



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**EFICACIA DEL PROCESO DE REFERENCIAS EN
CONSULTA EXTERNA
POLICLÍNICO BARRANCO ESSALUD 2015**

**PRESENTADA POR
GIULIANA DEL CARMEN BAZÁN BARDALES**

**ASESOR
FRANCISCO GABRIEL NIEZEN MATOS**

**TESIS
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN GERENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD**

**LIMA – PERÚ
2015**



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA

La autora permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

SECCION DE POSGRADO

**EFICACIA DEL PROCESO DE REFERENCIAS EN CONSULTA
EXTERNA**

POLICLÍNICO BARRANCO ESSALUD, 2015

TESIS

PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRIA EN

GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

PRESENTADA POR

GIULIANA DEL CARMEN BAZÁN BARDALES

ASESOR

Dr. GABRIEL NIEZEN MATOS

LIMA-PERÚ

2015

AGRADECIMIENTO

A Dios, a mis padres por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

ÍNDICE

	Pág.
ASESOR Y JURADO	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	..v
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	12
Antecedentes	14
Base teórica	22
Definición conceptual	23
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	24
Tipo de estudio	24
Diseño	24
Población y muestra	24
Métodos de recolección de datos	24
Instrumentos de recolección de datos	24
Procesamiento de datos	25
Aspectos éticos	26
CAPÍTULO III: RESULTADOS	27
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	37
FUENTES DE INFORMACIÓN	38
ANEXOS	40

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Capitulo III Resultados	27
Tabla N 01 Causa de Observación en las Referencias Observadas, Policlínico Barranco Mayo 2015	28
Diagrama N° 01: Flujo del Proceso de Referencia del Policlínico Barranco-EsSalud, 2015	29
Diagrama N° 02: Flujo del Nuevo Proceso de Referencia del Policlínico Barranco-EsSalud, Junio 2015.	30
Tabla N 02. Resultados Post aplicación del nuevo proceso, Referencias Observadas, Policlínico Barranco. Junio 2015	32
Tabla N 03. Resultados de la comparación de los procesos Ex-ante y Ex-post Prueba T. Policlínico Barranco.	33
Tabla N 04. Resultados de la comparación de los procesos Ex-ante y Ex-post Prueba T. Policlínico Barranco.	34

RESUMEN

Introducción: El proceso de referencia es de suma importancia para el adecuado funcionamiento e interrelación entre los diferentes niveles de atención, la calidad de dicho proceso debe estar determinada por una correcta evaluación de cada caso en particular, con el objetivo de remitir al paciente cuando existan elementos o criterios que justifiquen dicha remisión.

Objetivo: Evaluar la eficacia del sistema de referencias en consulta externa por el servicio de Medicina General, en los meses de mayo y junio del Policlínico Barranco- EsSalud, 2015

Metodología: Diseño no experimental, Policlínico de Barranco, se obtuvo una población de 295 referencias por el Servicio de Medicina General en los meses de mayo y junio del 2015, los datos obtenidos se registrarán en una base de datos Excel, se aplicó la prueba t para diferencia de proporciones entre los resultados ex y los post.

Resultados: Pacientes en estado citado y observado en el mes de mayo Policlínico Barranco – Essalud 2015, observados 7.4%, citados 92.52%, Pacientes con referencias elaboradas según prioridad, con diagnósticos complejos del Policlínico Barranco en el mes de mayo 2015, prioridad 1(58%), prioridad 2(34.7%), prioridad 3 (7.5%) Pacientes en estado citado y observado en el mes de junio Policlínico Barranco – Essalud 2015 observados 86%, citados 13.4%, Pacientes con referencias elaboradas según prioridad, con diagnósticos complejos del Policlínico Barranco en el mes de junio 2015 ,prioridad 1(61.4%), prioridad 2(32%), prioridad 3 (6%).

Conclusión: El porcentaje de referencias observadas en el mes de mayo (7.4%), causas: falta de conocimiento de los médicos en el proceso de referencia, personal administrativo cambia frecuentemente.

PALABRAS CLAVES: Referencia, Observado, diferimiento.

ABSTRACT

Introduction: The reference process is of utmost importance for the proper functioning and interrelation between the different levels of attention, the quality of said process must be determined by a correct evaluation of each particular case, with the objective of referring the patient when there are elements or criteria that justify said remission.

Objective: To evaluate the effectiveness of the referral system in outpatient consultation by the General Medicine service, in the months of May and June of the Barranco-EsSalud Polyclinic, 2015

Methodology: The General Medicine Service obtained non-experimental design, Barranco Polyclinic, a population of 295 references in the months of May and June 2015, the data obtained will be recorded in an Excel database, the t test was applied for difference of proportions between ex and post results.

Results: Patients in cited state and observed in the month of May Polyclinic Barranco - Essalud 2015, observed 7.4%, cited 92.52%, Patients with references elaborated according to priority, with complex diagnoses of the Barranco Polyclinic in the month of May 2015, priority 1 (58%), priority 2 (34.7%), priority 3 (7.5%) Patients in cited state and observed in the month of June Polyclinic Barranco - Essalud 2015 observed 86%, cited 13.4%, Patients with references elaborated according to priority, with complex diagnoses of the Barranco Polyclinic in the month of June 2015, priority 1 (61.4%) , priority 2 (32%), priority 3 (6%).

Conclusion: The percentage of references observed in the month of May (7.4%), causes lack of knowledge of physicians in the referral process, administrative staff changes frequently.

KEYWORDS: Reference, Observed, deferment.

INTRODUCCIÓN

Diversas instituciones se han preocupado por que las atenciones en salud sean realizadas con calidad, la calidad de la atención no es un lujo, es un imperativo para las organizaciones de atención de salud. Los recursos disponibles para los servicios de salud en nuestro país son limitados y requieren ser canalizados en procesos de atención efectivos y que las prácticas de atención inefectivas sean eliminadas. De ahí los esfuerzos realizados por diversas instituciones encargadas del sector salud en definir la calidad en indicadores de eficiencia, eficacia, efectividad para determinar cómo están funcionando y en base a eso realizar procesos de mejora en base a estándares.

El proceso de referencia es de suma importancia para el adecuado funcionamiento e interrelación entre los diferentes niveles de atención, la calidad de dicho proceso debe estar determinada por una correcta evaluación de cada caso en particular, con el objetivo de remitir al paciente cuando existan elementos o criterios que justifiquen dicha remisión¹. Es importante evaluar el proceso de referencia, haciendo énfasis en las remisiones provenientes de la atención primaria hacia niveles de mayor complejidad en este caso al nivel hospitalario para poder determinar la calidad del proceso de remisiones. Aunque el marco conceptual de las investigaciones de servicios de salud ha surgido gradualmente en los últimos cincuenta años, su desarrollo comienza a materializarse a partir de la década de los setenta y desde entonces su ruta se ha dirigido a mejorar los servicios de salud².

Las normas para el proceso de referencia y contrareferencia, constituye un importante documento técnico normativo de gestión que establece como uniformar los criterios para el mencionado proceso, a efectos de garantizar la oportunidad y continuidad del otorgamiento de las prestaciones asistenciales, y al uso racional de los servicios de salud, acorde a las normativas que rige las labores asistenciales. Los lineamientos de Referencia y Contrarreferencia de Es Salud está reglamentado por directiva N° 003 -GG-ESSALUD_2012, orientada a mejorar la coordinación entre los diferentes niveles de atención, con el objetivo de brindar una atención integral al asegurado³.

Siendo EsSalud es un organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, cuya finalidad es dar cobertura a los asegurados y a sus derechohabientes a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, en un marco de equidad, solidaridad, eficiencia y facilidad de acceso a los servicios de salud⁴.

La puerta de entrada a los servicios de EsSalud es la atención primaria, en este sentido considerar la atención primaria como una estrategia implica la reorganización de la red de servicios como condición para alcanzar la equidad y la eficiencia social. En esta línea, en la búsqueda de lograr mayor eficiencia y eficacia en el uso de los recursos, la red de servicios de salud se organiza en escalones de complejidad estructurados según niveles de atención. Estos son definidos a partir de las funciones de producción, buscando optimizar el uso social de los recursos y garantizar su productividad e impacto⁵.

Sin embargo, la sola organización del sistema en niveles de complejidad creciente no garantiza ni la accesibilidad ni la integralidad en la atención. Esta integralidad se logra con acciones combinadas de actividades de promoción, prevención, cura y rehabilitación sobre las personas, familias y sus ambientes colectivos como escuelas o lugares de trabajo⁶.

El concepto de niveles de atención se basa en la necesidad de asistencia originada en una situación o problema de salud específicos, y un grado de complejidad necesario para lograr la capacidad de resolución adecuada en términos de sistema de salud, determinando el tipo de servicio que debería ser ofrecido para satisfacer esa necesidad⁷.

Los problemas o necesidades que se presentan más frecuentemente requieren tecnologías simples. En la medida en que las respuestas a una determinada necesidad en salud escapan a la capacidad tecnológica de un nivel de atención, deben quedar bajo la responsabilidad de un nivel de mayor complejidad. Esta forma de adecuar progresivamente los recursos y la tecnología a las necesidades, se relaciona también con el tamaño de los grupos de población y su ubicación geográfica, quedando las tecnologías más simples y menos costosas enfocadas

en grupos poblacionales pequeños (distritos, poblados) por la poca inversión requerida, y las tecnologías más complejas requieren asignarse a poblaciones grandes (ciudades o regiones) para justificar la inversión concentrándose en establecimientos hospitalarios, buscando mayor eficacia en su uso⁸.

