3.6 Aspectos éticos

El estudio no conlleva riesgo para el paciente, ya que no se va a realizar ningún tipo de intervención terapéutica ni de procedimientos. La toma de datos de la historia

clínica no implica ningún riesgo para los participantes del estudio. Se respetarán todas las normas locales vigentes en cuanto a investigación descriptiva.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Tabla 1. Test de normalidad

Test de normalidad				
	Tipo de referencia	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
Tiempo de espera	Justificado	.269	1556	.000
	No justificado	.188	733	.000

<0.05 Por lo que las variables no siguen la curva de normalidad. Se usará, entonces, pruebas no paramétricas. En el caso de este estudio, se utilizó el test de Mann-Whitney U.

Tabla 2. Referencias justificadas y no justificadas

Tipo de referencia	N.º de referencias	Porcentaje
Justificado	1556	67.7
No justificado	733	32.3
Total	2299	100

En la tabla 2, se observa que el número de referencias no justificadas alcanza casi la mitad de las justificadas.

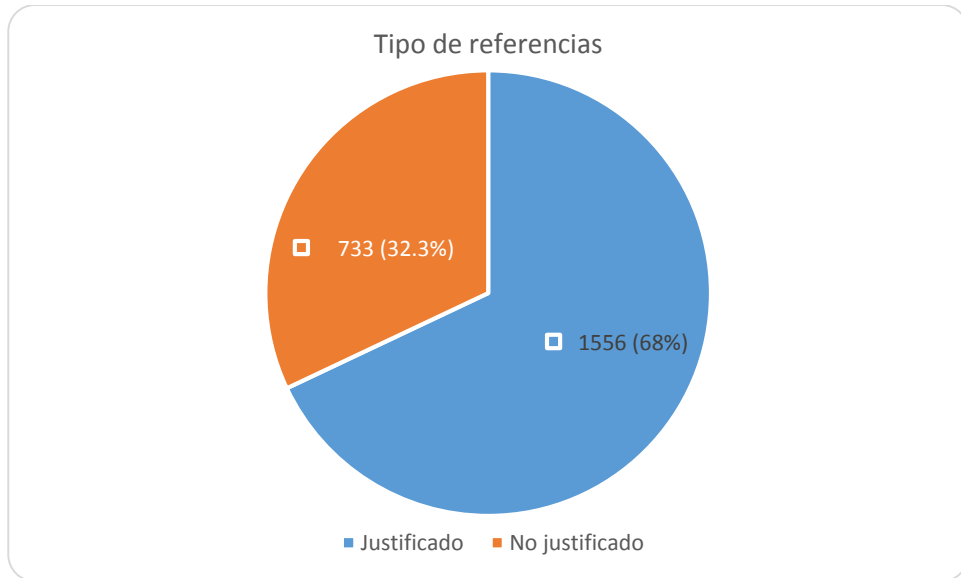


Figura 1. Referencias justificadas y no justificadas

Tabla 3. Tiempo promedio para obtener una cita según tipo de referencia

Tipo de referencia	Tiempo promedio para obtener una cita	Test de Mann-Whitney U (valor p)
Justificado	8.35 (± 2.59)	0.00
No justificado	10.41 (± 3.69)	

En la tabla 3, se muestra que la media de tiempo para obtener una cita de una referencias justificada es menor que la de las referencias no justificadas. Se tiene el resultado del test de Mann-Whitney U con un $p=0.00$ ($p<0.05$), con lo que se concluye que hay una diferencia significativamente estadística entre las dos medias.