El ordenamiento de la oferta de servicios según clasificación y grado de prioridad de las demandas y necesidades de salud y de las funciones de producción pertinentes, implica de hecho la organización de un sistema de referencia y contrarreferencia que asegure acceso oportuno y universal al nivel de atención que corresponda para el problema que se intenta resolver.

La mejora en los procesos de la referencia y contrarreferencia entre niveles de atención conlleva la disminución de los obstáculos o barreras que se interponen entre la búsqueda de atención por parte del asegurado y el logro de la misma. Este es un punto importante, ya que debe efectuarse la integración funcional de los recursos, de acuerdo con su complejidad y capacidad de resolución, respetando las particularidades de operación y la diversidad de intereses originados en las distintas dependencias administrativas de los servicios a través de un proceso de programación en cada sistema local de salud.

Esta integración entre niveles deberá ser mejorada a partir del conocimiento de la problemática actual, de mensurar las acciones de salud que se están llevando adelante para establecer si la dirección es la correcta. La integración entre niveles asistenciales funcionando como red coordinada de servicios que proporcionan la continuidad asistencial a una población determinada tiene más ventajas sanitarias y económicas que inconvenientes⁹.

Por lo expuesto es deseable estudiar proceso actual de referencia del policlínico de Barranco, sus fallas y debilidades y proponer procesos de mejora para así lograr la eficacia en el uso de los recursos integrando los mismos a un sistema que funcione en red.

Objetivos de la investigación

Objetivo General

Evaluar la eficacia del sistema de referencias en consulta externa por el servicio de Medicina General en los meses de mayo y junio del Policlínico Barranco-EsSALUD, 2015

Objetivos Específicos

- Describir el proceso actual del proceso de referencia en el servicio de medicina general en los meses de mayo y junio del Policlínico Barranco de EsSalud.
- Analizar la eficacia del sistema de referencias en el servicio de medicina general en los meses de mayo y junio del Policlínico Barranco- EsSalud.

Justificación del estudio

La referencia de pacientes se ha hecho un procedimiento, un modelo, un sistema o simplemente una estrategia administrativo asistencial de mucha importancia que, al estar bien implementado, permite el desplazamiento “justificado” del enfermo hacía establecimientos con mejor o mayor capacidad resolutive a las necesidades del paciente. Un sistema eficaz redunda en la satisfacción del paciente.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

I.1 Antecedentes de la Investigación

Con la finalidad de sustentar la presente investigación, se realizó la revisión de un conjunto de estudios relacionados al Sistema de Referencia de los establecimientos de Salud del primer nivel de atención en buscadores como Lilacs, Pubmed, entre otros; los que se describen a continuación.

En el 2012 el Sistema de Referencia y Contrareferencia en Colombia se define como el mecanismo a través del cual el Ministerio de Salud, en el marco de sus procesos de descentralización de competencias y recursos, define estrategias que permitan garantizar a la población en general el acceso a los servicios de salud, con el concurso de los distintos actores involucrados entre los que se cuentan los entes territoriales, y los prestadores de servicios de salud de carácter público. Este Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) tiene el enfoque en la Atención Primaria en Salud; es decir que este sistema permite mejorar la atención al usuario y realizar un direccionamiento adecuado para ofrecer una atención de acuerdo a las necesidades de salud. En la práctica, el Sistema de Referencia y Contrareferencia busca que los usuarios ya no madruguen a los hospitales para acceder a un turno y ser atendidos. Ellos deberán asistir primero al centro o subcentro de Salud más cercano a su lugar de residencia. En este lugar recibirán atención médica integral. Así evitarán largas filas en los hospitales para obtener un turno. ⁽²⁾

En el 2006 se realiza un estudio de Optimización del proceso de Referencia-Contrareferencia entre niveles de atención de la salud en Buenos Aires-Argentina donde plantea la evaluación de un sistema de comunicación electrónico (El Home mail) concluye que el sistema propuesto para la comunicación entre el primer y segundo nivel de atención de la salud de la Ciudad de La Plata es importante porque: Aumento de la eficacia de las derivaciones, ya que el profesional del primer nivel genera un compromiso en el paciente para la correcta utilización del sistema. Optimización de la comunicación entre los niveles de atención, lo que otorga beneficios no solo para el propio sistema de salud, sino principalmente

para los usuarios del sistema en quienes se puede medir el impacto positivo del cambio, en términos de tiempo, costos y calidad de la atención. ⁽³⁾

En el 2004 el trabajo Efectividad del proceso de remisiones médicas en servicios de urgencia del Hospital Provincial "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cuba concluye que Existen deficiencias en el proceso de remisiones medicas al servicio de urgencia, alrededor de un 28% de los casos remitidos, presentaron remisiones incorrectas, pudiendo estar esto relacionado con la existencia de medios diagnósticos exclusivos del nivel secundario, que no siempre están a disposición de los médicos de la atención primaria ⁽⁴⁾.

En el 2000, el estudio la Pertinencia de Remisiones Generadas en la Red Adscrita de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, con los siguientes resultados: El 80% de las remisiones fueron pertinentes en la decisión médica. El direccionamiento fue adecuado en el 50.4% de las remisiones. Las remisiones efectivas fueron el 53.1% del total. Concluyendo que los problemas en la decisión de la remisión y la baja proporción de adecuación en el direccionamiento, evidencian problemas en la decisión médica, coordinación y comunicación deficiente entre las redes de servicios, falta de definición de procedimientos y ausencia de sistemas de evaluación periódica ⁽⁵⁾.

En 1999 la Propuesta de Modelo de Referencia y Contrarreferencia en el Sistema de Salud Cubano, proponen utilizar una boleta (hoja de referencia) en primer lugar. Por otra parte, el hecho de ser un modelo integrado para la transferencia, facilita el conocimiento por parte del paciente, de cómo debe funcionar este sistema y de que cada referencia debe tener una contrarreferencia. Además, recomiendan normar y controlar el cumplimiento de las disposiciones relacionadas con el sistema de transferencia de paciente, con vistas a garantizar que este proceso funcione según lo previsto ⁽⁶⁾.

En 1997 en el Modelo de Atención de Salud realizado por APRISABAC (Atención Primaria y Saneamiento Básico de Cajamarca) para la DIRESA Cajamarca indican que un buen sistema de referencia y contrarreferencia debe ser práctico, que no demande costo económico su mantenimiento, que sea ágil y no determine

pérdida de tiempo al usuario, que garantice el seguimiento y sea el elemento articulador de la red. La red debe garantizar de manera progresiva el acceso de la población. Cumple con las actividades de: referencia y contrarreferencias, vigilancia epidemiológica, salud ocupacional, registro de la atención en salud e información, quimioterapia y gestión de la docencia e investigación ⁽⁷⁾.

En el 2009 presentan un trabajo, Línea de Base de Gestión de la Calidad y Sistema de Referencia y Contrareferencia en las Microrredes de Ica y Huaytara, donde concluyen que las áreas menos implementadas son; escuchar al usuario, manejo de residuos sólidos, referencia y contrarreferencia y primer contacto. En referencia y contrarreferencia los problemas son el escaso uso de normas, registros, cartillas de atención y pobre adecuación de los medios de transporte ⁽⁸⁾.

En los estudios realizados en el proceso de referencia, se ha comprobado que se presentan múltiples irregularidades en el sistema de transferencia que atentan contra la atención continuada a los pacientes. Al conocer estos estudios sobre el proceso de referencia en la región, nos proponemos a evaluar el proceso de referencia del policlínico de Barranco e implementar un nuevo proceso, consideramos que su implementación debe contribuir a disminuir las referencias observadas.

Antecedentes locales

En el Policlínico de Barranco no se encontraron experiencias publicadas sobre Sistema de Eficacia del Área de Referencia del Primer Nivel de Atención.

I.2- BASES TEORICAS

En el enfoque de sistemas de los servicios de salud se plantea el concepto de redes de servicios, entendidas como un conjunto articulado de unidades de prestación de servicios, según nivel de atención y grado de complejidad, ubicadas en un área geográfica concreta, con una población asignada, apoyadas en normas operativas, técnicas y con una estructura de comunicación¹¹. Los antecedentes históricos de dichas formas de organización de los servicios de

salud abarcan las primeras tentativas formales en Prusia, pasando por las reformas en Gran Bretaña a partir del informe Dawson, hasta los parámetros actuales de regionalización dados por la OPS en los años sesenta¹².

El estudio de los procesos de atención de la salud se ha transformado en un campo muy amplio donde confluyen muchos actores e intereses. El interés de los financiadores, sean estos estatales o privados, buscando la eficiencia y/o la efectividad de sus acciones con una visión de mercado. El de los efectores, en búsqueda de la eficacia, calidad, eficiencia; y en caso de ser de índole privado, también el lucro y por último los de la población, en búsqueda de la mejor atención posible (comprensiva, humanizada, integral, holística, etc.), con los mejores resultados y en el menor tiempo posible.

Al hablar de procesos y mejora nos estamos refiriendo a la reingeniería que es la revisión fundamental y el rediseño radical de procesos para alcanzar mejoras espectaculares en medidas críticas y contemporáneas de rendimiento, tales como costos, calidad, servicio y rapidez.

Los padres del concepto de Reingeniería de Procesos, Hammer y Champy (1994) definen proceso como el conjunto de actividades que recibe uno o más insumos y crea un producto de valor para el cliente¹³. Este concepto implica que dentro de cada proceso confluyen una o varias tareas. Dichas tareas individuales dentro de cada proceso son importantes, pero ninguna de ellas tiene importancia para el cliente si el proceso global no funciona. Por tanto, las empresas deben mentalizarse de que la importancia de las tareas, objeto de estudio en la mayor parte de las empresas, se encuentra condicionada por la visión de conjunto que implica el proceso. Otra definición equivalente de proceso de negocio es la del profesor Michael Kutschker (1994), “una ordenación específica de actividades, a lo largo del tiempo y el espacio, con un principio y un fin y con unas entradas y salidas”¹³.

Los procesos de reingeniería se realizan en tres etapas:

(a) Selección de los procesos relevantes, es decir, identificación de aquellos que presentan peores resultados o son más ineficientes, son de elevada importancia en el sentido de que influyen en la satisfacción de los clientes o contribuyen a los objetivos del negocio y que, además, ofrecen mayores posibilidades de éxito.

(b) Identificación de los cambios fundamentales a introducir, lo cual consiste, básicamente, en rediseñar los procesos clave siguiendo las premisas mencionadas anteriormente, apoyándose para ello en las innovaciones tecnológicas, reorganizando el trabajo mediante equipos multidisciplinares y reconsiderando aspectos básicos de la organización, como el establecimiento de estructuras planas y poco jerárquicas.

(c) Implantación del rediseño de procesos, que incluye la designación adecuada de las personas y órganos que se responsabilizarán de su ejecución, así como presupuestos y horizontes temporales¹⁴.

EsSalud es la institución de seguridad social de salud comprometida con la atención integral de las necesidades y expectativas de la población asegurada, con equidad y solidaridad hacia la universalización de la seguridad social de salud. Tiene como misión ser una institución de seguridad social en salud que brinda una atención con calidad y eficiencia para mejorar el bienestar de los asegurados peruanos⁴.

Para cumplir con la atención integral se establecieron las normas y procedimientos que regulan el Sistema de Referencia y Contrareferencia de los usuarios asegurados de las Redes Asistenciales de Salud, bajo la Directiva N°003-GG-ESSALUD-2012.

El sistema de referencia-contrareferencia es uno de los eslabones de esta red. Se define como referencia la derivación del paciente desde un establecimiento de menor capacidad resolutive hacia otro de mayor complejidad de asistencia, debido a que los recursos propios y disponibles del primer nivel de atención no permiten dar respuesta a las necesidades del paciente¹².

Centro asistencial de origen, es aquel establecimiento de salud que refiere al paciente para el otorgamiento de prestaciones asistenciales que superan su capacidad resolutive.

Centro asistencial de destino, es aquel establecimiento de salud que recibe al paciente referido y que cuenta con la capacidad resolutive suficiente para otorgar las prestaciones asistenciales motivo de la referencia.

Comité de Referencia y Contrareferencia es el conjunto de profesionales responsables de resolver dudas, controversias, auditorias respecto a la necesidad y/o calidad de la referencia y contrareferencia, así como establecer criterios médicos para las atenciones de interconsultas y prorrogas a través de la segunda opinión calificada, está constituido en cada centro asistencial y brinda apoyo técnico para cumplimiento de lo establecido en la norma.

Referencia observada es aquella que no cumple los requerimientos médicos y/o administrativos vigentes, que puede ser sujeta a corrección en su centro asistencial de origen. Por lo tanto, una referencia puede observada con los siguientes términos.

- Mal registro de referencia
- No corresponde a nivel de centro de destino
- Inadecuado signos y síntomas
- Referencia puede ser resuelta en su región
- Referencia no corresponde a nivel de centro de destino
- Mal registro de servicio de destino
- Mal proceso de referencia
- Otros

Eficacia: grado en que se alcanzan las mejoras en el proceso de atención en relación con el actual desarrollo, para nuestro trabajo de investigación lograr menos de 5% de referencias observadas.

En el año 1997 en el Modelo de Atención de Salud realizado por APRISABAC (Atención Primaria y Saneamiento Básico de Cajamarca) para la DIRESA Cajamarca indican que un buen sistema de referencia y contrarreferencia debe ser práctico, que no demande costo económico su mantenimiento, que sea ágil y no determine pérdida de tiempo al usuario, que garantice el seguimiento y sea el elemento articulador de la red. La red debe garantizar de manera progresiva el acceso de la población.

A continuación, mencionaremos algunos trabajos relacionados con el proceso de referencia en diferentes países:

En el estudio realizado en el año 2009 presentan un trabajo, Línea de Base de Gestión de la Calidad y Sistema de Referencia y Contrareferencia en las Microrredes de Ica y Huaytara, donde concluyen que las áreas menos implementadas son; escucha al usuario, manejo de residuos sólidos, referencia y contrareferencia y primer contacto. En referencia y contrareferencia los problemas son el escaso uso de normas, registros, cartillas de atención y pobre adecuación de los medios de transporte¹⁵.

En el año 2006 en su estudio Optimización del proceso de Referencia-Contrareferencia entre niveles de atención de la salud en Buenos Aires-Argentina donde plantea la evaluación de un sistema de comunicación electrónico (El Home mail) concluye que el sistema propuesto para la comunicación entre el primer y segundo nivel de atención de la salud de la Ciudad de La Plata es importante porque: Aumento de la eficacia de las derivaciones, ya que el profesional del primer nivel genera un compromiso en el paciente para la correcta utilización del sistema. Optimización de la comunicación entre los niveles de atención, lo que otorga beneficios no solo para el propio sistema de salud, sino principalmente para los usuarios del sistema en quienes se puede medir el impacto positivo del cambio, en términos de tiempo, costos y calidad de la atención¹⁶.

En el estudio realizado en el año 2004 en el trabajo Efectividad del proceso de remisiones médicas en servicios de urgencia del Hospital Provincial "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cuba concluye que Existen deficiencias en el proceso de remisiones medicas al servicio de urgencia, alrededor de un 28% de los casos remitidos, presentaron remisiones incorrectas, pudiendo estar esto relacionado con la existencia de medios diagnósticos exclusivos del nivel secundario, que no siempre están a disposición de los médicos de la atención primaria¹⁷.

En el año 2000 en el estudio la Pertinencia de Remisiones Generadas en la Red Adscrita de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, con los siguientes resultados: El 80% de las remisiones fueron pertinentes en la decisión médica. El direccionamiento fue adecuado en el 50.4% de las remisiones. Las remisiones

efectivas fueron el 53.1% del total. Concluyendo que los problemas en la decisión de la remisión y la baja proporción de adecuación en el direccionamiento, evidencian problemas en la decisión médica, coordinación y comunicación deficiente entre las redes de servicios, falta de definición de procedimientos y ausencia de sistemas de evaluación periódica⁹.

En el estudio realizado en el año 1999 en la Propuesta de Modelo de Referencia y Contrarreferencia en el Sistema de Salud Cubano, proponen utilizar una boleta (hoja de referencia) en primer lugar. Por otra parte, el hecho de ser un modelo integrado para la transferencia, facilita el conocimiento por parte del paciente, de cómo debe funcionar este sistema y de que cada referencia debe tener una contrarreferencia. Además, recomiendan normar y controlar el cumplimiento de las disposiciones relacionadas con el sistema de transferencia de paciente, con vistas a garantizar que este proceso funcione según lo previsto¹⁸.

En los estudios realizados en el proceso de referencia, se ha comprobado que se presentan múltiples irregularidades en el sistema de transferencia que atentan contra la atención continuada a los pacientes.⁸

En el enfoque de sistemas de los servicios de salud se plantea el concepto de redes de servicios, entendidas como un conjunto articulado de unidades de prestación de servicios, según nivel de atención y grado de complejidad, ubicadas en un área geográfica concreta, con una población asignada, apoyadas en normas operativas, técnicas y con una estructura de comunicación ⁽¹⁹⁾.

En el año 2013 para cumplir con la atención integral se establecieron las normas y procedimientos que regulan el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los usuarios asegurados de las Redes Asistenciales de Salud, bajo la Directiva N° 018-GG-ESSALUD^{(19),(20)}. Los establecimiento de ESSALUD del primer nivel de atención, con población asignada, sin internamiento, que busca brindar atención integral de salud intramural y extramural como mínimo 12 horas diarias a través del desarrollo de actividades de promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños, recuperativa y de rehabilitación en el contexto de persona, familia y comunidad y cuya capacidad resolutive responde en forma dinámica a la necesidad de la demanda, con atención especializada en forma periódica⁽¹⁹⁾.

Es aquel establecimiento que de acuerdo a las características de la demanda y necesidades de salud, oferta servicios de salud en el contexto territorial, accesibilidad geográfica y volumen poblacional; y cuenta con recursos humanos, equipamiento e infraestructura para otorgar mayor capacidad resolutive que el Centro Médico⁽²⁰⁾. Está implementada con recursos humanos, materiales y equipos para el desarrollo de los servicios de salud, en atención a la especialización y tecnificación de los mismos⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾.

La Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS) de: consulta externa, laboratorio clínico, diagnóstico por imágenes, medicina física y rehabilitación y farmacia; cumple con las actividades de atención inicial de urgencias y emergencias, referencias y contrarreferencias, desinfección y esterilización, vigilancia epidemiológica, salud ocupacional, registros de la atención de salud e información, salud familiar y comunitaria, atención de parto inminente, alimentación saludable, promoción de salud y prevención, Intervenciones de Tópico de Cirugía en Consultorio Externo, medicina complementaria y Radiología Dental ⁽²⁰⁾. Las características de la demanda, accesibilidad y volumen de población, podrá contar con los siguientes recursos humanos: Médico general, Médico de familia, Médico Integralista, Médico Internista, Pediatra, Gineco – obstetra, Patólogo, Radiólogo, Oftalmólogo, Otorrinolaringólogo, Gastroenterólogo, Traumatólogo, Dermatólogo, Cardiólogo y Médico Rehabilitador; y otros especialistas dentro de la estructura y soporte de la red asistencial y de acuerdo a la demanda local ⁽²⁰⁾.

Es de cumplimiento obligatorio en el área de Referencias y Contrarreferencias, realizar procedimientos para asegurar la continuidad de atención del paciente de acuerdo a la normativa vigente ⁽¹⁹⁾.

Se define como Establecimiento de Salud de segundo nivel de atención, al establecimiento con o sin población asignada, al establecimiento que brinda atención de las necesidades de salud más frecuentes de baja y mediana complejidad. En el cual se desarrollan actividades de atención ambulatoria, hospitalaria y de Emergencia en cuatro especialidades básicas y otras especialidades según demanda; atención de partos y cirugía de mediana complejidad. Realiza actividades de promoción de la salud, prevención de los

riesgos y daños, recuperación y rehabilitación ⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾. Se organiza para brindar durante las 24 horas atención del parto vaginal de la gestante con o sin complicaciones y atención inmediata del recién nacido. El establecimiento de salud debe garantizar la disponibilidad de apoyo al diagnóstico y tratamiento. Cuando el caso lo amerite por determinación del médico responsable, se coordina con la UPSS Centro Quirúrgico para la resolución del parto por vía abdominal. Asimismo, cuando la gestante y/o recién nacido requiera de cuidados críticos, se coordina la referencia ⁽¹¹⁾.

En el Tercer Nivel de atención se encuentra dos niveles; el primero es el Hospital Nacional; en el cual se define como establecimiento de Salud del Tercer Nivel de Atención, sin población asignada, responsable de satisfacer la demanda de servicios de salud de alta complejidad, brindando atención ambulatoria para patología compleja, atención hospitalaria especializada y de emergencias, mediante la oferta de especialidades médicas y quirúrgicas, aplicando procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad. Con respecto a las actividades a atención directa y de soporte, son de cumplimiento obligatorio en el área de Referencias y Contrarreferencias, realizar procedimientos para asegurar la continuidad de atención del paciente de acuerdo a la normativa vigente ⁽³⁾⁽¹⁹⁾. El segundo nivel dentro del Tercer Nivel de Atención se encuentra el Instituto, sin población asignada, de ámbito nacional, que realiza prestación de servicios de salud de la más alta complejidad y capacidad resolutoria en un campo clínico o grupo etario. Propone normas y estrategias y desarrolla innovación científico tecnológico en uno o varios campos de la salud a través de la investigación, docencia y prestación de servicios de salud altamente especializados ⁽²⁰⁾.

Constituye el Centro de Referencia especializado de alta complejidad y alta especialización. Cuenta con un equipo de profesionales altamente especializados y acreditados que garantiza la investigación y el desarrollo de técnicas médico quirúrgicas de alta complejidad y alta especialización según cartera de servicios.⁽¹³⁾ Brindan asesoría técnica a las Redes Asistenciales para el desarrollo y mejoramiento continuo de la calidad de los procesos y procedimientos de las prestaciones en el marco de sus competencias.

EsSalud es la institución de seguridad social de salud comprometida con la atención integral de las necesidades y expectativas de la población asegurada, con equidad y solidaridad hacia la universalización de la seguridad social de salud. Siendo su principal misión ser una institución de seguridad social en salud que brinda una atención con calidad y eficiencia para mejorar el bienestar de los asegurados peruanos. ⁽²¹⁾

El Policlínico de Barranco de ESSALUD se encuentra ubicado en Ignacio Mariátegui 157, Barranco 15063. Brinda los siguientes servicios: Consulta externa, Atención de Urgencias, Laboratorio, Servicio de Ayuda Diagnóstica y Procedimientos (Radiología, Ecografía, Mamografía, Electrocardiograma, Ecocardiograma, Optómetra), Farmacia, Tópico de Curaciones, Tópico de Inyectables, Atención programas TBC, VIH/SIDA, Adulto/ adulto mayor, Niño / Adolescente; Inmunizaciones y Visitas Domiciliarias. La Cartera de Complejidad ofertadas son: Medicina General, Pediatría, Cardiología, Gastroenterología, Ortopedia y Traumatología, Ginecología, Gineco - Obstetricia, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Oftalmología, Urología, Odontología, Psicología, Nutrición, Enfermería y Servicio Social.

Al conocer estos estudios sobre el proceso de referencia en la región nos proponemos evaluar el proceso de referencia del policlínico Barranco e implementar un nuevo proceso, consideramos que su implementación debe contribuir a disminuir las referencias observadas.

I.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Referencia: Es el procedimiento administrativo utilizado para enviar al paciente de una unidad operativa a otras de mayor complejidad con el fin de que reciba atención médica

Eficacia: Depende de su capacidad para detectar correctamente la presencia o ausencia del proceso de referencia.

Proceso mejorado: Son las fases consecutivas en la elaboración de un producto.

Primer Nivel de Atención: Lo integran las unidades que proporcionan atención médica de tipo integral, preventiva, curativa y de rehabilitación, apoyado en estudios de laboratorio y gabinete de baja complejidad, así como promoción a la salud, educación para la salud, fomento sanitario e investigación orientada principalmente a los problemas de salud más frecuentes.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

2.1 Tipo de investigación

Según la intervención del investigador: Cuantitativo, Observacional, retrospectivo de corte transversal

2.2 Diseño de Investigación

Investigación no experimental.

2.3 Población y muestra

Población: De acuerdo a la estadística del Policlínico de Barranco, se obtuvo una población de 304 referencias por el Servicio de Medicina General en los meses de Mayo y Junio del 2015.

Muestra: La selección de la muestra se hará mediante un muestreo aleatorio simple.

2.4 Método de recolección de datos

Se utilizó el “Método Retrospectivo de Recolección de datos”, como su nombre lo indica, la información se obtiene directamente de la fuente, tan pronto como esta se genere. Este estudio tiene ventajas en la colección de datos, ya que los datos son captados por el propio investigador, esto hace que los datos sean más confiables.

Se realizó un estudio de revisión del servicio de referencias para establecer la línea de base. Nos basamos en las directivas de EsSalud emitidas para implementar el sistema de Referencia. Los factores que se consideraron observadas:

- Mal registro de referencia
- No corresponde a nivel de centro de destino
- Inadecuado signos y síntomas

- Referencia puede ser resuelta en su región
- Referencia no corresponde a nivel de centro de destino
- Mal registro de servicio de destino
- Mal proceso de referencia

2.5 Procesamiento de datos

Los datos obtenidos se registraron en una base de datos Excel y se realizó su análisis estadístico mediante un software estadístico comercial.

Para la presentación de la información relacionada con el nuevo proceso de referencia, se realizó el uso de un plan de análisis univariado, presentando también algunos indicadores (Eficacia). Así mismo se aplicó la prueba t para diferencia de proporciones entre los resultados ex y los post.

A continuación, se describe los pasos de mejora del sistema de referencia del Policlínico de Barranco de Essalud:

Descripción del proceso de referencia

Para describir el proceso de referencia se procederá a evaluar la directiva N° 003-GG-ESSALUD-2012: Normas para el Proceso de Referencia y Contrareferencia de EsSalud y en base a eso contrastaremos con la realidad del policlínico. Para evaluar las referencias observadas se solicitará a OCOI (Oficina de EsSalud que guarda la información electrónica del sistema de referencia de toda la Red Essalud) el informe mensual del periodo Mayo y Junio del 2015, con respecto al total de referencias enviadas por el Servicio de Medicina General, así como descripción de la causas de las observaciones.

Elaboración de la propuesta de Mejora

La propuesta de mejora tiene un primer componente que está relacionado con la normativa de Referencia de Essalud si se está aplicando en el Policlínico o no y en base a esto mejorarlo, elaboraremos un documento sobre las debilidades del

proceso de referencia por el Servicio de Medicina General, para ser compartido con el personal médico en la institución. Para mejorar el proceso procederemos a:

- Instalación del software de referencia en todas las computadoras de consulta externa de los médicos que elaboran referencia.
- Capacitación al personal médico sobre el uso del software mediante un curso de dos sesiones.
- Coordinador de referencia que asuma la función de visación de referencia para valorar la pertinencia de la misma.
- Convocatoria al personal médico y encargado del ingreso de referencia para mejorar el proceso de referencia, basado en las debilidades encontradas en el estudio previo.