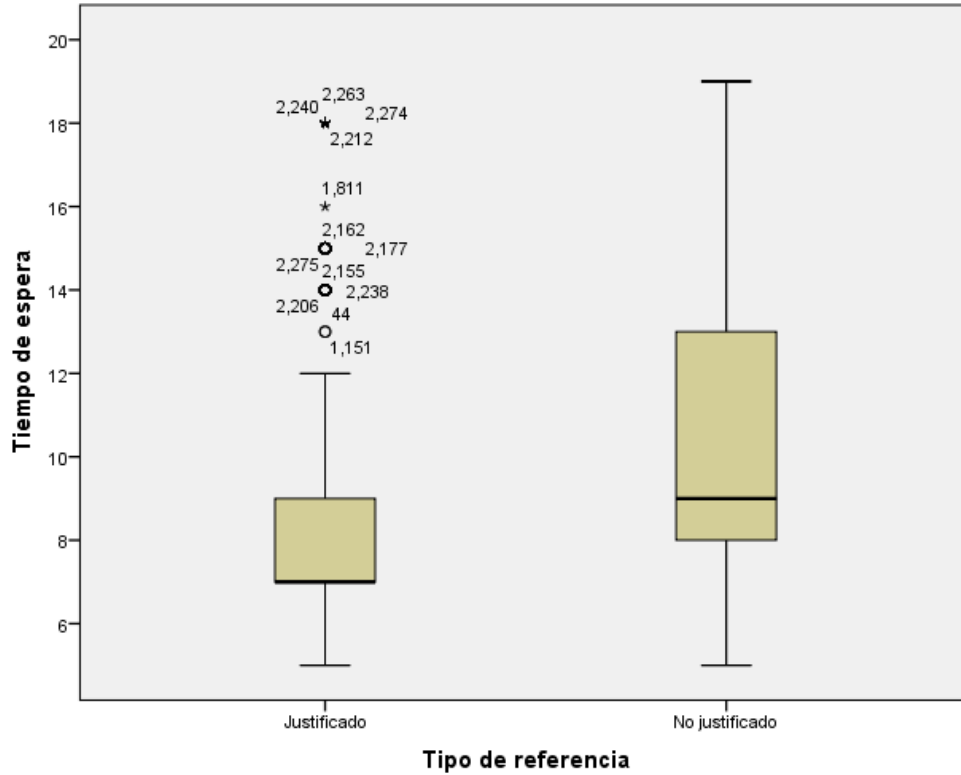


Figura 2. Tiempo de espera según tipo de referencia

En el gráfico, se observa las diferencias de medias de tiempos de espera entre las referencias justificadas y no justificadas, y se nota una diferencia significativamente mayor en el tiempo de espera para las referencias no justificadas

Tabla 4. Número de referencias según centro de salud

Centro de referencia	N.º de referencias	Porcentaje	R. Justificadas	R. No justificadas
APP Alberto Leopoldo Barton	898	39.2	625	273
Hosp. Marino Molina	197	8.6	130	67
Hosp Octavio Mongrut	176	7.7	119	57
CAP Luis Negreiros Vega	175	7.6	121	54
Otros	843	36.9	561	282
TOTAL	2289	100	1556	733

En la tabla 4, se muestran las referencias según el centro que las originó y los subtipos que genera (justificadas y no justificadas). Se puede observar que en general la APP Alberto Leopoldo Barton realiza más referencias que los otros centros. Pero el Hospital Marino Molina tiene mayor proporción de no justificadas que los otros centros.

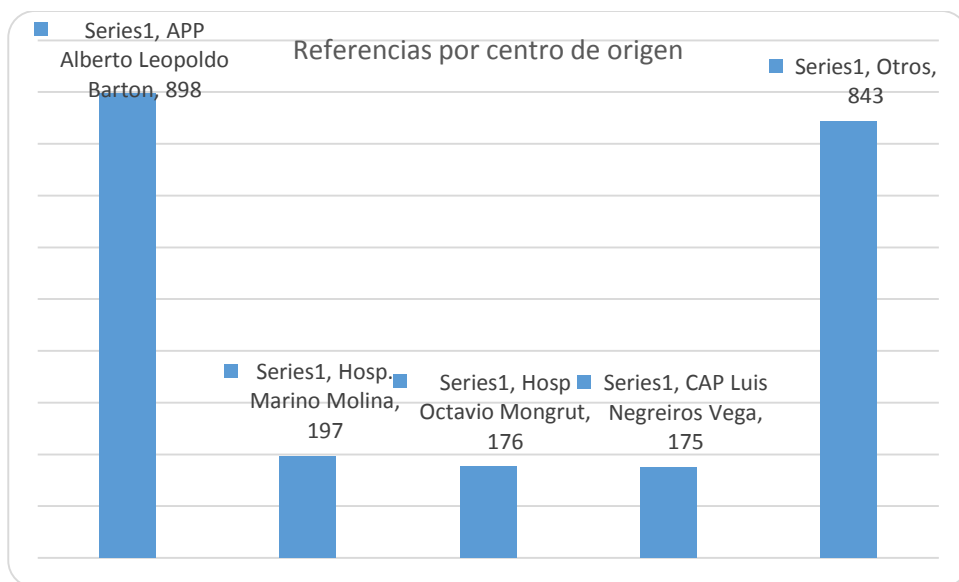


Figura 3. Número de referencias según centro de salud

Tabla 5. Referencias según patología

	N.º de pacientes con diagnósticos	Porcentaje
Gastrointestinal	571	24.9
Ginecológico	242	10.6
Genitourinario	402	17.6
Hematológicos	99	4.3
Mama	442	19.3
Tórax	106	4.6
Otros	427	18.7
TOTAL	2289	100