2.6 Aspectos éticas

El presente estudio puede ser catalogado exento de supervisión, ya que se trabajó con las referencias elaboradas en el Policlínico de Barranco.

En tal sentido, no se tomó dato directo alguno con los asegurados, por tanto, directamente no se realizó tomas de muestras de tipo alguno, no se aplicó tratamientos, ni experimento drogas en personas

CAPÍTULO III: RESULTADOS

Evaluación Ex-ante: Durante el mes de mayo se elaboraron 168 referencias por el Servicio de Medicina General de las cuales constituyeron la muestra, siendo observadas 11 referencias, que corresponden al 6.5% de las referencias observadas durante el mes de mayo.

La tabla N 01 muestra las causas de observaciones de las referencias elaboradas en el Policlínico de Barranco. La principal causa de observación fue “Mal registro del servicio de destino”, la segunda causa de observación fue “Diferimiento muy largo evalúe otro centro”, la tercera causa de observación es “Referencia no corresponde a nivel de centro de destino”.

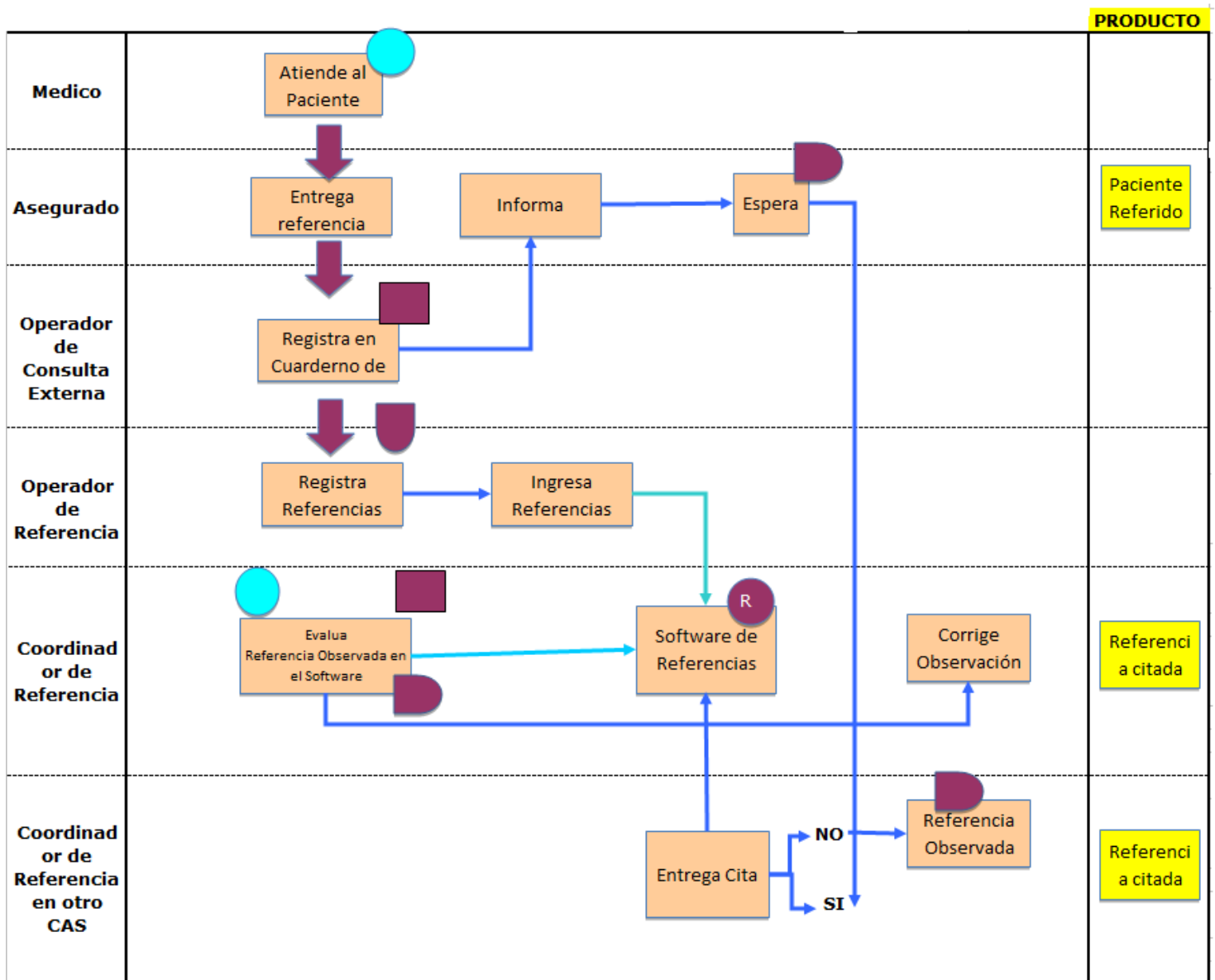
**Tabla N 01. Causa de Observación en las Referencias Observadas,
Policlínico Barranco Mayo 2015**

CAUSA DE OBSERVACIÓN

1	MAL REGISTRO DEL SERVICIO DESTINO
2	DIFERIMIENTO MUY LARGO EVALUE OTRO CENTRO
3	REFERENCIA NO CORRESPONDE AL NIVEL DEL CENTRO DESTINO
4	REFERENCIA PUEDE SER RESUELTA EN SU REGION
5	MAL REGISTRO DEL MOTIVO DE REFERENCIA
6	MAL PROCESO DE REFERENCIA
7	MAL REGISTRO DEL DIAGNOSTICO
8	INADECUADO REGISTRO DE REFERENCIA
9	OTRO : NO CORRESPONDE AL FLUJO
10	DATOS INSUFICIENTES DEL PROTOCOLO DE REFERENCIA

Fuente: Elaboración propia

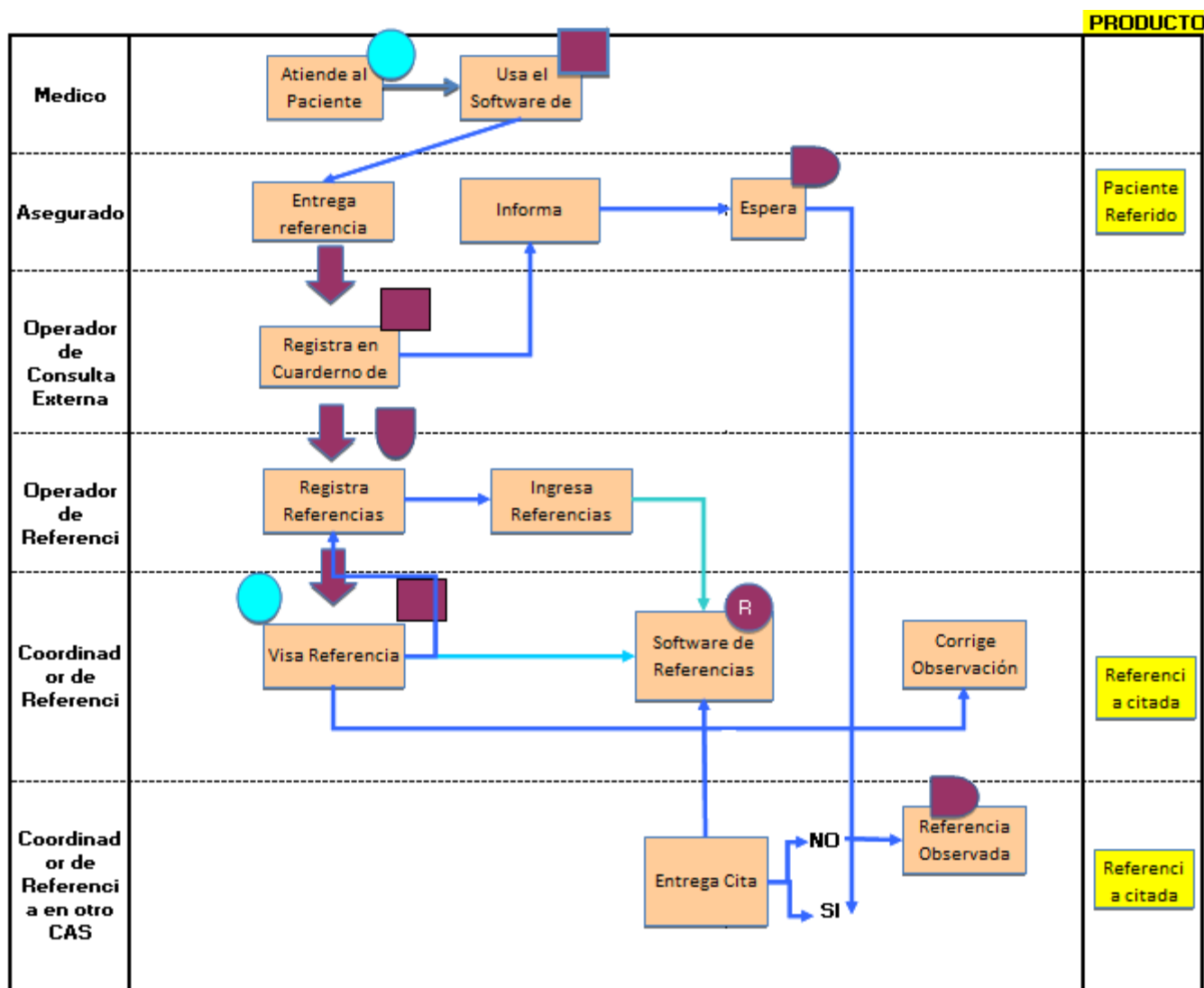
Diagrama N° 01: Flujo del Proceso de Referencia del Policlínico Barranco-EsSalud, 2015.