En la tabla 5, se observan las patologías oncológicas referidas con más frecuencia al Hospital Alberto Sabogal Sologuren, siendo las gastrointestinales, ginecológicas y genitourinarias, las cuales tienen más del 50% de las patologías referidas.

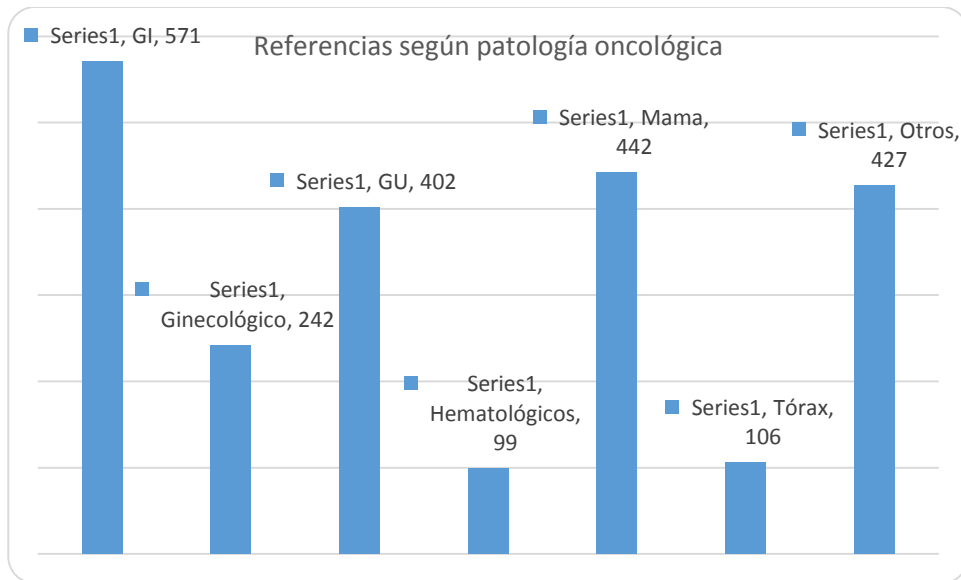


Figura 4. Referencias según patología

Se muestra la distribución de referencias según las patologías oncológicas.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

Se encontró relación entre el número de referencias no justificadas y los tiempos de espera que toma obtener una consulta médica en el servicio de Oncología en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren en el año 2014.

La decisión de referir a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive podría mejorar las oportunidades de cura o mejoría de una persona y la calidad de todo el entorno de referencia requiere gestión, conjunción y comunicación entre las distintas redes sanitarias. Se puede observar que en la Red Sabogal se refieren la mayoría de las patologías oncológicas al Hospital Alberto Sabogal Sologuren. El centro de salud que hacía más referencias era el APP Alberto Leopoldo Barton con 39.2% del total, este valor es similar al mostrado por el estudio de Pardo et al. en el que el centro que enviaba más referencias al Hospital cabeza de la red era de 36%. A pesar de que era una data general que abarcaba todas las especialidades, se puede ver que con este dato se debe tener en cuenta siempre al centro que esté en primer lugar y generar referencias.

Los tiempos de espera promedio en este estudio fueron de 8.35 (± 2.59) en el caso de las referencias justificadas y 10.41 (± 3.69) en el caso de las referencias no justificadas, tiempos promedio que están sobre la media de otros países como se observa en el estudio de Liddy et al. referente al eConsultation y el eReferral donde sus tiempos promedio para obtener una cita médica eran de 5,3 ($\pm 2,31$) días después de haber recibido una referencia a su hospital central ^(5,17,18).

El tipo de patologías oncológicas recibidas de las referencias es similar al de otros estudios. Se observan mayor frecuencia de patologías gastrointestinales como una de las primeras, como se observa en el estudio que realizó Reville et al. ^(12,19,20).

Las políticas en las atenciones a los pacientes dentro de las que se consideran los tiempos que se espera en promedio son similares a otras realidades a nivel

internacional. Sin embargo, en otros países cuentan con mejores sistemas de atención luego de la primera consulta de referencias al centro de mayor nivel de atención ⁽²¹⁾.

Los procesos de referencia siempre estarán en proceso de mejora, el sistema de referencia y contrarreferencia de EsSalud presenta diversas falencias, y las barreras que se pueden observar, sobre todo por los tiempos prolongados de espera son los problemas principales que se ven en otras realidades, incluso en otro tipo de pacientes, como son los pediátricos ⁽²²⁾.

Los formatos de referencia y contrarreferencias usados en EsSalud están en proceso de mejora y el actual es parcialmente virtual, lo que ayuda al mejor manejo de la data, en comparación con otros hospitales de la región que aún usan un formato de papel que tiene mayores dificultades, como almacenamiento, logística en general y posibilidad de pérdida de datos ⁽²³⁻²⁶⁾.

El ingreso de pacientes referidos al sistema que no debieron ingresar ya sea por falta de cumplimiento de los requisitos mínimos o por una referencia mal hecha que se vio en el estudio es estudiado en otros países como un factor que incrementa las readmisiones oncológicas ya sea a hospitalización o a emergencia de hospitales de alto nivel resolutivo ⁽²⁷⁻³³⁾.

La demora en el diagnóstico que se ve en el presente estudio viene generada desde los niveles de atención más básicos y se ve reforzada por la demora de los tiempos de atención al momento de generar la primera cita luego de aceptada la referencias, este punto de quiebre donde se ralentizan los procesos es explicado en otras realidades donde tienen en cuenta el cumplimiento estricto de los criterios para aceptar una referencia a un nivel de atención adecuado ^(34,35).

El proceso de aceptar una referencia en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren tiene un punto de quiebre donde se ralentizan los procesos y un problema raíz similar, que es la falta de personal a cargo de ello. El jefe de servicio de cada especialidad es

responsable de aceptar o rechazar, finalmente, cada referencia en período semanal. Ello hace que este proceso sea lento y muchas veces ineficiente. En estudios similares se veía que este proceso no solo tenía un mejor equipamiento tecnológico y logístico, en el caso de EsSalud tiene solo un software que recibe todas las referencias. Sino que también tienen un equipo de recursos humanos adecuado y enfocado solo en una especialidad, haciendo que la responsabilidad recaiga en equipos de por lo menos cinco personas para decidir la idoneidad de la referencia aceptada y no de una sola persona como es el caso del Hospital Sabogal. Este es uno de los puntos más importantes a evaluar para una posterior mejora de los procesos de referencias y contrarreferencias.

CONCLUSIONES

Se encontró relación entre el número de referencias no justificadas y los tiempos de espera que toma obtener una consulta médica en el servicio de Oncología en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren en el año 2014.

El centro de salud que generaba más referencias fue la APP Alberto Leopoldo Barton, pero la que generó más referencias no justificadas porcentualmente fue el Hospital Marino Molina.

Las patologías más frecuentemente referidas fueron las gastrointestinales, ginecológicas y genitourinarias.

RECOMENDACIONES

Debe considerarse implementar un plan de seguimiento a los centros de salud con mayor porcentaje de referencias no justificadas y tomar medidas correctivas para disminuir esta situación.

Se debe implementar un sistema con mayor personal que revise las referencias y evalúe los criterios para aceptar una, que la referencia cumpla los requisitos mínimos para ser admitida.

Hacer estudios en otros servicios del Hospital Alberto Sabogal Sologuren para poder evaluarlos todos en conjunto.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Pardo L, Zabala C. Sistemas de referencia contrarreferencia en pediatría. Rev Med Urug 2008; 24: 69-82
2. Escorihuela E, Barajas MV, Domínguez Garrido N, Fernández Villalba ME. Actuación hospitalaria con las interconsultas procedentes de atención primaria. An Pediatr. 2003; 58(4): 327-32.
3. Bowling A, Redfern J. The process of outpatient referral and care: the experiences and views of patients, their general practitioners, and specialists. Br J Gen Pract. 2000 Feb;50(451):116-20.
4. Pardo L, Zabala C, Gutiérrez S. Sistema de referencia-contrarreferencia en pediatría. Rev Med Urug 2008; 24: 69-82
5. C. Liddy *et al.* The Current State of Electronic Consultation and Electronic Referral Systems in Canada: an Environmental Scan. Stud Health Technol Inform. 2015; 209:75-83.
6. Aeenparast A, Maftoon F, Farzadi F. Waiting time for first outpatient visit in specialty level: assessing the provider related factors. Arch Iran Med. 2015 Mar;18(3):185-8.
7. Ballini L, Negro A, Maltoni S, Vignatelli L. Interventions to reduce waiting times for elective procedures. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Feb 23;2Fradgley EA, Paul CL, Bryant J. A systematic review of barriers to optimal outpatient specialist services for individuals with prevalent chronic diseases: what are the unique and common barriers experienced by patients in high income countries? Int J Equity Health. 2015 Jun 9;14:52.