Fuente: Elaboración propia

Para mejorar el proceso de referencia se puso en marcha este nuevo proceso de referencia del policlínico Barranco de EsSalud. Se detalla a continuación el nuevo proceso de referencia mediante el diagrama de flujo N° 02

Diagrama N° 02: Flujo del Nuevo Proceso de Referencia del Policlínico Barranco-EsSalud, Junio 2015.



Fuente: Fuente: Elaboración propia

Evaluación Ex Post: En el mes de Junio en el Servicio de Medicina General se elaboraron 136 referencias, de las cuales 17 fueron observadas que corresponden al 12.5% de las referencia observadas durante el mes de Junio.

La tabla N 02 muestra las causas de observaciones de las referencias elaboradas en el Policlínico de Barranco durante el mes de Junio. La principal causa de observación fue “Diferimiento muy largo evalúe otro centro”, la segunda causa de observación fue “Mal registro del servicio de destino”, la tercera causa de observación es “Referencia no corresponde a nivel de centro de destino”.

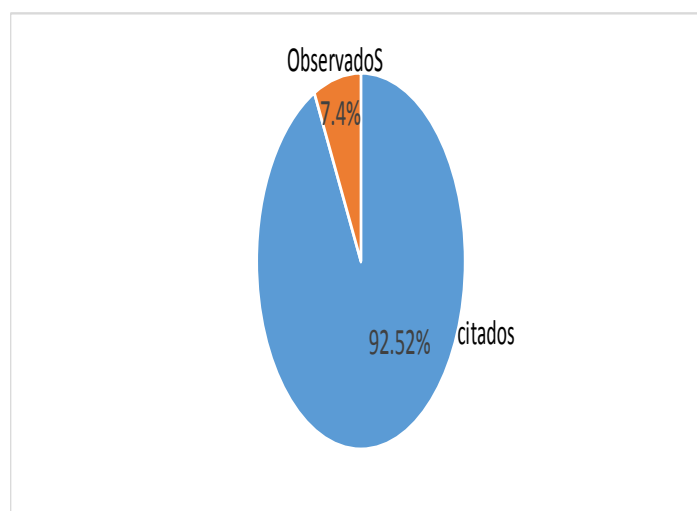
**Tabla N 02. Resultados Post aplicación del nuevo proceso, Referencias Observadas, Policlínico
Barranco. Junio 2015**

CAUSA DE OBSERVACIÓN
1 DIFERIMIENTO MUY LARGO EVALUE OTRO CENTRO
2 MAL REGISTRO DEL SERVICIO DESTINO
3 REFERENCIA NO CORRESPONDE AL NIVEL DEL CENTRO DESTINO
4 REFERENCIA PUEDE SER RESUELTA EN SU REGION
5 MAL REGISTRO DEL MOTIVO DE REFERENCIA
6 MAL PROCESO DE REFERENCIA
7 MAL REGISTRO DEL DIAGNOSTICO
8 INADECUADO REGISTRO DE REFERENCIA
9 OTRO : NO CORRESPONDE AL FLUJO
10 DATOS INSUFICIENTES DEL PROTOCOLO DE REFERENCIA

Fuente: Elaboración propia

**Tabla N 03. Resultados de la comparación de los procesos Ex-ante y Ex-post Prueba T.
Policlínico Barranco.**

Pacientes en estado citado y observado en el mes de mayo Policlínico Barranco –
Essalud 2015

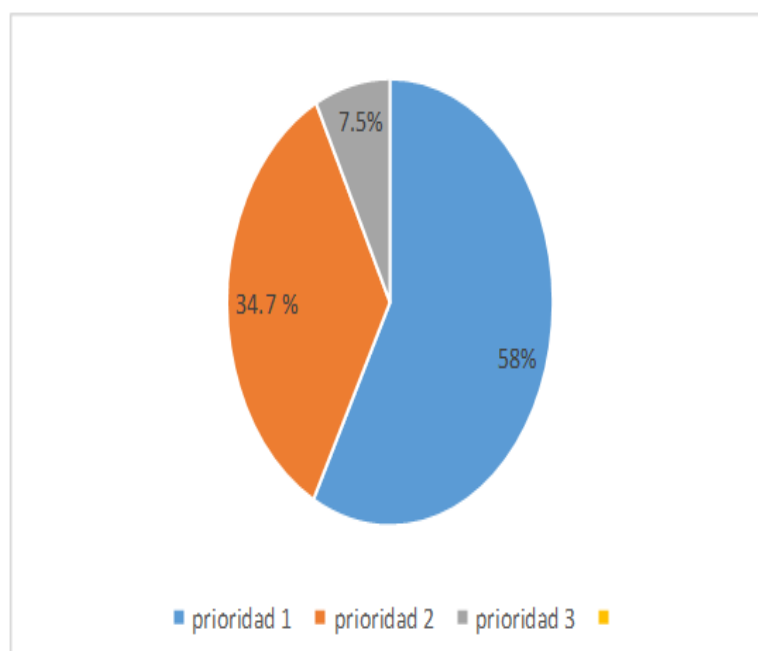


Pacientes con referencias elaboradas según prioridad, con diagnósticos complejos del Policlínico Barranco en el mes de mayo 2015

Fuente: Elaboración propia

**Tabla N 04. Resultados de la comparación de los procesos Ex-ante y Ex-post Prueba T.
Policlínico Barranco.**

Pacientes con referencias elaboradas según prioridad, con diagnósticos complejos del Policlínico Barranco en el mes de mayo 2015



CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

- En la evaluación del proceso de referencia se observaron el diferimiento muy largo evalué otro centro, no depende del proceso de referencia del Policlínico de Barranco, sino que el hospital de destino no tiene citas disponibles.
- Si se sigue adecuadamente el proceso de referencia podemos disminuir las observaciones que dependan directamente del Policlínico de Barranco como: Mal registro del servicio de destino, Mal proceso de referencia, Mal registro del diagnóstico, Referencia no corresponde al nivel de centro de destino.
- Las capacidades resolutivas de los diferentes Hospitales y Policlínicos de la Red Rebagliati deben ser distribuidas para poder evitar ser observados por: Mal proceso de referencia, Referencia no corresponde a nivel de Centro de Destino, Referencia puede ser resuelta es su región o Datos insuficientes del Protocolo de Referencia y puede ser usado por los hospitales para esconder la observación de Diferimiento largo por falta de citas.
- El Sistema de Referencia y Contrareferencia, busca que todo usuario independiente del tipo de seguro que presente, ya no madruguen en ir a los policlínicos ni en los centros de mayor complejidad para obtener un turno y así mismo poder ser atendidos, debiendo asistir primero al centro de Salud más cercano a su lugar de residencia.
- La optimización de la comunicación entre los niveles de atención, beneficia para el propio sistema de salud, que incluye a los usuarios del sistema el cual se puede medir el impacto positivo del cambio, de una manera cuantitativa en términos de tiempo, costos y calidad de la atención.
- Existen deficiencias en el proceso de las referencias al momento de ser ingresadas al servicio de atenciones por urgencia dependiendo el nivel, pudiendo estar esto relacionado con la existencia de medios diagnósticos exclusivos del nivel secundario, de acuerdo al nivel de atención primaria.
- Se puede concluir que los problemas ocasionados en la demora de los procesos de referencias en la decisión de la remisión y a la baja proporción de adecuación en el direccionamiento, se evidencian problemas en la

decisión médica, coordinación y comunicación por la deficiencia entre las redes de servicios, debido a la falta del conocimiento de procedimientos y así mismo a la ausencia de sistemas de evaluación mensual.

- Se concluye que el sistema de referencia y contrarreferencia debe ser práctico, que no demande un costo económico para el mantenimiento del mismo, que no demore, favoreciendo al usuario y/o trabajador la pérdida de tiempo, siendo está garantizada en el seguimiento y así ocasionaría al destino observación en la referencia emitida.
- Se observa que los problemas en las áreas de referencias y contrarreferencia se debe al no escuchar al usuario, información incompleta, exámenes de laboratorio y ayuda diagnóstica a fuera del tiempo establecido, tipo de seguro que cuenta el usuario.
- Las unidades de referencia presentan múltiples irregularidades en el sistema de transferencia, ocasionando dificultad en las atenciones continuas de los pacientes, motivo por el cual, al implementar el nuevo proceso de referencias del Policlínico de Barranco, debe contribuir a la disminución de las referencias observadas.
- Los procesos que se deben incluir en la reestructuración se basa en tres etapas; selección de los procesos relevantes, identificación de los cambios fundamentales, la implementación del rediseño de procesos, siendo EsSalud la institución que brinda la seguridad social de salud.
- Essalud tiene como misión ser una institución de seguridad social en salud que brinda una atención con calidad y eficiencia para mejorar el bienestar de los asegurados peruanos adscritos bajo la directiva N°0014-GG-ESSALUD.
- Siendo el centro asistencial de origen de menor capacidad resolutive, el establecimiento de salud que refiere al paciente, para el otorgamiento de la cita al centro de mayor capacidad resolutive y centro asistencial de destino, que recibe al paciente teniendo en cuenta que la capacidad resolutive es suficiente para otorgar las prestaciones asistenciales, aceptando la referencia, no optando por rechazarla ni colocarla en proceso.
- El profesional o encargado funcional de la Unidad de Referencia y Contrarreferencia es el responsable de resolver las dudas que pueda presentar el asegurado, controversias, auditorias respecto a la necesidad

y/o calidad de la referencia y contrarreferencia, tipo de seguro + potestativo, plan salud, seguro independiente, pacientes eps, así como establecer criterios médicos para las atenciones de interconsultas y prorrogas a centro de mayor complejidad resolutive, a través de la segunda opinión calificada, para cumplimiento de lo establecido según la norma técnica vigente.