8. Gandhi, T. K., Sittig, D. F., Franklin, M., Sussman, A. J., Fairchild, D. G. and Bates, D. W. (2000), Communication Breakdown in the Outpatient Referral Process. *Journal of General Internal Medicine*, 15: 626–631
9. Wu CH, Kao JC, Chang CJ. Analysis of outpatient referral failures. *The Journal of Family Practice* 1996, 42(5).
10. Coulter A, Seagroatt V, McPherson K. Relation between general practices' outpatient referral rates and rates of elective admission to hospital. *BMJ* 1990; 301 :273
11. Hèrmes K, Ribesse N, Kahido J. Referral hospitals in the Democratic Republic of Congo as complex adaptive systems: similar program, different dynamics. *Pan Afr Med J.* 2015; 20: 281.
12. Reville B, Reifsnyder J, McGuire DB, Kaiser K, Santana AJ. Education and referral criteria: impact on oncology referrals to palliative care. *J Palliat Med.* 2013 Jul;16(7):786-9.
13. Ministerio de Salud. Norma técnica del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos de salud. NT N°18-MINSA/DGSP. 2004
14. INEI. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, 2014.
15. EsSalud. Normas para el proceso de referencia y contrarreferencia de EsSalud. 2008.
16. Benson R, Burnet N, Williams M, Tan L. An Audit of Clinic Consultation Times in a Cancer Centre: Implications for National Manpower Planning. *Clinical Oncology* (2001)13: 138–143.

17. García P, de Bareu M, Antonietti L. Sistema de referencia-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.
18. Rovere, M. Redes en salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Ed: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte; 1999.
19. Jaimovich D, and the Committee on Hospital Care and Section on Critical Care, Guidance for Clinical Rendering Pediatric Care, Admission and Discharge Guidelines for the Pediatric Patient Requiring Intermediate Care, American Academy of Pediatrics. Pediatrics 2004;113: 1430-3.
20. Varone G, Dussel V, Bisigniano L, Hidalgo S. Estudio de la estructura y motivaciones de la demanda espontánea al Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". Arch Argent Pediatr 1990; 88:232-8.
21. Snow V, Beck D, Budnitz T, Miller DC. Transitions of care consensus policy statement: American College of Physicians, Society of General Internal Medicine, Society of Hospital Emergency Physicians, and Society for Academic Emergency Medicine. J Hosp Med 2009;4(6):364-70.
22. Pardo L, Zabala C, Gutiérrez S, Pastorini J. Sistema de referencia-contrarreferencia en pediatría, Análisis de la situación en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalari Pereira Rossell. Rev Med Uruguay 2008; 24:69-82.
23. López R, Gallego Machado B, Díaz Novás J. Formato recomendable para llenar la hoja de remisión médica de un paciente. Rev Cubana Med Gen Integr 2006;22(2).

24. Kripalani S, LeFevre F, Phillips ChO. Deficits in communication and information transfer between hospitalbased and primary care physicians: Implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007;297: 831-41.
25. Bello J. Cumplimiento de la referencia y contrarreferencia de pacientes en redes locales de Salud. In: Informe de la Beca Carrillo-Arturo Oñativia 2002. Bases del Plan Federal de Salud, 2004-2007. Argentina.
26. Earle CC, Landrum MB, Souza JM. Aggressiveness of cancer care near the end of life: Is it a quality-of-care issue? *J Clin Oncol* 26:3860-3866, 2008
27. Vandyk AD, Harrison MB, Macartney G. Emergency department visits for symptoms experienced by oncology patients: A systematic review. *Support Care Cancer* 20:1589-1599, 2012
28. Epstein AS, Crosbie C, Martin S. Medical oncology readmissions: Are they preventable? *J Clin Oncol.* 32:5s, 2014
29. Jha AK, Zaslavsky AM. Quality reporting that addresses disparities in health care. *JAMA* 312:225-226, 2014
30. Delgado-Guay MO, Kim YJ, Shin SH. Avoidable and unavoidable visits to the emergency department among patients with advanced cancer receiving outpatient palliative care. *J Pain Symptom Manage* 49:497-504, 2015
31. Brooks GA, Jacobson JO, Schrag D: Clinician perspectives on potentially avoidable hospitalizations in patients with cancer. *JAMA Oncol* 1:109-110, 2015
32. Sprandio JD, Flounders BP, Lowry M, et al.: Data-driven transformation to an oncology patient-centered medical home. *J Oncol Pract* 9:130-132, 2013