- Referencia observada del lugar de destino, es aquella que no cumple los requerimientos médicos y/o administrativos vigentes, esta puede ser sujeta a corrección en su centro asistencial de origen.
- Eficacia: grado en que se alcanzan las mejoras en el proceso de atención en relación con el actual desarrollo, para nuestro trabajo de investigación lograr menos de 5% de referencias observadas.
- Se concluye que el sistema propuesto para la comunicación entre el primer nivel de atención y el segundo nivel de atención de la salud de la Ciudad de La Plata es importante porque: Aumento de la eficacia de las derivaciones, ya que el profesional del primer nivel genera un compromiso en el paciente para la correcta utilización del sistema. Optimización de la comunicación entre los niveles de atención, lo que otorga beneficios no solo para el propio sistema de salud, sino principalmente para los usuarios del sistema en quienes se puede medir el impacto positivo del cambio, en términos de tiempo, costos y calidad de la atención¹⁶.
- Essalud en el año 2013 establecieron las normas y procedimientos que regulan el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los usuarios asegurados de las Redes Asistenciales de Salud, bajo la Directiva N° 018-GG-ESSALUD^{(19),(20)}, busca brindar atención integral de salud intramural y extramural como mínimo 12 horas diarias a través del desarrollo de actividades de promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños, recuperativa y de rehabilitación en el contexto de persona, familia y comunidad y cuya capacidad resolutive responde en forma dinámica a la necesidad de la demanda, con atención especializada en forma periódica⁽¹⁹⁾, ayudando a la mejor en el proceso de referencia y contrarreferencia del centro de salud de acuerdo al nivel de atención.
- Los Servicios de Salud dependiendo de la capacidad resolutive, deben contar con las siguientes áreas como se explica a continuación, para

consulta externa, laboratorio clínico, diagnóstico por imágenes, medicina física y rehabilitación y farmacia; cumplir con las actividades de atención inicial de urgencias y emergencias, unidad de referencias y contrarreferencias, desinfección y esterilización, vigilancia epidemiológica, salud ocupacional, registros de la atención de salud e información, salud familiar y comunitaria, atención de parto inminente, alimentación saludable, promoción de salud y prevención, Intervenciones de Tópico de Cirugía en Consultorio Externo, medicina complementaria y Radiología Dental ⁽²⁰⁾. Las características de la demanda, accesibilidad y volumen de población, podrá contar con los siguientes recursos humanos: Médico general, Médico de familia, Médico Integralista, Médico Internista, Pediatra, Gineco – obstetra, Patólogo, Radiólogo, Oftalmólogo, Otorrinolaringólogo, Gastroenterólogo, Traumatólogo, Dermatólogo, Cardiólogo y Médico Rehabilitador; y otros especialistas dentro de la estructura y soporte de la red asistencial.

- El Policlínico de Barranco de ESSALUD se encuentra ubicado en Ignacio Mariategui 157, Barranco 15063. Brinda los siguientes servicios: Consulta externa, Atención de Urgencias, Laboratorio, Servicio de Ayuda Diagnostica y Procedimientos (Radiología, Ecografía, Mamografía, Electrocardiograma, Ecocardiograma, Optometra), Farmacia, Tópico de Curaciones, Tópico de Inyectables, Atención programas TBC, VIH/SIDA, Adulto/ adulto mayor, Niño / Adolescente; Inmunizaciones y Visitas Domiciliarias. La Cartera de Complejidad ofertadas son: Medicina General, Pediatría, Cardiología, Gastroenterología, Ortopedia y Traumatología, Ginecología, Gineco - Obstetricia, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Oftalmología, Urología, Odontología, Psicología, Nutrición, Enfermería y Servicio Social.

-

CONCLUSIONES

- El porcentaje de referencias observadas en el mes de mayo (7.4%), causas: falta de conocimiento de los médicos en el proceso de referencia.
- Para disminuir las referencias observadas se modificó el proceso de referencia en todas las PC de los consultorios médicos, se capacitó a los médicos sobre las causas de las observaciones, se estableció que todas las referencias deberían ser visadas por el comité de referencias.
- Uno de los inconvenientes para que este proceso continúe mejorando es que el personal administrativo cambia frecuentemente.
- Difundir las normas y procedimientos al personal médico que faciliten el uso adecuado de las estrategias de referencia.
- Capacitar a los médicos en el ingreso de las referencias al sistema virtual.
- Si los médicos utilizáramos más tiempo en la elaboración de una referencia sustentada evitaríamos las referencias observadas.
- El personal de referencia (operadores) debería ser fijo en sus cargos.
- Las capacidades resolutivas de los diferentes Hospitales y Policlínicos de la Red Rebagliati deben ser distribuidas para poder evitar ser observados por: Mal proceso de referencia, Referencia no corresponde a nivel de Centro de Destino, Referencia puede ser resuelta en su región o Datos insuficientes del Protocolo de Referencia y puede ser usado por los hospitales para esconder la observación de Diferimiento largo por falta de citas.
- El Sistema de Referencia y Contrareferencia, busca que todo usuario independiente del tipo de seguro que presente, ya no madruguen en ir a los policlínicos ni en los centros de mayor complejidad para obtener un turno y así mismo poder ser atendidos, debiendo asistir primero al centro de Salud más cercano a su lugar de residencia.
- La optimización de la comunicación entre los niveles de atención, beneficia para el propio sistema de salud, que incluye a los usuarios del sistema el cual se puede medir el impacto positivo del cambio, de una manera cuantitativa en términos de tiempo, costos y calidad de la atención.

- Existen deficiencias en el proceso de las referencias al momento de ser ingresadas al servicio de atenciones por urgencia dependiendo el nivel, pudiendo estar esto relacionado con la existencia de medios diagnósticos exclusivos del nivel secundario, de acuerdo al nivel de atención primaria.
- Se puede concluir que los problemas ocasionados en la demora de los procesos de referencias en la decisión de la remisión y a la baja proporción de adecuación en el direccionamiento, se evidencian problemas en la decisión médica, coordinación y comunicación por la deficiencia entre las redes de servicios, debido a la falta del conocimiento de procedimientos y así mismo a la ausencia de sistemas de evaluación mensual.
- Se concluye que el sistema de referencia y contrarreferencia debe ser práctico, que no demande un costo económico para el mantenimiento del mismo, que no demore, favoreciendo al usuario y/o trabajador la pérdida de tiempo, siendo está garantizada en el seguimiento y así ocasionaría al destino observación en la referencia emitida.
- Se observa que los problemas en las áreas de referencias y contrarreferencia se debe al no escuchar al usuario, información incompleta, exámenes de laboratorio y ayuda diagnóstica a fuera del tiempo establecido, tipo de seguro que cuenta el usuario.
- Las unidades de referencia presentan múltiples irregularidades en el sistema de transferencia, ocasionando dificultad en las atenciones continuas de los pacientes, motivo por el cual, al implementar el nuevo proceso de referencias del Policlínico de Barranco, debe contribuir a la disminución de las referencias observadas.
- Los procesos que se deben incluir en la reestructuración se basa en tres etapas; selección de los procesos relevantes, identificación de los cambios fundamentales, la implementación del rediseño de procesos, siendo EsSalud la institución que brinda la seguridad social de salud.
- El ingreso y el cumplimiento de las referencias en Essalud se basa bajo la directiva N°0014-GG-ESSALUD.
- De acuerdo a la norma establecida por Essalud en el año 2013 establecieron las normas y procedimientos que regulan el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los usuarios asegurados de las Redes Asistenciales de Salud, bajo la Directiva N° 018-GG-ESSALUD, busca

brindar atención integral de salud intramural y extramural como mínimo 12 horas diarias a través del desarrollo de actividades de promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños, recuperativa y de rehabilitación en el contexto de persona, familia y comunidad y cuya capacidad resolutive responde en forma dinámica a la necesidad de la demanda, con atención especializada en forma periódica, ayudando a la mejor en el proceso de referencia y contrarreferencia del centro de salud de acuerdo al nivel de atención.