33. Liam CK, Tang BG: Delay in the diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in patients attending a university teaching hospital. *Int J Tuberc Lung Dis* 1997, 1(4):326-332.
34. Howie JG, Porter AM, HeaneyDJ. Long to short consultation ratio: a proxymeasure of qualityof care for general practice. *Br J Gen Pract* 1991; 41:48–54.
35. Carr-Hill R, Jenkins-Clarke S, Dixon P. Do minutes' count? Consultation lengths in general practice. *J Health Serv Res Policy*1998; 3:207–13.

ANEXOS

SCREENSHOTS DEL SOFTWARE INSTITUCIONAL DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS

Sistema de Referencia y Contrarreferencia

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia es una estrategia de gestión que integra las redes de salud, a través de las Unidades de Referencia y Contrarreferencia, permitiendo a los asegurados la continuidad de su atención. La unidad de referencia es un área dentro del Centro Asistencial de ESsalud, encargada de administrar y gestionar las referencias, citas, prórrogas y contrarreferencias de pacientes asegurados.

Código de Acceso

Usuario:

Clave:

v2015-03-26-1

Usuario: sabo26
Fecha: 10/06/2015
v2015-03-26-1

H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN

Archivo Referencias Reprogramaciones Orden Atencion Vialicos Reportes Salir

Consulta General de Referencias 1

Num.	Apellidos y Nombres	Hospital Origen	Hospital Destino	Esp. Destino	Fecha Creación	Estado	Ver
501126682	VILLARREYES DAVILA, ZULEMA CRISTINA	CAP III HNA.MARIA DONROSE S.	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	02/01/2014 09:03:11	●	✎
501126721	CLAVIJO RUGEL, GUILLERMO	CAP III METROPOLITANO CALLAO	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	02/01/2014 08:49:41	●	✎
501126894	CRISOSTOMO ARBOLEDA, MELCHORA	CAP III FUENTE PIEDRA	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	02/01/2014 10:53:10	●	✎
501126875	LOLI BIANZZONI, LORENZO	HOSP. I OCTAVIO MONGRUT M.	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	02/01/2014 11:23:41	●	✎
501126905	TRUJILLO VILCHEZ, MARIA YNES	HOSP. I OCTAVIO MONGRUT M.	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	02/01/2014 11:54:01	●	✎
501126948	DIAZ CCENCHO, AURELIANO	HOSP. II LIMA NORTE-CALLAO INEGREIROS Y.	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	02/01/2014 12:49:05	●	✎
501127041	CARHUAPOMA PANTOJA, PETRONILO	CAP III HNA.MARIA DONROSE S.	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	03/01/2014 08:00:11	●	✎
501127427	SANTOS PANAMA, EDITH	HOSP. II GUSTAVO LANATTA L.	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	03/01/2014 12:36:43	●	✎
501127592	SAENZ GARCIA, PABLO AMANCIO	HOSP. I OCTAVIO MONGRUT M.	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	04/01/2014 07:16:52	●	✎
501128097	GONZALES HUAMAN, SEGUNDO	LIBAP LOS OLIVOS	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	04/01/2014 11:41:24	●	✎
501128286	CAMACHO ALCANTARA, VILMA GABRIELA	CAP III LUIS NEGREIROS VEGA	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	04/01/2014 20:13:59	●	✎
501128323	MARTINEZ DE POLAR, FILOMENA	CAP III METROPOLITANO CALLAO	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	06/01/2014 07:36:19	●	✎
501128383	SARRIN CESPEDES DE QUINICHE, ROSA MERCEDES	CAP III FUENTE PIEDRA	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	06/01/2014 08:01:10	●	✎

● En espera ● Visada ● Citada ● Observada ● Prorrogada ● Contrarreferida ● Extendida ✕ Anulada