- Se concluye que los Servicios de Salud dependiendo de la capacidad resolutive, deben contar con las siguientes áreas como se explica a continuación, para consulta externa, laboratorio clínico, diagnóstico por imágenes, medicina física y rehabilitación y farmacia; cumplir con las actividades de atención inicial de urgencias y emergencias, unidad de referencias y contrarreferencias, desinfección y esterilización, vigilancia epidemiológica, salud ocupacional, registros de la atención de salud e información, salud familiar y comunitaria, atención de parto inminente, alimentación saludable, promoción de salud y prevención, Intervenciones de Tópico de Cirugía en Consultorio Externo, medicina complementaria y Radiología Dental ⁽²⁰⁾. Las características de la demanda, accesibilidad y volumen de población, podrá contar con los siguientes recursos humanos: Médico general, Médico de familia, Médico Integralista, Médico Internista, Pediatra, Gineco – obstetra, Patólogo, Radiólogo, Oftalmólogo, Otorrinolaringólogo, Gastroenterólogo, Traumatólogo, Dermatólogo, Cardiólogo y Médico Rehabilitador; y otros especialistas dentro de la estructura y soporte de la red asistencial.

RECOMENDACIONES

- ✓ Fomentar la capacitación del personal administrativo como médico en las dimensiones más débiles, como la falta de atención, problemas que presentan y no son resueltos, la explicación de los procedimientos o análisis.
- ✓ Sociabilizar a las autoridades del centro de salud que realicen estrategias de mejora que permitan aumentar la calidad de atención a usuarios.
- ✓ Realizar investigaciones semejantes con el fin de mantener datos actuales; que sirvan de referente para elevar el nivel de referencias en el Policlínico de Barranco.
- ✓ Al conocer estos estudios sobre el proceso de referencia en la región nos proponemos evaluar el proceso de referencia del policlínico Barranco e implementar un nuevo proceso, consideramos que su implementación debe contribuir a disminuir las referencias observadas.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Vargas I, Castillo A. Causas de referencia médica del primer nivel de atención a otros niveles de mayor complejidad: CCSS. 2002 Jul;10(2):79-84. ISSN1409-1259.
2. Alí J, Martínez Y, López DR, Díaz JM. Utilización de los cuerpos de guardia de Hospitales y Policlínica Principal de urgencia, una comparación. Municipio Cienfuegos. Rev Cubana Med. 1999;14(6).
3. Directiva N° 018-GG-ESSALUD-2008: Normas para el Proceso de Referencia y Contrareferencia de EsSalud.
4. Reglamento de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud. DECRETO SUPREMO N° 002-99-TR (publicado el 27-4-99).
5. Atención Primaria de la Salud en las Américas: Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 44° Consejo Consultivo. Washington, D.C., EUA, 22 al 26 de septiembre de 2003.
6. Capote Mir, R. Sistemas Locales de Salud. Organización, regionalización, principios generales en los sistemas locales de salud Washington: OPS,1992.
7. Assessment of health care technology. Rev Panam Salud Publica, 1997, vol.2, no.5, p.363-372. ISSN 1020-4989
8. Ortún V. La articulación entre niveles asistenciales. En: Del Llano J, Ortún V, Martín Moreno JM, Millán J, y Gené J, eds. Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson, 1998, p 349-357.

9. Serra TM, Gómez GL. Pertinencia de Remisiones generadas en la Red adscrita de la Secretarías Distrital de Salud de Bogota [serial online] 2008 [citado 12 Ene 2011]; 1(1): [29 pantallas].
10. Informe de auditoria del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de la Red Rebagliati. Lima: EsSalud; 2010. Documentos de trabajo:7.
11. Pardo L, Zabala C, Gutiérrez S, Pastorini J, Ramírez Y, otero S, et al. Sistema de referencia-contrarreferencia en pediatría: Análisis de la Situación en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell [serial online] 2008 [citado 20 Dic 2010]; 1(1): [14 pantallas]. Disponible en: URL:
12. Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud (Mx). Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbada del Estado de México; 2003.
13. Sáez F, García O, Palao J, Rojo P. Reingeniería de Procesos: Características, Principios y herramientas de aplicación. [serial online] 2008 [citado 29 Mar 2011]; 1(1): [22 pantallas]. Disponible en: URL: http://www.gsi.dit.upm.es/~fsaez/intl/capitulos/5%20-Reingenier%EDa%20_I_.pdf
14. Osorio A, Paredes E. Reingeniería de procesos en los hospitales públicos: ¿Reinventando la rueda? Revista Española de Salud Pública 2001 May 3; 75. Disponible en: URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113557272001000300004&script=sci_arttext

15. Miranda SU, Acosta Z, Cahua VJ, Huaman EF. Línea de base de gestión de la calidad y sistema de referencia y contrareferencia en las microrredes de Ica y Huaytara [tesis diplomada]. Ica: Univ. San Luis Gonzaga; 2009.
16. Silverman M. Optimización del proceso de Referencia-Contrarreferencia entre niveles de atención de la salud [tesis maestría]. Buenos Aires-Argentina. Univ. Nacional de la Plata; 2006.
17. Félix J, Soberats S. Propuesta de modelo de referencia y contrareferencia en el sistema de salud cubano. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(6):613-20.
18. García C, Rivero R, Nieto R, Rodrigues L. Efectividad del proceso de remisiones médicas en servicios de urgencia. Cuba. 2004
19. Resolución de Gerencia General N° 1471 – GG – ESSALUD -2013
20. Directiva N° 018 GG – ESSALUD – 2013
21. Giedion Ú, Villar M, Ávila A. Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado. Madrid, 2010.
22. Zafra J, Veramendi L, Villa N. Problemas en la calidad de atención en salud: oportunidad de mejora. An Fac med. 2015; 76 (1): 87-88.
23. Ortiz R, Muñoz S, Torres E. Satisfacción de los usuarios de 15 Hospitales de Hidalgo México. Rev Esp Salud Pública 2004; 78: 527-537.
24. Ninamango W. Percepción de la calidad de servicio de los usuarios en el consultorio externo de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en Enero del 2014. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Lima: Universidad Nacional de San Marcos; 2015.

25. Luján J. Nivel de satisfacción según expectativas y percepciones de la calidad de servicio de salud en los usuarios externos de la unidad de cuidados intensivos del instituto nacional de salud del niño. [Tesis de Maestría]. Lima-Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega. 2011.
26. Chávez P, Ramos W, Galarza C. Nivel de satisfacción del usuario en los consultorios externos de dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Diciembre 2006. *Dermatol Perú* 2009; 19 (1): 22-31.
27. Casalino-Carpio G. Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual. *Rev Soc Peru Med Interna* 2008; 21 (4) 143-152.
28. Tipacti L. Evaluación de la calidad de la atención de los servicios de la consulta externa en los hospitales públicos de Lima Metropolitana y Callao [Tesis de grado]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal, 2000.
29. Donabedian A. La Calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación. *Salud Pública de México*. 1990; 32 (2): 248-249.
30. Ministerio de Salud. Resolución ministerial 519-2006/MINSA. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. 2006.
31. Urure I. Satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria en el Servicio de Cirugía del Hospital "Santa María del Socorro" de Ica, [Tesis]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana – Unidad de Postgrado; 2007.

32. Ministerio de Salud del Perú. “Lineamientos Técnicos Referenciales para medición de la Calidad en el 1° Nivel de Atención desde la Demanda”. 2000.

33. Ministerio de Salud de Colombia, Encontrado en Internet el 14 de mayo de 2015. Disponible en

<http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/index.php/protagonistas-de-la-transformacion/95-intranet/protagonistas-de-la-transformacion/131-que-es-el-sistema-de-referencia-y-contrareferencia>

ANEXO

Formato De Referencia de Essalud



RED ASISTENCIAL REBAGLIATI

ANEXO Nº 1

FORMATO DE REFERENCIA

N° Referencia			EsSalud	Extrainsitucional	Organización	Área destino		
			Centro de Origen			C. Externa		
			Centro de Destino			Hospital.		
			Servicio de Origen			Emergencia		
			Servicio de Destino			Ayuda DX		
			Número de Acto Médico			Prioridad		
						Provincia		

I.- Identificación del paciente

Autogenerado	Edad
Apellido paterno	Sexo
Apellido materno	T. Seguro
Nombres	Nro. Contrato
	Plan de Seguro

II.- Resumen de la historia clínica (signos y síntomas)

Resultados de Pruebas Diagnósticas

Diagnóstico de referencia		Presuntivo	Definitivo	Código CIE		
1						
2						
Motivo de referencia						

Tipo de transporte según prescripción médica

Aéreo	Terrestre	Fluvial	Otro (detallar)
Requiere acompañante	Familiar	SI	NO
	Médico	SI	NO
Condiciones de envío			

III.- Identificación del médico tratante o responsable

Nombre del médico	C.M.P.
Firma y sello del Médico Tratante	Firma y Sello del Jefe OFICINA DE ADMISIÓN Y REGISTROS MÉDICOS O LA QUE HAGA SUS VECES

IV.- Extensión de la Referencia

Servicio solicitante	
Centro de extensión	
Motivo de extensión	
Nombre del médico	C.M.P.
Firma y sello del Médico Tratante	Firma y Sello del Jefe OFICINA DE ADMISIÓN Y REGISTROS MÉDICOS O LA QUE HAGA SUS VECES

Adjuntar toda la documentación que permita una adecuada continuación del tratamiento del paciente en el destino.