BASE DE DATOS EN MICROSOFT EXCEL

1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	
	Num.	Apellidos y Nombres	Hospital Origen	Hospital Destino	Esp. Destino	Fecha Creación	Estado	Ve	Prioridad	Diagnóstico	obs	contrarreferencia	
2	501126682	VILLARREYES DAVILA, ZULEMA	CAP III HNA MARIA DONROSE S.	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	02/01/2014 09:03:11			PRIORIDAD 1	(C50.2) TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE SUPE			
3	501126721	CLAVUO RUGEL, GUILLERMO CRISOSTOMO	CAP III METROPOLITA NO CALLAO	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	02/01/2014 09:49:41			PRIORIDAD 1	(C16.9) TUMOR MALIGNO DEL ES		20-05-14	
4	501126844	ARBOLEDA MELCHORA LOLI	CAP III PUENTE PIEDRA HOSP. I	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	02/01/2014 10:53:10			PRIORIDAD 1	(C50.9) TUMOR. RESULTADOS: MAMOGRAFIA(17-			
5	501126875	BIANZZONI LORENZO	OCTAVIO MONGRUT M.	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	02/01/2014 11:28:41			PRIORIDAD 2	(C19.X) TUMOR MALIGNO DE LA		30-05-15	
6	501126905	TRUJILLO VILCHEZ, MARIA YNES	HOSP. I OCTAVIO MONGRUT M.	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	02/01/2014 11:54:01			PRIORIDAD 1	(C16.2) TUMOR I	SS.: LITIA LUW DRA PANDO ALVAREZ RAQUEL**PAC TE CONTINUADO REN HASS' REQUIE RE CONTINUAR MANEJO		13-05-14
7	501126948	DIAZ CCENCHO, AURELIANO	HOSP. II LIMA NORTE-CALLAO	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	02/01/2014 12:49:05			PRIORIDAD 2	(C61.X) TUMOR MALIGNO DE LA		17-06-15	
8	501127049	CARHUAPOMA PANTOJA, PETRONILO	CAP III HNA MARIA DONROSE S.	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	03/01/2014 08:00:11			PRIORIDAD 1	(C78.5) TUMOR MALIGNO SECUI		30-05-15	
9	501127427	SANTOS PANANA, EDITH	HOSP. II GUSTAVO LANATTA L.	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	03/01/2014 12:35:43			PRIORIDAD 3	(C50.9) TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NC			
10	501127532	SAENZ GARCIA, PABLO	HOSP. I OCTAVIO MONGRUT M.	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	04/01/2014 07:16:52			PRIORIDAD 1	(C63.9) TUMOR. MAL REGISTRO DEL SERVICIO DE			
11	501128097	GONZALES HUAMAN, SEGUNDO	UBAP LOS OLIVOS	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	04/01/2014 11:41:24			PRIORIDAD 2	(C15.9) TUMOR MALIGNO DEL ESOFAGO, PARTE I			
12	501128286	CAMACHO ALCANTARA, VILMA	CAP III LUIS NEGREIROS VEGA	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	04/01/2014 20:13:59			PRIORIDAD 1	(C18.6) TUMOR MALIGNO DEL CI		20-05-14	
13	501128323	MARTINEZ DE POLAR, FILOMENA	CAP III METROPOLITA NO CALLAO	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	06/01/2014 07:35:19			PRIORIDAD 1	(C64.X) TUMOR MALIGNO DEL R		21-05-14	
14	501128383	SAPPIN CESPEDES DE QUINECHE, ROSA MERCEDES	CAP III PUENTE PIEDRA	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	06/01/2014 09:01:18			PRIORIDAD 1	(C67.9) TUMOR MALIGNO DE LA		30-05-15	
15	501128468	LAZARO ANTUNEZ, DORIS VICTORIA	CAP III PUENTE PIEDRA	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	06/01/2014 08:26:31			PRIORIDAD 2	(C56.X) TUMOR MALIGNO DEL C		30-05-15	
16	501128546	ALEJOS VILLARREAL DE GUTIER, FLORA YENY	HOSP. II LIMA NORTE-CALLAO L. NEGREIROS	H. IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	ONCOLOGIA	06/01/2014 08:58:50			PRIORIDAD 3	(C50.9) TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NC			
		JAVIER CALERO,	CAP III LUIS NEGREIROS	H. IV ALBERTO SABOGAL		06/01/2014							